

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

El tratamiento psicoterapéutico de una paciente de 43 años que consulta por ataque de pánico desde un enfoque cognitivo-conductual.

Alumno: Esparza Jimenez, Sergio

Tutor: Ricardo Zaidenberg

Buenos Aires, 25 de Abril de 2022

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo general	4
2.2 Objetivos específicos	4
3. Marco teórico	5
3.1 La terapia cognitiva-conductual	5
3.2 El tratamiento en la terapia cognitiva-conductual	7
3.2.1 Psicoeducación	8
3.2.2 Reestructuración cognitiva	11
3.2.3 El entrenamiento en respiración	14
3.3 La ansiedad	16
3.3.1 Ansiedad normal y patológica	16
3.3.2 Trastornos de ansiedad	20
3.3.3 El ataque de pánico	22
3.4 Eficacia de la TCC en el tratamiento de ataques de pánico	24
4. Metodología	26
4.1 Tipo de estudio	26
4.2 Participantes	26
4.3 Instrumentos	26
4.4 Procedimiento	27
5. Desarrollo	28
5.1 Presentación del caso clínico	29

5.2 Descripción del motivo de consulta y la sintomatología ansiosa que presenta la paciente al inicio del tratamiento	30
5.3 Descripción de las diferentes intervenciones realizadas por el terapeuta a la paciente durante el tratamiento	34
5.4 Análisis de la evolución de la paciente y los cambios producidos en la sintomatología ansiosa al finalizar el tratamiento	38
6. Conclusiones	42
7. Referencias bibliográficas	47

1. Introducción

El presente trabajo forma parte de la materia de Práctica y Habilitación Profesional 5, de la carrera de Psicología de la Universidad de Palermo durante el año 2021. La práctica se realizó en una institución de ámbito clínico, ubicada en la Provincia de Buenos Aires, que ofrece asistencia, diagnóstico y tratamiento a diferentes individuos, pero que desde el año pasado se vio obligada a cambiar su modalidad de atención presencial a un formato virtual debido a la pandemia COVID-19. También tiene un área dedicada a la formación y capacitación de profesionales en salud mental, operando todo bajo un modelo sistémico-cognitivo-conductual.

Durante la pasantía en la institución se realizaron dos actividades principales. Una fue presenciar entrevistas de admisión las cuales se acordaban con el coordinador encargado de esta área y la otra fue la observación no participante de reuniones del equipo terapéutico dirigidas a la supervisión de diferentes casos (individuales/grupales, niños/adultos) para brindar asistencia a los profesionales que trabajan en la institución o quienes están siendo formados en esta. Este espacio tiene como meta que los terapeutas expongan los problemas o dificultades que les surgen en los casos que les son asignados por la institución para así realizar intervenciones psicoterapéuticas más eficaces.

De los temas abordados en la práctica, el tema que ha generado interés para su profundización, es un caso abordado en un espacio de supervisión. Dicho caso trataba de una mujer que presentaba ansiedad y ataques de pánico, lo cual le ocurrió un tiempo después de superar la enfermedad de COVID-19. Ella se presentó a la consulta con mucha angustia por la enfermedad que le sobrevino, lo cual despertó una intranquilidad que no cesaba, lo que la condujo a realizar terapia. Con respecto a este tema, se podría afirmar que el fenómeno de los ataques de pánico son cada vez más comunes en las sociedades modernas y pueden obstaculizar gravemente a una persona de realizar sus actividades cotidianas y/o laborales. Por lo cual, su estudio resulta de suma importancia, ya que al profundizar en este conocimiento se busca impulsar la optimización y perfeccionamiento de los tratamientos disponibles. Por otra parte, considerando el marco de la pandemia se potencializa en los individuos un incremento de síntomas relacionados a la ansiedad (Alvarez & Héctor, 2020).

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar el tratamiento psicoterapéutico de una paciente de 43 años que consulta por ataque de pánico desde un enfoque cognitivo-conductual.

2.2 Objetivos específicos

1) Describir el motivo de consulta, y la sintomatología ansiosa que presenta una paciente de 43 años al inicio de un tratamiento cognitivo-conductual.

2) Describir las diferentes intervenciones realizadas por el terapeuta a una paciente de 43 años con ataque de pánico desde un abordaje cognitivo.

3) Analizar la evolución de la paciente y los cambios producidos en la sintomatología ansiosa al finalizar el tratamiento psicoterapéutico cognitivo.

3. Marco teórico

3.1 Terapia Cognitiva-Conductual

La terapia cognitiva conductual (TCC), o terapia cognitiva, surge gracias a los aportes de Aaron T. Beck que remontan desde 1960. Inicialmente, esta terapia comenzó como un tratamiento para la depresión, Beck se dio cuenta que estos pacientes tenían pensamientos caracterizados por distorsiones respecto de sus estados depresivos, los cuales podían ser tratados al hacerlos conscientes. Por tal motivo, la clave de esta terapia es poner el foco en lo que se hace con los pensamientos automáticos y agobiantes que impulsan el malestar y deterioran la calidad de vida (Clark & Beck, 2012; Chand, 2013).

A partir de lo mencionado, se han desarrollado varios protocolos y tratamientos de la TCC específicos para distintos desórdenes mentales con el propósito de abordar los factores cognitivos y conductuales que mantienen las diferentes patologías. Aunque estos protocolos de tratamientos pueden tener diferencias y variar uno del otro, todos tienen en común el modelo central de la TCC y el enfoque general para el tratamiento (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012).

En las intervenciones cognitivas-conductuales el objetivo es producir un cambio comportamental, cognitivo y emocional cambiando los patrones patológicos de pensar y actuar por unos más adaptativos y funcionales. Por esto, la TCC hace hincapié en los determinantes actuales de la conducta, al igual de considerar los aspectos históricos que ayudan a entender mejor el por qué del problema o problemas actuales (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). En efecto, lo que busca el tratamiento en sí es reducir la sintomatología de los pacientes, mejorar el funcionamiento y lograr la remisión del trastorno. Por tal motivo, el terapeuta debe generar un cambio en el sistema de creencias del individuo para lograr una transformación prolongada en su salud. Con el fin de lograr esto, es importante que el paciente se convierta en un participante activo del proceso para retar sus comportamientos y pensamientos desadaptativos (Beck, 2000; Hofmann et al., 2012).

La TCC basa su proceder clínico en los siguientes principios teóricos. El principio cognitivo apunta a que los eventos que generan el malestar, aunque importantes, no tienen tanto peso como las interpretaciones que hacen las personas respecto de estos. Sus pensamientos y creencias sobre ellos mismos o las situaciones en las que se encuentran tienen una poderosa influencia. El principio conductual indica que nuestros comportamientos son fundamentales en mantener o cambiar los estados psicológicos, por lo cual cambiar la conducta del paciente tiene el potencial para cambiar sus emociones y pensamientos. El principio del continuo indica que se debe considerar a los problemas mentales como

exageraciones de los procesos normales y así colocar a los problemas psicológicos en un lado del continuo y no en una dimensión. El principio del aquí y ahora expresa que puede ser más provechoso trabajar sobre los síntomas haciendo foco en los procesos actuales que mantienen el problema, por ejemplo, de la ansiedad. Según el principio de sistemas interactivos se debe considerar a los problemas como interacciones entre los diferentes sistemas de una persona y su ambiente (pensamientos, emociones, conducta y fisiología). Por último, el principio empírico indica que siempre se debe evaluar empíricamente tanto la teoría como la práctica (Kennerley, Kirk & Westbrook, 2011).

Se debe tener en cuenta que la TCC parte del modelo cognitivo; debido a esto se tiene la creencia que detrás de toda alteración psicológica existe una distorsión del pensamiento que afecta al individuo, en su nivel conductual y en su estado de ánimo (Beck, 2000). A su vez, en este modelo antes de intentar entender por qué ocurren estos fenómenos, se hace mayor énfasis en cómo ocurren estos sucesos (Fernández Álvarez, 2008).

Según Gardner (1988) en la ciencia cognitiva un tema central son las representaciones mentales, entendidas como entidades representacionales (símbolos, reglas e imágenes), y se examina cómo estas entidades se relacionan, diferencian y transforman. Sin embargo, estos supuestos al ser construcciones pueden ser funcionales o disfuncionales. Las representaciones funcionales se fundan en el sentimiento de bienestar y constituyen el soporte para que las personas experimenten felicidad (Fernández Álvarez, 2008). En cambio, las disfuncionales, como el nombre indica, tienen una connotación negativa y suelen ser tan rígidas y sobre generalizadas en los pacientes que no permiten a la persona lidiar funcionalmente con las situaciones. Un problema es que no siempre son obvias o claras de identificar (Kennerley et al., 2011).

Asimismo, basándose en las representaciones, se podría afirmar que el modo en la que se genera y otorga significados a las cosas es por medio de los *esquemas*. Los esquemas son estructuras de procesamiento de la información necesarias para formar una visión estable de uno mismo y del mundo, están presentes desde el nacimiento a partir de protoesquemas (respuestas innatas o reflejos) y van cambiando a causa de las interacciones con el ambiente. De esta manera, van recolectando nueva información y produciendo estructuras de asignación de significado más complejas. A su vez, estos esquemas pueden ser flexibles o rígidos (permeabilidad), globales o discretos (amplitud) y tempranos o tardíos, la medida en la que estos factores están marcados influye en los distintos procesos cognitivos (Biglieri & Vetere, 2011).

Adentrándose en los esquemas habitan las *creencias nucleares* que son las convicciones u opiniones fundamentales y duraderas que tienen las personas de ellas mismas, de los demás y del mundo que los rodea. Por otra parte, los *pensamientos automáticos* son específicos a los eventos o situaciones en la que se encuentra una persona, es decir, son las palabras e imágenes que pasan por la mente al pensar en algún asunto y se consideran el nivel más accesible y fácil de cambiar. Cuando son disfuncionales se pueden estereotipar, en problemas crónicos usualmente, pero también pueden variar. Desde otra perspectiva, las *creencias intermedias* consisten en actitudes, reglas y presunciones, están ubicadas entre las creencias nucleares y los pensamientos automáticos. Es así cómo es posible que en alguno de estos niveles se formen creencias disfuncionales, pero pueden ser desaprendidas y reemplazadas por otras más funcionales, basadas en la realidad (Beck, 2000; Kennerley et al., 2011).

Vinculado a lo mencionado, la terapia cognitiva cuenta con ciertos principios que resultan útiles: primero, se basa en una conceptualización cognitiva del paciente y sus problemas; segundo, presta gran importancia a la colaboración con el paciente, de crear y fomentar una alianza terapéutica; tercero, orientada en que el paciente identifique objetivos y resuelva problemas determinados; cuarto, educar al paciente enfocado en la prevención y recaídas; quinto, destaca el presente y el pasado; sexto, las sesiones tienen una estructura básica, pero es flexible si el caso lo requiere; séptimo; cuenta con una serie de técnicas dirigidas a modificar los sistemas de procesamiento de los pacientes (Riso, 2009).

3.2 El tratamiento en la terapia cognitiva-conductual

La TCC ha demostrado ser una de las terapias de primer recurso para distintos trastornos mentales, principalmente para trastornos de ansiedad, depresión e incluso el trastorno obsesivo compulsivo o la bulimia nerviosa. Es útil y apropiada para niños, adolescentes, adultos o adultas mayores (Fullana, De la Cruz, Bulbena, & Toro, 2011).

De tal manera, la TCC es un tratamiento que cuenta con suficiente evidencia de la comunidad científica en la actualidad, validando su eficiencia para ser usada en el trastorno de pánico (Alvarez-Garcia, & Contreras, 2019; Haby, Donnelly, Corry & Vos, 2005; Hofmann et al., 2012; Pompoli et al., 2016; Roca, 2015). El modo de administración de la terapia, ya sea en grupo o individual, en persona o por el teléfono o computadora, parecen no tener un impacto en su efecto esperado, aunque aún no se cuenta con tanta evidencia para la TCC administrada por teléfono o computadora (Haby et al., 2005).

La TCC es un tratamiento que incluye diferentes técnicas como podría ser: psicoeducación, es decir, educar a los pacientes sobre los mecanismos de la ansiedad; reestructuración cognitiva de sus interpretaciones disfuncionales; respiración controlada; ejercicios de relajación o diferentes tipos de exposición a los estresores. Sin embargo, dependiendo de los estudios se incluyen otros o desaparecen algunos (Bados, 2005).

Asimismo, es habitual combinar la TCC con intervenciones psicofarmacológicas para actuar directamente sobre los procesos cerebrales, puesto que su uso adecuado puede incrementar la eficacia de dicha terapia (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2003). Considerando esto, es necesario que los profesionales de la salud estén educados sobre las reacciones adversas a los medicamentos o los problemas relacionados con su uso, y usarlos solamente como parte de tratamientos integrales, para prevenir el consumo sin el diagnóstico correcto o la automedicación (Tobón, Montoya & Orrego, 2018). Por tal motivo, se debe tener en consideración que la automedicación puede llevar a un uso desmedido y prolongado de la droga, al igual que posibles intoxicaciones o infecciones. Por esta razón, sería adecuado que aquellos individuos que realizan esta actividad conocieran las dosificaciones correctas y los efectos secundarios que implica la sobredosis (Rios González, 2017), especialmente en contextos sociales como los de la pandemia, los cuales han causado un aumento del uso de psicofármacos (Brik & Jimenez, 2021).

Aunando estas dos técnicas, cognitivas y conductuales, se tiene un tratamiento que asocia componentes de ambas, pero dependiendo del paciente uno cobra más importancia que el otro (Sadock, Sadock & Ruíz, 2015).

3.2.1 Psicoeducación

La psicoeducación es una herramienta útil en la psicología, que beneficia a personas con o sin enfermedad mental clínica (Bulacio, Vieyra, Alvarez & Benatuil, 2004). En el ámbito de terapia, la psicoeducación puede ser usada para mejorar e incrementar el bienestar general. Es un proceso que posibilita a los pacientes conocer y entender mejor su sintomatología, de esta forma logran fortalecer sus capacidades para mantenerse saludable (con o sin la psicopatología presente), al igual que auto influir e incitar su propia recuperación. Al impartir estos conocimientos en el paciente, el contenido debe ser acorde a su nivel sociocultural, su personalidad, condición e información previa (Bulacio, 2018).

Según Bulacio et al. (2004) es recomendable realizar esta intervención desde la primera sesión en el tratamiento individual de modo progresivo, considerando elementos como el interés del paciente, la disponibilidad de tiempos y las etapas del tratamiento. La

psicoeducación es de gran utilidad en los trastornos por ansiedad y los pacientes lo consideran como un recurso valioso para su mejora.

El objetivo de esta técnica es que las personas comprendan los mecanismos subyacentes de la alteración que padecen y mediante eso, trabajar sobre los cuidados particulares y generales a realizar, sin embargo, no se puede ignorar que la forma en que este tipo de vivencias son experimentadas por cada individuo van a ser personales. Por lo tanto, al momento de planificar alguna estrategia de afrontamiento, este aspecto se debe tener en cuenta (Godoy et al., 2020).

Por esta razón, la psicoeducación para los ataques de pánico tiene como meta enseñar sobre la naturaleza de la ansiedad y el pánico (McCabe & Antony, 2006). Se educa al paciente acerca de los mecanismos específicos que desencadenan y mantienen la sintomatología, posibilitando la reinterpretación de los signos y síntomas con una significación no catastrófica, reduciendo su ansiedad en el proceso. Estas nuevas alternativas de ver los problemas promueve que el sujeto intente cambiar sus actitudes y conductas en relación a estos, mientras sostiene una mirada más realista del malestar (Bulacio, 2018).

Por ejemplo, se puede corregir las creencias respecto a sus miedos, uno comúnmente mencionado por los pacientes con ataques de pánico es la sensación de volverse locos o perder el control. En ese momento, se les puede clarificar que la locura hace referencia a lo que se conoce como esquizofrenia con unas propiedades y sintomatología completamente diferentes, como alucinaciones, pensamiento desorganizado, alteraciones del habla y emocionales graves, entre otros (Moreno & Martín, 2007).

Dentro de este marco, al momento de realizar la psicoeducación se deben abordar ciertos aspectos claves, como brindar una explicación respecto de lo que es la ansiedad, que la causa y como esta se puede tornar patológica o clínicamente relevante; una descripción de los cambios fisiológicos que ocurren como consecuencia de la activación del sistema nervioso y respuestas como la lucha o huida, al igual del valor adaptativo de algunos de estos cambios; los tres mecanismos de respuesta que implica la ansiedad (fisiológico, cognitivo y conductual) y la interacción entre estos; la baja probabilidad de que los temores del paciente se hagan realidad; la distinción entre el estado de ansiedad, la emoción de miedo y el estrés; también la importancia de la autoobservación y autorregistro de los síntomas, así como la relevancia de la psicoeducación misma para el paciente, al igual que el tratamiento psicofarmacológico (en caso de ser necesario). La intención detrás de esto es corregir los mitos y conceptos comunes, pero erróneos de los síntomas de pánico que agravan la ansiedad (Bulacio, 2018; Craske & Barlow, 2008; Moreno & Martín, 2007).

La tarea del terapeuta es orientar y colaborar al individuo en el proceso de clarificar y comprender desde una mirada psicológica la patología (sea la ansiedad o cualquier otra), haciendo énfasis sobre lo pertinente para dirigir el tratamiento y mejorar la calidad de vida del paciente (Bulacio et al., 2004).

A partir de todo lo mencionado, lo esencial es impartir en el paciente ciertas ideas que lo van a ayudar a entender mejor su situación. Se puede comenzar por explicar que la respuesta de ansiedad es adaptativa y protege ante situaciones amenazantes. A su vez, puede aclarar que el trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad que es relativamente frecuente y que se debe a una predisposición por parte del individuo y ante la presencia de estresores psicosociales (estímulos internos y externos). También, que las crisis de ansiedad aisladas no siempre implican un trastorno de pánico, puesto que ciertos eventos estresantes pueden contribuir a la ocurrencia de estas crisis de ansiedad o pánico, sin llegar a desarrollar un trastorno (Moreno & Martín, 2007). La prevalencia vital de los ataques de pánico aislados que no cumplen con todos los criterios necesarios para ser considerado un trastorno, es del 22.7% (Kessler et al., 2006).

Sin dudas, la importancia de la educación psicológica está en favorecer el compromiso o adherencia por parte del paciente al tratamiento, fomentar el autocuidado y reducir la posibilidad de recaídas, puesto que un mayor conocimiento permite un mejor entendimiento (Godoy et al., 2020). Para el paciente, el solo contar con la información adecuada y correcta ayuda en reducir los niveles de ansiedad, generando un efecto positivo en la sintomatología al descatastrofizar ciertos aspectos. Es una herramienta dirigida a adquirir recursos para comprender con nueva luz el padecimiento propio y aunque resulta altamente útil, no siempre es suficiente para los casos más severos (Bregman, 2006).

3.2.2 Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva, según Clark (2014), es una intervención estructurada, orientada a objetivos que se centran en explorar, detectar y evaluar pensamientos así como sustituir las valoraciones y creencias que son desadaptativas y mantienen la perturbación psicológica. A su vez, busca procesar lo desadaptativo en adaptativo, a través de un pensamiento que se base en la evidencia, para lograr que haya un predominio adaptativo y normal del sistema de procesamiento de la información.

La investigación científica ha demostrado que la reestructuración cognitiva es efectiva en el tratamiento de trastornos depresivos o de ansiedad, como el pánico. Esta técnica se centra en identificar y modificar las creencias negativas y catastróficas con las que llegan los

pacientes acerca de sus dolencias, para ayudar a erradicar los pensamientos más disfuncionales, responsables de mantener y perpetuar el problema (Bouchard et al., 1995; Clark, 2014). Al respecto, se hace mayor foco en la evaluación que los pacientes hacen de la amenaza que del contenido de esta, es decir, el significado que adjudican (Clark & Beck, 2010).

Desde lo teórico, la reestructuración cognitiva posee tres fundamentos centrales. Primero, la manera en que los sujetos se sienten y comportan está atravesada por la forma en que sus experiencias son estructuradas cognitivamente, es decir, que dependiendo de cómo se valoran, perciben e interpretan los sucesos, determinan las reacciones que tienen frente a ellos. En segundo lugar, las cogniciones, así sean conscientes o preconscientes, son posibles de identificar usando entrevistas o cuestionando al sujeto en terapia. La identificación de cogniciones es una tarea continua, realizada a lo largo del tratamiento. Lo tercero es que los pensamientos y creencias de los individuos se pueden cambiar o corregir, por medio del trabajo terapéutico (Bado & García, 2010).

En cuanto a la forma de implementar la intervención cognitiva, se podría comenzar por establecer el rol de los pensamientos a la hora de generar emociones. Luego, los pensamientos que son hechos certeros para las personas son tomados como hipótesis, y de esta manera, pueden ser cuestionados. A continuación, se registran las emociones y cogniciones asociadas para reconocer y detectar las evaluaciones, suposiciones y creencias de la persona. Con lo cual, al identificar las cogniciones de interés clínico, se clasifican en tipos de errores típicos que aparecen durante estados emocionales elevados, como lo sería la catastrofización o sobreestimación de los riesgos. Este proceso ayuda a los pacientes a formar una perspectiva más objetiva y, de esta manera, utilizar un enfoque empírico para reevaluar los pensamientos inadecuados y la validez de estos usando la mayor cantidad de evidencia disponible. En estos casos, los terapeutas pueden usar el cuestionamiento socrático para realizar descubrimientos guiados de los pensamientos y ayudar al paciente a ponerlos en duda (Craske & Barlow, 2008).

A partir de lo mencionado, hay dos funciones centrales con las que cumple la reestructuración cognitiva en el ámbito terapéutico; las cuales son: evidenciar las malas interpretaciones catastróficas de los pacientes como falsas y presentar nuevas explicaciones a las sensaciones físicas que sienten. Al respecto, se emplea la recogida de pruebas y la detección de cogniciones disfuncionales, con el fin de generar formas alternas de entender el problema. Es por este motivo, que resulta útil pedir una descripción detallada de las consecuencias del evento catastrófico más temido, en caso que llegara a ocurrir y, enseguida,

realizar una lista de explicaciones alternativas a las sensaciones internas. Los síntomas tienen causas diferentes por las que se pueden explicar, a causa del incremento de ansiedad, reacción ante el estrés, hipervigilancia de las sensaciones somáticas, efectos de alguna sustancia, emociones intensas (asombro, ira, excitación, etc), entre otras, incluyendo la influencia del contexto. Sin embargo, esta tarea no siempre es fácil para los pacientes, por esto el descubrimiento guiado por parte del terapeuta es de gran relevancia en el éxito de esta técnica (Clark & Beck, 2010).

Además, el cuestionamiento de las cogniciones disfuncionales involucra un trabajo conjunto entre terapeuta y paciente para encontrar datos retrospectivos y prospectivos que puedan ser usados para calificar si los pensamientos son válidos, o sea, realistas y adecuados. También si son útiles, si ayudan a conseguir los objetivos que se proponen. Se podría postular que las cogniciones desadaptativas se cuestionan de dos modos, verbal y conductualmente. El modo conductual se refiere a realizar pruebas con el propósito de conseguir datos reales, es decir, que el paciente realice experimentos para verificar la veracidad y probabilidad de que ocurra lo temido. Con respecto al modo verbal, por medio de un análisis lógico y teniendo en cuenta los datos obtenidos de las experiencias personales vividas y las de otros. Por lo tanto, al realizar este cuestionamiento sólo se debe poner en duda las cogniciones negativas más ligadas al malestar, en los trastornos de ansiedad son las relacionadas al peligro. Hay que dedicarle el tiempo necesario e inclinar al paciente en la creencia que las cosas pueden ser diferentes, ya que una reestructuración válida lograra disminuir las creencias irracionales y, como consecuencia, el malestar emocional. El modelado también puede asistir, el psicólogo puede compartir una experiencia propia para relacionarla con alguna situación que altera al paciente (Bado & Garcia, 2010).

Concretamente, hay tres componentes críticos para conseguir una reestructuración cognitiva efectiva. Uno es el empirismo colaborativo, en el cual terapeuta y paciente trabajan en equipo con el fin de ayudar a explicar y solucionar el problema. Otro punto de suma relevancia es conseguir una buena alianza terapéutica y colaboración por parte de la persona. Para conseguir y asegurar el compromiso con el tratamiento, el terapeuta puede hacer ciertas cosas como educar al paciente sobre la reestructuración cognitiva para establecer un racionamiento de base, trabajar en conjunto para formular metas del tratamiento, de las sesiones y tareas, al igual que pedir una retroalimentación al paciente de lo tratado. Es decir, el uso del cuestionamiento socrático acerca de las experiencias pasadas es útil para evaluar la validez de las creencias disfuncionales (Clark, 2014).

Otro componente para conseguir la reestructuración cognitiva efectiva es la intervención verbal, la cual incluye estrategias como: la reatribución donde se identifican las causas contextuales de los problemas para reducir la culpa y atribución interna; la normalización de creencias y conductas desagradables como desviaciones de experiencias normales para reconceptualizarlas; la recolección de evidencia de experiencias actuales y pasadas del paciente para una evaluación más adecuada; una reorientación positiva, para enseñarle al paciente a registrar el afrontamiento adaptativo de experiencias que le demuestren su capacidad de encarar con los sentimientos inadecuados; la resolución de problemas, encontrando un problema real y listar los pros y contras para examinar los diferentes tipos de respuestas (Clark, 2014). Y por último, el componente de prueba empírica de hipótesis busca que el paciente realice actividades de experimentos planeados (diseñados con el terapeuta) para obtener nueva información que ayude a comprobar la validez de las creencias que tiene el paciente sobre sí mismo o el entorno, construir y poner a prueba nuevas creencias funcionales y desarrollar y verificar la formulación cognitiva (Bennett-Levy, et al., 2004).

Con esta herramienta no se tiene como intención primaria reducir o minimizar la sintomatología desagradable, el miedo o la ansiedad de los individuos, sino que busca corregir las cogniciones distorsionadas e irreales para que eventualmente el malestar comience a disminuir como consecuencia del cambio en los pensamientos (Craske & Barlow, 2008).

3.2.3 El entrenamiento en respiración

En cuanto al entrenamiento en respiración, se ha demostrado que las personas ansiosas suelen tener un patrón de respiración inadecuado, donde emplean una respiración superficial y a nivel del pecho. Si este modo de respirar aumenta en velocidad, el resultado son una serie de síntomas físicos comúnmente asociados con los ataques de pánico (Bourne, 2000).

Con lo mencionado, se podría definir el entrenamiento en respiración como una estrategia de autocontrol que ayuda a corregir la conducta respiratoria de los pacientes ansiosos. Durante los estados de ansiedad es común que ocurra la hiperventilación, en la cual los niveles de oxígeno en la sangre aumentan más de los necesarios debido al incremento en la frecuencia, intensidad y duración de la respiración. Aparte de estos elementos, la hiperventilación también se ve afectada por factores externos e internos (lugares extraños, emoción intensa) y el grado de autocontrol que sienta el sujeto. En condiciones normales la hiperventilación se reduce automáticamente, pero en el pánico esto se dificulta debido a los pensamientos catastróficos del individuo, por ejemplo, estoy perdiendo el control, me estoy volviendo loco o asfixiando (Moreno & Martín, 2007).

Asimismo, la respiración abdominal, diafragmática o antipánico hacen referencia a la misma técnica, que busca disminuir los síntomas de la hiperventilación (Moreno & Martín, 2007). El objetivo es lograr que el paciente adquiera un control voluntario de su respiración para que pueda automatizarla y regular su ritmo respiratorio ante la presencia de estresores o situaciones que la alteren. Durante la respiración diafragmática se mueven las costillas inferiores y la parte superior del abdomen produciendo gran participación del diafragma, cuyo efecto activa al sistema nervioso parasimpático, responsable de regular al organismo y volver a un estado de calma. Se podría afirmar que es la respiración más apropiada fisiológicamente (Bulacio, 2018; Ruiz et al., 2012). Como consecuencia de contrarrestar la activación del sistema nervioso simpático, responsable de la estimulación que causa el estado de excitación y de las respuestas físicas del cuerpo durante los ataques de pánico, se puede desencadenar la respuesta de relajación y una sensación de conexión entre cuerpo y mente. A su vez, ayuda con la concentración de las personas y fijar su atención para calmar los pensamientos negativos (Bourne, 2000).

Por otra parte, la respiración controlada ayuda a concientizar más a las personas respecto de su respiración disfuncional, que aporta al problema, y reemplazar ésta por una más lenta que involucre al diafragma. Este ritmo calmado, lento y profundo contribuye a la disminución de la ansiedad gracias a la sensación de relajación que se produce. Es decir, la respiración controlada es una intervención rápida y útil que ayuda a los pacientes a sentir un grado de control sobre su estado emocional y mitigar la sobre respiración rápida y superficial (Clark & Beck, 2010).

En concordancia con lo expuesto, se podría explicar que este tipo de respiración se enseña en tres pasos: primero se pide que se concentre en su respiración y lo haga en un entorno que se encuentre relajado, luego se le indica que inhale lentamente y se demore cada vez más en mantener la respiración y espirar el aire y, por último, que realice esto al experimentar malestar o en lugares con distractores (Moreno & Martín, 2007).

En concreto, un ejercicio de respiración más específico sería la respiración profunda, que es beneficiosa para manejar la activación general. Se le puede indicar al paciente que se siente cómodamente y coloque una mano sobre su abdomen y la otra encima de esa, inhalar durante 3 – 5 segundos mientras se imagina una bolsa vacía que se llena en su abdomen, repetirse sugerencias positivas como estoy relajado y comenzar a exhalar lentamente en tanto que se sigan repitiendo los comentarios de relajación. Es recomendable realizar de cuatro a cinco veces este ejercicio y de diez a quince veces al día (Ruiz et al., 2012). Para conseguir

los efectos deseados esta respiración debe ser nasal, suave, profunda, rítmica y cómoda (Bulacio, 2018).

Por lo mencionado, es muy importante transmitir ciertas ideas al paciente respecto de la respiración, cómo aclarar que hiperventilar es una reacción somática normal. Es parte del triple sistema de respuesta ante la ansiedad y es debido al desequilibrio de los niveles de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre, pero con una respiración saludable se puede ayudar. La respiración se debe hacer a partir del diafragma y no con los músculos intercostales del pecho, porque esta última aporta a la hiperventilación. El entrenamiento en respiración, como herramienta, a pesar de poder ser muy provechoso, solo debe ser un elemento más del tratamiento (Moreno & Martín, 2007).

Algo que se debe tomar en cuenta al momento de trabajar en la respiración del paciente es que esta técnica sea usada para reducir los síntomas fisiológicos de la hiperventilación o para lidiar con la sensación de estrés y ansiedad, pero que no se convierta en un método usado para evitar experimentar el pánico o ser usada como conducta de seguridad, porque iría en contra del tratamiento terapéutico (Craske & Barlow, 2008; McCabe & Antony, 2006).

3.3 La ansiedad

3.3.1 Ansiedad normal y patológica

La ansiedad es una emoción adaptativa y normal a los humanos, permite que se pueda movilizar la persona, anticipar situaciones y cumplir metas. Es una emoción porque es un estado interno que brinda información valiosa respecto de nuestro mundo interno y externo (Bulacio, 2018). Es útil para enfrentar diferentes tipos de situaciones, especialmente las amenazantes, manteniendo a los individuos en un estado de alerta apropiado (Carrión & Bustamante, 2005).

En circunstancias normales, la ansiedad sirve como mecanismo que le permite a los individuos resolver problemas sin que se angustien o desesperen (Gómez & Marzzucco, 2009); debido a esto, en niveles bajos ayuda a motivar a los sujetos para anticipar y prepararse ante diferentes eventos -entrevistas de trabajo, exámenes, presentaciones- o situaciones de peligro repentino (Williams, 2003).

Asimismo, un aspecto de suma importancia en la ansiedad es su capacidad anticipatoria. Este concepto significa que la respuesta ansiosa ayuda a señalar y así prever un peligro o amenaza, lo cual tiene una funcionalidad biológico-adaptativa muy valiosa para los humanos. Es decir, anticipar situaciones es sumamente beneficioso porque le permite a un individuo prepararse a los diferentes eventos a los que puede estar expuesto, pero cuando la

ansiedad anticipa peligros irreales en exceso se puede tornar en una preocupación clínica (Belloch, Sandín & Ramos, 2009). Por tal motivo, existen dos categorías comúnmente conocidas como ansiedad estado y ansiedad rasgo. La primera, hace referencia a una condición temporal o pasajera de preocupación o nerviosismo, la cual es acompañada de una activación del sistema nervioso autónomo. La ansiedad de rasgo, por otro lado, es la tendencia que tiene un sujeto de percibir diferentes situaciones como amenazantes, está más ligado con la personalidad (Spielberger, 1985, citado en McDowell, 1987).

Vinculado a lo mencionado, es necesario distinguir la ansiedad del miedo, ya que, aunque tienen cierta relación, también poseen diferentes características. La primera es que el miedo es una emoción primaria mientras que la ansiedad es secundaria, porque no es una respuesta emocional instintiva, sino que es aprendida (Bulacio, 2018). La segunda es que el miedo es una respuesta básica y automática que está dirigida hacia un evento u objeto el cual es considerado como peligroso o potencialmente peligroso, se trata de una posible amenaza percibida a la propia seguridad. En cambio, la ansiedad es un estado emocional más prolongado en el tiempo, cuyo disparador suele ser un miedo inicial. Durante este ocurre una excitación física y la sensación de no poder controlar o prevenir posibles eventos adversos o desagradables. La ansiedad siempre va a estar dirigida hacia el futuro. La tercera es que el miedo o temor va a estar en el origen de todo estado de ansiedad, por ejemplo, en la ansiedad social el miedo subyacente puede ser la vergüenza, o en el caso de ser ansioso respecto al estado de salud propio, el miedo que puede estar conduciendo es la posibilidad de enfermarse gravemente, o incluso, morir como resultado (Clark & Beck, 2012).

Por consiguiente, confundir estos términos suele ser común al tratar con esta temática, pero desde un enfoque cognitivo, el miedo se activa ante un peligro inminente mientras que la ansiedad ocurre como una respuesta subjetiva cuando se alberga el miedo (Clark & Beck, 2010).

Además, otros dos conceptos importantes a diferenciar son la ansiedad y el estrés. El estrés psicológico se define como una relación que se da entre un individuo y el entorno, el cual es evaluado por la persona como amenazante o que sobrepasa sus propios recursos, poniendo en riesgo su bienestar (Lazarus & Folkman, 1986). En tal sentido, el estrés se caracteriza por pequeños estímulos que generan grandes reacciones, es decir, es un estado fisiológico. Por lo cual, este fenómeno puede convertirse, si es excesivo, en un factor desencadenante de algún trastorno de ansiedad, teniendo en cuenta cierta predisposición genética de la persona (Carrión & Bustamante, 2005).

Dentro de este marco, la percepción de una situación como estresante o no va a depender de la persona (sus recursos, defensas psicológicas, mecanismos de afrontamiento), pero también de la naturaleza del evento mismo. Una persona sana tiene un equilibrio adaptativo con su mundo externo e interno, pero si el estrés genera un desequilibrio se produce un conflicto y si es duradero se puede experimentar ansiedad crónica. Existen conflictos interpersonales (causa externa) o intrapersonales (causa interna) y puede ocurrir una combinación de ambos, ya que él humano es un ser social, por lo cual, diversos problemas pueden surgir en la interacción con los otros (Sadock et al., 2015).

La ansiedad involucra al menos tres dimensiones o sistemas de respuesta, los cuales son el cognitivo, fisiológico y conductual. La primera se relaciona con la experiencia interna del propio sujeto, tiene que ver con la percepción y la evaluación realizada sobre los estímulos que se vinculan con la ansiedad. Estas van a depender del individuo, implicando un importante elemento subjetivo. Esta dimensión es la más relevante, ya que lo cognitivo ocupa un lugar central en la ansiedad, e incluye las experiencias de alarma, miedo, preocupación, obsesiones, etc. El segundo componente es el fisiológico (o somático) y hace referencia a los cambios biológicos que ocurren al experimentar un estado de ansiedad. Ocurre una activación elevada del sistema nervioso autónomo provocando ciertos cambios externos (temblores, palidez, transpiración, etc.) e internos (palpitación, respiración acelerada, etc.), algunos de los cuales son voluntarios y otros involuntarios. La percepción de estos cambios suele ser considerada por los sujetos como una experiencia subjetiva displacentera. El último sería el componente motor que se relaciona con las respuestas de escape y evitación, al igual que incluir características del lenguaje no verbal (Belloch et al., 2009).

Todas estas formas de respuestas indican que la ansiedad supone distintos tipos de síntomas. Entre los síntomas cognitivos se encuentran miedo a perder el control, lastimarse, morir o la sensación de volverse loco; ser evaluado negativamente por otros; sentirse inseguro o amenazado; pensamientos o imágenes atemorizantes; confusión; mala memoria; apatía; dificultad para razonar, concentrarse o prestar atención. Síntomas comportamentales tales como la evitación o escape de los estímulos temidos, dificultad para hablar, inquietud o hiperactividad, parálisis motora, hiperventilación o agitación. Síntomas físicos incluyendo cardiovasculares (palpitaciones, palidez, aumento de presión arterial), respiratorios (ritmo acelerado, dificultad para respirar, ahogo), gastrointestinales (vómitos, náuseas, diarrea), neurovegetativos (mucosas resacas, sudoración excesiva, mareos), neurológicos (temblores, cefaleas tensionales, contracturas). También existen síntomas emocionales como sentirse nervioso, tenso, aterrorizado, impaciente o frustrado (Cía, 2014; Clark & Beck, 2012).

Respecto a la sintomatología, va a variar dependiendo de la persona, no todos presentan los mismos síntomas y tampoco la misma intensidad. Se debe tener en cuenta las predisposiciones biológicas y/o psicológicas, ya que son clave en determinar la vulnerabilidad que tienen los sujetos a ciertos tipos de síntomas (Bulacio, 2018).

En cuanto al mecanismo que produce el surgimiento de la respuesta de ansiedad y que participa en su mantenimiento está fuertemente influenciado por los pensamientos y cogniciones del individuo. Aquellos eventos que deberían ser considerados como retos o situaciones dificultosas son vistas como peligrosas y amenazantes. El problema radica en la percepción, muchas veces desvalorizada, que los individuos hacen de sus propias capacidades y recursos de afrontamiento ante estas situaciones, creen no contar con lo necesario para responder adecuadamente (Gómez & Marzucco, 2009).

Teniendo en cuenta lo expresado, la ansiedad normal es una respuesta apropiada y necesaria, pero si esta manifestación se excede o extiende en duración, intensidad y frecuencia se convierte en una respuesta desadaptativa, dando lugar a la ansiedad patológica (o clínica). Con respecto a esta última, una diferencia clave es que ocurre una valoración distorsionada del estímulo amenazante, la cual se genera en situaciones donde no existe un peligro real o es bajo. Es una ansiedad desproporcionada al evento que la causa y afecta de diversas maneras a la vida cotidiana de los sujetos. Otra diferencia tiene que ver con la demanda de tratamiento por quienes la padecen, la cual será determinada por factores como creencias personales, variables del contexto o características de personalidad por ejemplo. A su vez, algo a tener en cuenta es que varias de las características clínicas de los trastornos de ansiedad, como lo son las fobias o ataques de pánico, se encuentran presentes en la población general, pero el grado en que estas se manifiestan es menor (Belloch et al., 2009; Cía 2014).

En efecto, es relevante recordar que la ansiedad, en condiciones normales, es una emoción común que mejora el rendimiento y la adaptación al medio, pero se puede tornar desadaptativa (o patológica) cuando inhibe y paraliza a la persona de reaccionar adecuadamente, porque es excesiva, crónica o inadecuada. La ansiedad patológica tampoco está presente exclusivamente en este tipo de trastornos, como la respuesta ansiosa es un síntoma, puede ser parte de diferentes cuadros clínicos (depresión, trastornos alimentarios, disfunciones sexuales, etc) o ser el centro de la perturbación siendo un trastorno de ansiedad propiamente dicho (Bulacio, 2018; Cía, 2014).

3.3.2 Trastornos de ansiedad

En concordancia con lo expuesto anteriormente, la ansiedad patológica tiene el potencial de causar distintos tipos de desórdenes, estos son conocidos como trastornos de ansiedad. Se pueden definir como un estado de inquietud o ansiedad, la cual no solo es irracional sino continua que se puede transformar en miedo agudo o pánico y afectar las funciones mentales de quienes las padecen, perjudicando diferentes áreas de sus vidas cotidianas en el camino. Una emoción que normalmente es favorable y ventajosa genera los efectos opuestos, causando que las personas se encuentren invalidadas o incapaces de resolver esas situaciones (Carrión & Bustamante, 2005).

Asimismo, otra definición para este tipo de trastornos es que son un síndrome clínico en el cual la perturbación nuclear es la ansiedad y puede caracterizarse por ansiedad manifiesta o por conductas de evitación para minimizar el malestar (Belloch et al., 2009). Este tipo de trastornos son algunos de los desórdenes mentales más comunes que son asociados con experiencias emocionales negativas (Hofmann & Hinton, 2014).

Para distinguir entre los trastornos de ansiedad resulta útil fijarse en el tipo de objetos o eventos que generan el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas e indagar sobre los pensamientos o creencias (cognición) que tiene la persona respecto de estas. Para diagnosticar alguno de estos trastornos, los síntomas no pueden ser atribuibles a efectos fisiológicos de alguna sustancia (droga), otra afección médica o no se entienden mejor por otro trastorno mental (APA, 2014).

La Asociación Americana de Psicología (2014), en su quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), ordena esta clase de trastornos comenzando por los que típicamente inician a edades tempranas. Estos son: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (o fobia social), trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado, otro trastorno de ansiedad no especificado.

Estas alteraciones mentales están, en parte, determinadas por factores genéticos/hereditarios y experienciales. Tres de cada diez personas tienen una predisposición biológica a sufrir una crisis espontánea de ansiedad. A causa de anomalías genéticas (desbalances químicos del cerebro) los pacientes ansiosos tienen una predisposición biológica, que después de superar cierto umbral, los propicia a estados patológicos de ansiedad. También presentan un grado de vulnerabilidad psicológica en la que vivencias traumáticas y factores como el estrés influyen. Entonces, si una persona predispuesta (factores biológicos + rasgos de vulnerabilidad) experimenta ansiedad excesiva ante un evento desencadenante, por cierto

estímulo, puede ocasionar un estado de ansiedad desadaptativa. Aparte de las situaciones traumáticas, situaciones que son ambiguas o adversas también pueden ser factores desencadenantes (Carrión & Bustamante, 2005; Sadock et al., 2015).

Algo común para los trastornos de ansiedad son la clase de conductas de afrontamiento empleadas ante el malestar que sienten, a estas se les llama conductas de seguridad y son realizadas para reducir la ansiedad y sentirse seguros. Se clasifican en tres categorías, la primera son las conductas evitativas con las cuales se intenta evadir la situación que produce temor. La segunda son las conductas de huida, que como el nombre lo sugiere, escapó del evento o estímulo temido. La tercera son las conductas de reaseguro, puestas en marcha para prevenir que suceda lo que se teme. El inconveniente con estos comportamientos es que reducen el malestar en lo inmediato, pero impiden que se desconfirman las creencias que causan el problema, retrasando el mejoramiento, por lo que a largo plazo se siguen manteniendo altos niveles de ansiedad (Biglieri, 2011).

Igualmente, los trastornos de ansiedad tienen un problema de comorbilidad dificultando o complicando la tarea diagnóstica. Existe una co-ocurrencia entre la sintomatología de estas alteraciones, pero también entre los síntomas que presentan pacientes depresivos y ansiosos. Al igual de compartir sintomatología con trastornos somatomorfos, alteraciones del sueño o sexuales, alcoholismo y drogadicción. La ansiedad es considerada, por algunos autores, como una característica central en varias de las alteraciones psicopatológicas. Los trastornos de ansiedad también pueden presentarse en un diagnóstico múltiple, cuando un paciente cumple criterios para más de un trastorno. Esto puede implicar complicaciones terapéuticas, como las estrategias necesarias a aplicar, al igual que con el curso y pronóstico del tratamiento. Un problema es que cuando aparece un trastorno de ansiedad, se incrementan las probabilidades de que surja otro trastorno de esta misma índole (Belloch et al., 2009).

Teniendo en cuenta que las personas con trastornos de ansiedad suelen exagerar el peligro o la amenaza, los terapeutas son quienes tienen que realizar el análisis decisivo sobre esos miedos y ansiedades y determinar si verdaderamente son excesivos (APA, 2014).

3.3.3 El ataque de pánico

El pánico visto desde la psiquiatría se piensa como un sentimiento de terror agudo, donde la persona siente no tener el control de la situación. Generalmente, ocurre de manera súbita y en personas que tienen una vulnerabilidad o predisposición ante estos (Cía, 2014). Los ataques de pánico son un periodo o episodio caracterizado por miedo y malestar intenso

que se acumula y alcanza su pico rápidamente, con una duración promedio de 5 a 20 minutos. Siempre involucra una hiperactivación fisiológica transitoria y también implica una serie de cogniciones equivocadas e imaginarias de una catástrofe mental o física, a causa de la ansiedad intensa que sienten los sujetos y el poco control que tienen sobre esta (Clark & Beck, 2010; 2012).

Según la Asociación Americana de Psicología (2014), el trastorno de pánico cuenta con cuatro criterios diagnósticos, el primero indica que son ataques de pánico imprevistos y recurrentes, logrando su máxima expresión en minutos y es durante este lapso que se presentan mínimo cuatro síntomas de los 13 que enumeran, como palpitaciones, sudoración, sensación de ahogo, temblores, náuseas, miedo a perder el control, volverse loco o morir, desrealización o despersonalización, entre otros. El segundo criterio indica que por lo menos durante un mes (o más) después de uno de los ataques le sigue alguna (o ambas) de las siguientes situaciones: preocupación continua respecto de experimentar nuevos ataques o sus consecuencias y un cambio desadaptativo en la conducta relacionada con los ataques. El tercero dice que la alteración no puede ser causa de los efectos fisiológicos de alguna sustancia, ni por una enfermedad médica. El último criterio indica que ningún otro trastorno mental puede explicar mejor la perturbación que tiene el individuo. Por esto es de suma importancia considerar factores como los diagnósticos diferenciales y la comorbilidad al momento de diagnosticar. Ante todo, en los trastornos de ansiedad las crisis de pánico ocurren como una forma de respuesta ante el miedo que surge.

Al considerar el diagnóstico diferencial del trastorno de pánico se pueden encontrar trastornos orgánicos, otros trastornos de ansiedad, fobias específicas o sociales, trastornos psicóticos, trastorno del estrés postraumático, trastornos de ansiedad inducidos por sustancias, entre otros. Sin embargo, no debe ser diagnosticado con trastorno de pánico un individuo cuyos ataques no presenten los síntomas completos o cuando los ataques de pánico ocurren de manera inesperada y solo con síntomas limitados (APA, 2014; Sadock et al., 2015).

El trastorno de pánico se trata más de la interpretación que el sujeto hace de los síntomas, que los síntomas mismos. Desde un plano cognitivo, las respuestas físicas son interpretadas como catastróficas y durante la crisis el individuo puede no saber qué le pasa excepto hay un inicio abrupto, sus síntomas aumentan hasta llegar al pico somático y luego disminuyen por cansancio físico y psíquico; también por la activación del sistema parasimpático (Bulacio, 2018).

Para entender mejor al pánico, se pueden considerar cuatro características importantes a tener en cuenta al momento de pensar en una intervención. Primero es que ciertas situaciones

provocan pánico, en algunos pacientes son los eventos sociales, otros por tener que estar solos o por tener que salir de la casa. Las personas con ataques de pánico aprenden a reconocer cuáles situaciones les disparan los ataques y, por ende, evitan estas situaciones. En segundo lugar, el pánico causa preocupación con los síntomas físicos provocando que las personas estén pensando constantemente sobre su estado físico, monitoreando su cuerpo por sensaciones extrañas que se presenten. La otra característica indica que la catastrofización está en el centro del pánico, como interpretar catastróficamente los cambios físicos que ocurren, pensar que se está teniendo un paro cardíaco o que se está muriendo. La última característica a considerar es que las estrategias destinadas a prevenir el pánico comienzan a dominar la vida diaria de las personas, intentan sentirse seguras y cómodas para evitar el pánico, pero estas comienzan a dominarlos (Clark & Beck, 2012).

En el mismo contexto, es de suma importancia recordar que no toda crisis de pánico lleva a desarrollar un trastorno del mismo, pero es mejor que sea tratada a tiempo si no puede controlarse. Principalmente, el trastorno por pánico se sostiene a partir de tres elementos: primero es ansiedad basal, personas donde prima la ansiedad, suelen presentar rasgos de hiperpreocupación, necesidad de control; segundo es el estrés, la percepción o valoración que los sujetos hacen de los factores desencadenantes, están hiperactivados cuando no debería; tercero, la predisposición también conocido como umbral panicoso o vulnerabilidad a la ansiedad hace referencia a la predisposición biológica, mayor sensibilidad a estímulos internos (Bulacio, 2018).

En este trastorno, al hablar de ataques inesperados, se hace referencia a que los ataques que ocurren sin un desencadenante claro, son imprevistos por lo que los individuos no los están esperando. En cambio, los ataques de pánico esperados son aquellos que sí tienen una causa o señal obvia, como una situación o estímulo determinado. Por otro lado, los ataques pueden variar en frecuencia y gravedad. Algunos tienen una frecuencia moderada con un ataque a la semana, pero regular durante meses, otros con mayor frecuencia a la semana, pero con semanas o meses sin ataques. Respecto a la gravedad, algunos individuos pueden presentar el mínimo de los 4 síntomas indicados en el primer criterio diagnóstico y más (ataques completos), o incluso presentar menos (ataques limitados), tanto la cantidad como el tipo de síntomas pueden variar entre ataques. No obstante, para diagnosticar este trastorno es necesario que ocurra más de una crisis inesperada en conjunto con los síntomas necesarios (APA, 2014).

En líneas generales, algo notable sobre el pánico es que este fenómeno también ocurre en la población no clínica, es relativamente normal. Estas personas son consideradas sanas,

pero experimentan un síndrome de pánico no clínico, cumpliendo con ciertas características del trastorno de pánico, aunque distinguiéndose en otras. Tanto los individuos con pánico clínico y no clínico coinciden en que los ataques suceden durante momentos de estrés y en sentir o experimentar los síntomas físicos de manera similar. A pesar de esto, difieren en dos aspectos centrales. Primero, la población clínica tiende a experimentar más ataques de pánico inesperados y en la población no clínica los ataques suelen asociarse a situaciones sociales o evaluativas. Y segundo, en el síndrome de pánico no clínico se presentan menos cogniciones catastróficas durante los ataques (Norton, Cox & Malan, 1992, citados en Belloch et al., 2009). Por esto, se puede decir, que el ataque de pánico no es lo mismo que el trastorno de pánico, algo valioso a tener presente ya que no todo ataque conduce a un trastorno (Belloch et al., 2009).

Expresado de otro modo, el pánico no clínico ocurre de manera ocasional en la población general usualmente ante situaciones estresantes o de evaluación, que causan los mismos síntomas que en el trastorno de pánico, pero a una menor escala tanto en frecuencia y gravedad, reportando menores preocupaciones por el pánico (McNally, 1994).

3.4 Eficacia de la TCC en el tratamiento de ataques de pánico

Se podría afirmar que tanto la terapia cognitiva como la conductual han demostrado tener buenos resultados a largo plazo en cuanto a la remisión de los síntomas de los pacientes, pero en los casos más severos es oportuno aplicar tanto la TCC como un tratamiento farmacológico. Sin embargo, el hecho de lograr buenos resultados con la terapia cognitiva ayuda a reafirmar el peso que tienen los mecanismos psicológicos en el trastorno de pánico (Sadock, et al., 2015).

Aproximadamente el 69% de pacientes tratados con la TCC para el ataque de pánico, logran liberarse de estos (Bado, 2005). Sin embargo, el material científico disponible respecto de los estudios de seguimiento a largo plazo del trastorno de pánico han encontrado que, del total de los sujetos, aproximadamente el 30% al 40% parecen estar asintomáticos por lo que dura el seguimiento, en torno al 50% aún presentan síntomas leves que no impiden a la persona en sus actividades cotidianas, pero sobre el 10% al 20% aún padecen síntomas significativos. No obstante, la TCC es efectiva para trabajar con este desorden y se han logrado remisiones duraderas de los síntomas (Sadock et al., 2015). Siguiendo este lineamiento, los pacientes mayores reportan que sus ataques suelen ser menos graves y tienen mayor funcionamiento. Además, los pacientes con inicio tardío afirmaron tener menos síntomas y excitación durante

los ataques en relación a las cogniciones y sensaciones fisiológicas, resultando en ataques de pánico menos graves (Sheikh, Pamela, Eve & Steve, 2004).

Respecto a la prevalencia del trastorno de pánico, a nivel mundial la prevalencia es baja en los adolescentes jóvenes (> 14 años), sin embargo, incrementa gradualmente en la adolescencia tardía y suele llegar al máximo en la adultez. También se observa que las mujeres suelen padecer más esta alteración sobre los hombres, con una proporción aproximada de 2:1 (APA, 2014). En el caso de adultos mayores la prevalencia de los trastornos de ansiedad es de 17.2%, siendo el trastorno de pánico entre los más altos de estos (3,8%). Sin embargo, la prevalencia de los trastornos de ansiedad, y por consiguiente los trastornos de pánico, disminuye drásticamente después de los 75 años (Canuto, et al., 2017).

Por lo mencionado, la evolución del trastorno de pánico varía entre pacientes, porque normalmente inicia terminando la adolescencia o comenzando la adultez, sin embargo, en ciertos casos si puede iniciar en la niñez o adolescencia temprana (Sadock et al., 2015). En efecto, los trastornos que se asocian con el pánico no suelen aparecer tempranamente, de igual manera, son poco los trastornos relacionados que aparecen por primera vez después de los cuarenta (Belloch et al., 2009).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo de caso único.

4.2 Participantes

La paciente (Juana) es una mujer de 43 años, docente y preceptora, que presentó ataques de pánico. Su grupo familiar está compuesto por su marido, que es profesor de educación física, y sus dos hijas, una de 7 años y otra de 12 años. La paciente padeció la enfermedad del COVID-19 y después de este evento comentó que su nivel de ansiedad incremento. Durante las sesiones la paciente mencionó que siente gran estrés debido a las exigencias y demandas de sus dos hijas y de los cuidados que requiere su madre. Además de estos, se automedicó con benzodiacepina cuando sentía que su ansiedad aumentaba.

Javier fue el terapeuta del caso. Es Licenciado en Psicología con orientación cognitiva-conductual. Realizó entrenamiento en terapia sistémica. Trabaja en la institución desde hace 3 años.

Federico es el coordinador del área clínica de la institución. Fue el encargado de la entrevista de admisión de la paciente y fue el supervisor del caso. Es Licenciado en Psicología con orientación sistémica, entrenamiento en intervención cognitiva-conductual. Cuenta con varios años de experiencia trabajando en el área.

Los nombres utilizados en el desarrollo de este trabajo son ficticios, para salvaguardar la confidencialidad.

4.3 Instrumentos

- Observación no participante de las reuniones de supervisión del equipo: donde los terapeutas expusieron casos y recibieron una devolución del terapeuta-supervisor encargado.
- Entrevista semiestructurada con el terapeuta encargado del tratamiento, donde se indagó acerca de su motivo de consulta, la elaboración de este, la sintomatología presentada y las intervenciones que se realizaron, qué cambio se produjeron, cómo evolucionó la paciente.
- Entrevista al coordinador del área clínica, donde se indagó acerca de la entrevista de admisión, la sintomatología de la paciente, cómo trabaja en la supervisión del caso, qué cambios se produjeron, cómo fue su evolución.

4.4 Procedimiento

Se comenzó por la observación no participante en las sesiones de supervisión en las que se expuso el caso, las cuales fueron realizadas en modalidad virtual a través de la plataforma Zoom. Luego se realizaron dos entrevistas virtuales por separado a ambos terapeutas que han tenido contacto con la paciente, él que llevó adelante el proceso terapéutico y él encargado de la entrevista de admisión. La primera entrevista fue para el terapeuta encargado del caso, donde se expandieron cuestiones claves de la terapia y la evolución de la paciente a lo largo de este. La entrevista con el terapeuta encargado de la admisión y supervisión del caso ayudó a conseguir más información respecto a la paciente y sus consideraciones a la hora de abordar la terapia. Ambas entrevistas fueron realizadas en modalidad virtual, las cuales tuvieron una duración aproximada de 1 hora y fueron realizadas usando la aplicación de Whatsapp en un horario conveniente para ambos terapeutas.

5. Desarrollo

5.1 Presentación del caso

La paciente es una mujer de 43 años y está casada. Actualmente vive en una pequeña localidad del noroeste de la Provincia de Buenos Aires con su familia. Trabaja como preceptora y docente de matemáticas en un colegio de primaria, donde su marido es docente en educación física y profesor de fútbol. Tienen dos hijas, la menor de 7 años y la mayor de 12 años. Sus padres están divorciados y viven en apartamentos separados, pero a pocas cuadras de donde reside la paciente. Hay un fuerte vínculo entre Juana, las hijas y su madre, de quien han comenzado a cuidar más seguido últimamente debido a complicaciones de la salud. La paciente es descrita, por ambos terapeutas entrevistados, como una persona tranquila, agradable, amable y pasiva. Evita las confrontaciones con otras personas y siempre procura encontrar formas de resolución sensatas y razonables cuando le surge un problema.

La paciente se presentó a realizar terapia cognitiva conductual debido a unos episodios de ataques de pánico que había experimentado recientemente. Previo a esto, no había recibido ningún otro tipo de tratamiento psicológico. Según lo presenciado en el espacio de supervisión, el terapeuta relata que la paciente afirma haber sentido ansiedad en diferentes momentos de su vida y muy pocas veces de manera intensa pero, en la gran mayoría de las ocasiones, había logrado controlar y resolver el problema con el que se enfrentaba. Tal como es mencionado por Gómez y Marzucco (2009) al expresar que la ansiedad en situaciones normales es capaz de ayudar a las personas a enfrentar diversas situaciones difíciles en las que se encuentren, sin entorpecer el funcionamiento. Sin embargo, al momento de la entrevista de admisión con Federico, Juana presentaba algunas características de una sintomatología típicamente ansiosa, acompañada por cogniciones angustiantes, de tal forma que esta modalidad de terapia resulta útil y adecuada al hacer énfasis en los pensamientos y creencias inapropiadas que repercuten en la vida cotidiana de los pacientes, para así reducir el malestar (Clark & Beck, 2012; Chand, 2013).

Javier, en la entrevista realizada, mencionó que la paciente relató durante las sesiones que ha estado bajo bastante estrés debido a las exigencias y demandas de sus dos hijas y de los cuidados que requiere su madre. Con respecto a su madre, existe una situación de salud problemática ya que tiene Parkinson y una de las hijas sufre convulsiones. También tiene una amiga muy cercana que presenta un cuadro de psicosis, Juana contó que esto la pone triste. No para de visitar doctores y profesionales de la salud o escuchar noticias de cuestiones médicas, entonces siempre está en ese círculo de ansiedad, ante la que expresó sentir incapacidad para afrontar. Esto remonta a la definición de estrés psicológico propuesta por

Lazarus y Folkman (1986), donde la evaluación que hacen los individuos de la situación es negativa, viéndola como peligrosa y que excede sus recursos de afrontamiento. Asimismo, de la información obtenida en el espacio de supervisión, al estrés y ansiedad de la paciente también se le añadía las preocupaciones de los padres -de sus alumnos- ya que, según su relato, se presentaban pesados y fastidiosos. Lo mencionado, aclaró el terapeuta, nunca llegó a relacionarse con un ataque de pánico en sí. Por lo tanto, es posible afirmar que los conflictos de Juana eran de naturaleza interpersonal en su mayoría, debido a que eran por causas externas (Sadock et al., 2015), como el estrés generado por las citas médicas o los padres del colegio, aunque describió a las primeras como los de mayor intensidad.

Además de lo expresado, Juana le contó a Javier que solía automedicarse con clonazepam (0,5 mg) de manera eventual cuando sentía que su ansiedad aumentaba, pero lo hacía sin ningún criterio psiquiátrico. Consigue acceso a esta medicación por medio de su madre, porque un médico se lo había recetado hace un tiempo. Sin embargo, tal como menciona Rios González (2017), la práctica de la automedicación puede resultar en un consumo desmedido del fármaco y aumentar las probabilidades de una intoxicación o infección. Asimismo, la paciente comenta que no había intentado ninguna otra solución a su ansiedad excepto la meditación y hacer yoga.

Concretizando, en el tratamiento con la paciente se trabajó sobre su sintomatología ansiosa, haciendo énfasis tanto en lo corporal como mental. Se realizaron diversos tipos de intervenciones, lo cual logró una evolución favorable en Juana.

5.2 Descripción del motivo de consulta y la sintomatología ansiosa que presenta la paciente al inicio del tratamiento.

En el primer objetivo se propone describir tanto el motivo de consulta, como la sintomatología ansiosa con la que llegó la paciente al inicio de la terapia, razón por la cual, son de suma importancia las observaciones realizadas en el espacio de supervisión, así como también las entrevistas realizadas al terapeuta a cargo del caso, al igual que él coordinador del área clínica de la institución, encargado de la entrevista de admisión de Juana.

Durante la observación realizada en el espacio de supervisión se destacó la queja realizada por la paciente. El terapeuta a cargo del área clínica, Federico, relató que la paciente se presentó porque desde hace un tiempo se viene sintiendo ansiosa, y con respecto al tema de COVID-19 dice sentir vértigo y mareo, aparte del hecho que ya se enfermó de dicha enfermedad en abril del 2021. Una de las quejas principales con la que llegó la paciente a consulta era un nudo que se le formaba en el estómago, acompañado por una sensación de

mareo. Estas reacciones son parte del componente fisiológico del sistema de respuesta que se emplean durante un estado de ansiedad, debido a una sobreactivación del sistema nervioso autónomo generando cambios externos e internos en la persona (Belloch et al., 2009).

En la entrevista realizada con Federico se indagó más a fondo acerca del motivo de consulta de Juana, quien manifiesta que todo le empezó cuando tiene que ir al médico para hacerse una biopsia debido a una molestia en el oído. Todo salió bien, pero ella se preocupó y comenzó a hacerse ideas que tal vez si tiene algo y no salió en los resultados. Un punto para tener en cuenta al tratar con la ansiedad es que los pensamientos que tienen las personas son un factor incidente en el surgimiento y mantenimiento de la respuesta de ansiedad (Gomez & Marzzucco, 2009). El doctor le responde, como indicó la paciente, agresivamente que era un tema de su cabeza y que necesitaba un psiquiatra, tratándola de loca; además de lo mencionado, la paciente le cuenta al terapeuta que salió acelerada de la consulta e interpretó esto como amenazante, razón por la cual le sobrevino un miedo agudo. Por esto, es de suma importancia identificar las creencias y pensamientos que realizan las personas acerca de su malestar, que las mismas situaciones que las causan, porque las interpretaciones que hacen acerca de los eventos tienen mayor relevancia al tratar el malestar; suponiendo un fuerte componente subjetivo (Kennerley et al., 2011).

Como mencionó Federico, la paciente relata que algunas semanas después de este evento es cuando se contagió de la enfermedad de COVID-19. Aproximadamente dos semanas y medias más tarde debía ir al cardiólogo para un chequeo post COVID, pero antes de entrar a la consulta tuvo su primer ataque de pánico; el cual lo describió como una sensación rara, súbita e intensa de molestia y aceleración en su pecho, acompañada por miedo abrumador como consecuencia ante la impotencia de no poder controlar la situación; tal como lo planteado por Cía (2014) respecto al pánico. También expresa que en el momento del ataque no entendía bien que le estaba pasando porque a pesar de haber sentido ansiedad antes, nunca había experimentado un ataque de pánico, entonces recordó lo que le dijo el doctor y surgió la sensación de estar volviéndose loca. Estas reacciones son comunes ante un ataque de pánico según Bulacio (2018), porque la activación fisiológica que ocurre es interpretada catastróficamente por las personas, quienes no siempre suelen saber lo que les pasa excepto por sentir una aparición repentina de los síntomas y luego una progresiva disminución de estos. Por esta razón el terapeuta, con respecto a Juana, se plantea como meta que pueda aprender a manejarse mejor en situaciones donde se encuentra ansiosa y esté sola.

Cuando se le preguntó a Javier, durante la entrevista, acerca de la sintomatología que presentaba la paciente al inicio del tratamiento, comentó que la molestia provocada por la

sudoración constante, en especial en las manos, fue uno de los síntomas más destacados. Esta se le presentaba cuando tenía que asistir a alguna cita médica, fuera de ella, su hija o su madre; tal como describen Clark y Beck (2012) cuando expresan que los pacientes con ataques de pánico suelen reconocer ciertas situaciones específicas como las causantes de su pánico y malestar, razón por la cual suelen evitar estas. Concretamente, de acuerdo con lo informado por el terapeuta durante la entrevista, la paciente presentaba una sintomatología general leve; de igual manera, repercutió en su vida cotidiana. Podría destacarse como síntomas somáticos de la paciente: la sudoración, una sensación de respiración limitada, un nudo en el estómago, palpitaciones y mareo. Estos síntomas concuerdan con los síntomas físicos más comúnmente encontrados en la ansiedad (Cía, 2014). Según el DSM-5 (APA, 2014), uno de los síntomas centrales del trastorno de pánico es el dolor abdominal, siendo una de las principales dolencias enunciadas por Juana, tal como se registró en la entrevista de admisión en la que explicó sentir un nudo en el estómago, el cual perduró en el tiempo, en diferentes momentos.

Además de lo expuesto, otras de las características que presentaba la paciente, conforme a lo indicado por Javier, era una hipervigilancia puesta en el cuerpo ante las sensaciones que experimentaba, como consecuencia de la preocupación e inquietud que representan, llevando a la persona a monitorear su cuerpo constantemente por estas señales ante una situación ansiosa (Clark & Beck, 2012). En línea con lo compartido por Juana, también surgió la intranquilidad relacionada con su respiración puesto que solía comenzar a hiperventilar cuando tenía que exponerse ante una situación médica o durante los ataques, lo que le generaba mucha ansiedad. Sin embargo, tal como plantean Moreno y Martín (2007), esta reacción es algo normal debido a los cambios de los niveles de oxígeno en la sangre, aparte de ser influenciada por factores internos y externos a la persona, al igual que el nivel de autocontrol percibido. Estos autores también dicen que en el pánico, la hiperventilación se ve agravada por los pensamientos catastróficos del paciente, como sentir que se está muriendo o volviendo loco. Este último fue uno de los principales miedos y pensamientos desadaptados expresados por Juana durante las sesiones.

Respecto a las creencias disfuncionales de la paciente en relación con su malestar, Javier identificó que no eran muy exageradas y, en su mayoría, relacionadas a miedos. No obstante, tal como plantea Beck (2000), las distorsiones del pensamiento son una de las principales causas de los trastornos mentales. En Juana existía un temor de ir al médico y recibir malas noticias o diagnósticos alarmantes, a perder el control durante un ataque o la sensación de volverse loca, miedo a caerse y lastimarse gravemente o morir como consecuencia de la sensación de mareo. Esto está en concordancia con lo mencionado por

Clark y Beck (2010), acerca de los pacientes que son ansiosos respecto a su salud, donde la posibilidad de enfermarse, herirse o morir como resultado de su malestar, es conducida por un miedo. También había una leve preocupación de que le sucediera un ataque estando con sus alumnos y no poder controlar la situación.

Al indagar con ambos terapeutas entrevistados sobre el diagnóstico oficial de la paciente, comenzaron por decir que Juana, efectivamente, cumplía con ciertos de los criterios diagnósticos propuestos por la Asociación Americana de Psicología (2014), entre los cuales se incluían: ataques imprevisto y el mínimo de síntomas necesarios; un cambio desadaptativo en su conducta relacionada con los ataques, porque comenzó a pedirle a su esposo que acompañará a su madre para unas citas médicas que tenía que hacerse, diciendo que no podía por estar ocupada con el trabajo cuando en realidad sí tenía el tiempo suficiente para ir ella; una leve preocupación de llegar a tener un ataque mientras trabajaba en sus actividades escolares, como dictar clases, o de las posibles consecuencias médicas de los ataques (p. ej., lastimarse); su sintomatología no era mejor explicada por alguna enfermedad médica o como efecto fisiológico de una sustancia; y por último, se descartaron otros trastornos mentales que podían estar en juego, como la ansiedad social ya que el miedo no se relacionaba a la valoración de otros, o la fobia específica porque su ansiedad, miedo y conducta de evitación se asocian a síntomas de tipo pánico.

Sin embargo, hay otros aspectos a considerar acerca del diagnóstico de la paciente. Según lo compartido por Javier, los ataques de Juana a pesar de haber comenzado con el componente inesperado, debido a que fueron imprevistos al inicio, con la recurrencia empezaron a ser esperados, debido que Juana al estar expuesta ante el estímulo estresor (p. ej., noticias médicas) podía reconocer los síntomas y el ataque de pánico venir. Respecto a la frecuencia de los episodios al inicio del tratamiento terapéutico, la paciente tenía de uno a dos a la semana y en cuanto a la gravedad presentaba ataques completos (4 síntomas o más), pero nunca más de 4 a la vez y con el pasar de las sesiones, estos fueron disminuyendo. De todas maneras, para el diagnóstico es necesario más de una crisis inesperada acompañada por ataques completos (APA, 2014). La baja frecuencia de los ataques e intensidad de la sintomatología en Juana y los pensamientos catastróficos no tan exagerados durante los ataques, llevó a concluir que Juana no tenía un trastorno de pánico, ya que no cumplía con todos los criterios del DSM-5. Por esto es de suma importancia ser consciente que no por experimentar ataques de pánico, se va a desarrollar necesariamente un trastorno del mismo (Belloch et al., 2009; Bulacio, 2018).

A pesar de que la ansiedad patológica puede provocar distintos trastornos de ansiedad (Carrión & Bustamante, 2005), y en el caso de Juana si hubo características clínicas a considerar que repercutieron en su vida cotidiana; sin embargo, su ansiedad y ataques de pánico no alcanzaron a cumplir con todos los requisitos o criterios necesarios para formular un diagnóstico de trastorno de pánico u otro desorden comórbido. Según Norton y otros (1992) (citados en Belloch et al., 2009), el caso de Juana podría clasificarse como un síndrome de pánico no clínico, ya que sus ataques de pánico no alcanzaron a ser considerados un trastorno, pero sí se pueden pensar como un caso subclínico. Los autores diferencian los ataques de pánico no clínicos de los clínicos en que estos suelen asociarse a determinadas situaciones, por lo cual no son tan inesperados, y en que suelen tener menos pensamientos catastróficos. Estas diferencias propuestas, concuerdan con la información obtenida de las entrevistas con ambos terapeutas, acerca de la paciente.

Para concluir este apartado se puede afirmar que el motivo de consulta de Juana fue, principalmente, sobre sintomatología ansiosa relacionada a ataques de pánico que le impedían afrontar adecuadamente situaciones médicas, en las que el estrés generado en diferentes áreas de su vida repercutieron en el surgimiento y mantenimiento de su malestar.

5.3 Descripción de las diferentes intervenciones realizadas por el terapeuta a la paciente durante el tratamiento.

La TCC cuenta con diversas técnicas y tratamientos útiles para abordar distintos tipos de distorsiones mentales (Hofmann et al., 2012). En la entrevista con el terapeuta a cargo del caso, cuando se le consultó acerca de las intervenciones específicas realizadas en el tratamiento, relató que principalmente utilizó tres modalidades de intervención: la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en respiración, con la intención de afrontar los componentes cognitivos y comportamentales responsables de la perpetuación del malestar específico en Juana; siendo algunas de las técnicas más comúnmente usadas en la TCC (Bados, 2005). Las intervenciones llevadas a cabo desde esta terapia buscan cambiar los elementos patológicos que operan en los dos componentes mencionados previamente para cambiarlos por otros más funcionales, teniendo en cuenta determinantes actuales e históricos (Ruiz et al., 2012).

Según la información recolectada en la entrevista con Javier, el objetivo terapéutico trabajado en conjunto con la paciente era lograr obtener las herramientas necesarias para atravesar cualquier futuro evento activador de pánico, como lo sería poder ir al médico sin la sensación de miedo constante, Juana le expresa al terapeuta desear que esta no se apodere de

ella. Razón por la cual el terapeuta sostiene que es de su preferencia realizar desde la primera sesión una psicoeducación, como lo planteado por Bulacio et al. (2004), en la cual se dialoguen temas como la función adaptativa de la ansiedad y cuando se torna patológica, los cambios fisiológicos que experimenta la paciente, una mirada más objetiva respecto de las probabilidades que ocurra lo temido, distinguir entre ansiedad miedo y estrés, al igual que el triple sistemas de respuesta (cognitivo, motor, conductual), u otras cuestiones relevantes (Craske & Barlow, 2008; Moreno & Martín, 2007). Generalmente hablando, se buscaba que la paciente entendiera los mecanismos subyacentes de su malestar y la naturaleza del pánico (Godoy et al., 2020; McCabe & Antony, 2006).

Durante la entrevista, el terapeuta comentó que Juana llegó a terapia con una idea errónea respecto de la respuesta de ansiedad, ella siempre la considero como una sensación negativa que solo le aumentaba sus nervios, pero Javier aclara que esta cumple con una función anticipatoria valiosa permitiendo al sujeto prepararse y prever diferentes eventos o posibles amenazas (Belloch et al., 2009), como la ansiedad que le generaban los padres de sus alumnos, pero tal como le expresó la paciente al terapeuta, en estos casos podía lidiar con dicha situación adecuadamente sin llegar a experimentar pánico. Sin embargo, se puede convertir de interés clínico, cuando se anticipan amenazas ante peligros falsos o menores, debido a una distorsión en la valoración que se hace del estímulo (Belloch et al., 2009; Cía 2014), como lo serían las interpretaciones catastróficas que Juana realiza de las citas o resultados médicos.

En relación a los síntomas que más preocupaban a la paciente, según lo informado por Javier durante la entrevista, se podían encontrar la sudoración, el malestar abdominal (nudo en el estómago) y la hiperventilación. Por lo cual, fue necesario realizar una educación respecto a estos síntomas, comenzando por aclarar que estas reacciones son parte del triple sistema de respuesta de la ansiedad siendo completamente normales y, tal como plantean Clark y Beck (2010; 2012) se deben a la hiperactivación fisiológica transitoria característica del pánico. Según lo mencionado por el terapeuta, la dificultad para respirar la preocupaba notoriamente, razón por la cual Javier le explica que esto es consecuencia de la activación del sistema simpático, cuyo objetivo es precisamente estimular al organismo ocasionando estos cambios y sensaciones que valora como desagradables (Bourne, 2000), pero útiles en eventos verdaderamente amenazantes al bienestar propio.

Conforme a la información proporcionada por Javier en la entrevista, Juana tenía un tipo de respiración poco apropiada que agregaba a su problemática, lo que coincide con Bourne (2000) al decir que los individuos que son ansiosos tienen un patrón de respiración

superficial que se suele acelerar, provocando la hiperventilación u otros síntomas físicos relacionados. Por tal motivo, el terapeuta entrena a la paciente a mejorar su respiración al ser una estrategia de autocontrol que corrige malos hábitos respiratorios (Moreno & Martín, 2007). En virtud de ello, Javier cuenta que utilizó la técnica de respiración profunda con la paciente, como la descrita por Ruiz et al. (2012), para conseguir un cambio en el patrón de su respiración. Mientras se realiza esta técnica, los autores recomiendan inhalar profunda y lentamente y a la vez que se repitan sugerencias positivas, en caso de Juana fueron que todo iba a estar bien, que no se iba a caer y que no estaba perdiendo la razón. También fue adecuado realizar una educación del tema, explicando que esta forma de respiración es una reacción fisiológica natural del organismo ante la ansiedad, consecuencia del desnivel del oxígeno y dióxido de carbono en la sangre y enfatizar que la respiración debe ser diafragmática, no desde el pecho ya que esta promueve la sensación de respiración limitada (hiperventilación), en concordancia con lo expresado por Moreno y Martín (2007).

Considerando los pensamientos catastróficos con los que llegó la paciente al inicio del tratamiento, indagados durante la entrevista con Javier, y en concordancia con Bados y García (2010), se pretendía hacerle entender que su manera de percibir e interpretar los eventos determina la reacción que estaba teniendo frente a ellos, al igual que asegurarle que con el trabajo terapéutico era posible modificarlos. Por lo cual una reestructuración cognitiva resultó de gran ayuda en Juana, el primer paso fue demostrarle a la paciente que las interpretaciones catastróficas eran erróneas y ayudarle a formar nuevas explicaciones para las sensaciones fisiológicas (Clark & Beck, 2010), para lo cual una psicoeducación previa fue de gran utilidad. Según el terapeuta, Juana resaltó la sensación de volverse loca y perder el control. Para desarmar este primer temor se le diferenció lo que es la ansiedad característica del pánico y lo que significa la locura, visto desde lo psicológico (Moreno & Martín, 2007), para el segundo fue de gran ayuda el entrenamiento en respiración. También fue apropiado enfatizar que estas son sensaciones comúnmente experimentadas por personas con ataques de pánico (APA, 2014).

De acuerdo a la información obtenida en la entrevista, Juana también reportó temor relacionado con tener que asistir a citas médicas ya que inmediatamente pensaba que podía recibir un diagnóstico desfavorable o malas noticias, el terapeuta cuenta que la medicina siempre le ha dado miedo a la paciente porque los médicos le daban diagnósticos negativos que le generaba mucha ansiedad. Una intervención que resultó útil para el terapeuta, la cual concuerda con lo que proponen Bados y García (2010), fue el cuestionamiento verbal donde se cuestiona por medio de un análisis lógico las cogniciones equivocadas de peligro inminente,

más relacionadas con su malestar para hacerle ver que puede reaccionar diferente ante estas situaciones. En lineamiento con lo planteado, el terapeuta menciona que también fue útil trabajar en la reconceptualización de las cogniciones no deseadas de Juana, considerando a estas como desviaciones de experiencias normales, como su miedo relacionado a los médicos, y de esa manera hacerla consciente de las veces que puede lidiar más adaptativamente con su malestar para demostrar su capacidad de salir adelante; lo cual se relaciona con las ideas de normalización y reorientación positiva planteadas por Clark (2014) acerca de la intervención verbal. Otra herramienta mencionada por Bados y Garcia (2010) es el modelado para ayudar a adecuar los estímulos que alteran a los pacientes. Con tal motivo en mente, Javier compartió con Juana una experiencia personal sobre una época que tenía una complicación médica y tenía que ir al médico seguido, generando muchos nervios y preocupación por varias semanas, le explica que es completamente normal sentir ansiedad al asistir a una cita médica, pero es necesario afrontarlo y aprender a controlar la angustia que pueden generar estas situaciones.

Según lo expresado por la paciente ante Javier al inicio del tratamiento terapéutico, cuenta que en el primer ataque experimentó mucha preocupación y llegó a pensar que podía morir debido a que nunca había experimentado estos síntomas; a pesar de ello, Juana reconoció ante el terapeuta entrevistado que en realidad no creía que esto ocurriera. Sin embargo, si consideraba la opción de que podía perder el control o desmayarse a raíz de la falta de aire, lastimándose gravemente y terminar siendo una preocupación más para toda la familia. De acuerdo con esto y en concordancia con lo planteado por Craske y Barlow (2008), el terapeuta le propone a Juana convertir todos los pensamientos relacionados a su ansiedad en hipótesis así puede ponerlos en cuestionamiento y ayudarle a clasificar las cogniciones desadaptativas, exageradas y catastróficas, respecto de los riesgos, como errores típicos que surgen durante los momentos de excitación elevada, como la hiperactivación en los ataques.

Con el propósito de lograr los cambios cognitivos necesarios, el terapeuta comparte durante la entrevista que, fue de gran importancia un empirismo colaborativo, lo cual se relaciona con lo mencionado por Clark (2014). Este elemento implica que ambas partes, Javier y Juana, trabajen en equipo para conseguir las respuestas al problema, necesitando de una buena alianza terapéutica que asegure el compromiso al tratamiento. Por tal motivo, se requiere que el paciente, Juana en este caso, colabore activamente en el proceso de cuestionar sus cogniciones disfuncionales, para conseguir una modificación eficaz en su forma de pensar y juzgar el malestar, tal como lo planteado por Beck (2000) y Hofmann et al. (2012).

Al indagar con el terapeuta a cargo del caso sobre la automedicación que realizaba la paciente, cuenta que le indicó a Juana la supresión inmediata del Clonazepam ante posible

perpetuación en los patrones de ansiedad o, tal como menciona Rios González (2017), posibles intoxicaciones o infecciones, por no conocer las dosificaciones apropiadas o los efectos secundarios como consecuencia. La paciente expresa ante el terapeuta que lo ingirió en contadas ocasiones, que a veces con sólo tenerlo en su cajón o cartera le basta para tranquilizarse. Refirió que dejó de realizar esta actividad hace varias semanas y según la opinión del terapeuta, le dio a entender que no lo quería hacer más.

Concretizando este apartado, se puede afirmar que las intervenciones realizadas por el terapeuta a lo largo del tratamiento fueron adecuadas para identificar, abordar y resolver las cuestiones relacionadas a la problemática que presentaba Juana al inicio del trabajo terapéutico. Tanto la psicoeducación, como la reestructuración cognitiva fueron útiles para educar y posibilitar el cuestionamiento de los pensamientos y creencias inadecuadas o desadaptativas más ligadas al malestar experimentado por la paciente, así como el entrenamiento en respiración fue de gran ayuda para que obtuviese un grado de control durante los ataques y disminuir la intensidad de la sintomatología.

5.4 Análisis de la evolución de la paciente y los cambios producidos en la sintomatología ansiosa al finalizar el tratamiento.

En línea con los resultados obtenidos al finalizar la intervención cognitiva conductual en Juana, se puede afirmar que la evolución de la paciente fue favorable, ya que se produjeron cambios positivos a lo largo del proceso terapéutico. Esta terapia demostró su eficacia para el tratamiento de la sintomatología ansiosa con la que llegó la paciente a consulta, logrando erradicar rápidamente el malestar y cumpliendo con las metas propuestas dentro de un periodo corto de tiempo. Sin embargo, se debe mencionar que después de la quinta sesión la paciente dejó de ser atendida por Javier, fue decisión de ella visto que no volvió a conectarse a sesión. No hubo un cierre formal, pero terminaron en buenos términos y la paciente informó volver a buscar al terapeuta en caso que resurgiera su malestar.

Según la información obtenida en las entrevistas con ambos terapeutas aseguran que Juana comenzó a reaccionar de manera adecuada a partir del tratamiento, un factor de mejora fue que pudo afrontar los controles del post COVID-19 más adaptativamente, sabiendo que era normal tener y experimentar ansiedad en estas situaciones. Respecto a su sintomatología, el terapeuta a cargo del caso informó que no aparecieron nuevos en el transcurso de la terapia, ni hubo un empeoramiento de los que ya tenía presentes. De hecho, afirman que se empezaron a normalizar estas cuestiones rápidamente, como el nudo en el estómago que en ocasiones le causaba malestar durante el día, desapareció. El hecho que sus cogniciones disfuncionales no

eran tan severas y su sintomatología fue leve, llevó a una buena remisión de la paciente, lo que concuerda con Sheikh et al. (2004) cuando expresa que los pacientes mayores suelen presentar ataques de pánico más leves con complicaciones menos severas. Por estas razones, la evolución de la paciente fue apropiada a lo largo del tratamiento.

Considerando que la psicoeducación tiene un efecto favorable sobre la sintomatología de los pacientes (Bregman, 2006), con la explicación y comprensión de los mecanismos que operan en el malestar, Juana pudo otorgar un nuevo significado a las sensaciones corporales que experimentaba durante los ataques, disminuyendo sus ideas erróneas acerca de estas, como la sudoración, su sensación de ahogo por falta de aire y el nudo estomacal, al igual que su ansiedad y estrés en el proceso. Javier cuenta que noto un cambio radical sobre estos aspectos gracias a la aplicación de esta técnica. Reflexionando que en el pánico la interpretación que se realiza de los síntomas es más relevante que los síntomas en sí, con el conocimiento científico impartido por los terapeuta en los pacientes, estos son capaces de ser más objetivos respecto de su malestar e intentar un cambio en su forma de interpretar y comportarse frente a la sensación de pánico (Bulacio, 2018), como en la última sesión donde Juana afirmó poder asistir a sus citas médicas sin el malestar presente y constante que antes le representaban. Durante las sesiones con el terapeuta, Juana enfatizó en la importancia de recibir una educación más profunda de su sintomatología ansiosa, lo describió como una parte esencial para su proceso de recuperación, siendo comúnmente considerado un factor valioso por otros pacientes (Bulacio et al., 2004). Esta técnica resultó ser de gran utilidad visto que Juana no estaba muy educada sobre la temática.

La paciente también le expresó al terapeuta que por medio del entrenamiento en respiración puedo comenzar a sentirse mucho mejor, a la segunda sesión la paciente anunció una disminución mínima de la sensación de respiración limitada gracias al ejercicio de respiración profunda. Esto se debe a que, por medio de esta herramienta, los pacientes pueden lograr tener un control voluntario sobre su respiración y mantenerlo durante momentos de ansiedad, como lo expresado por Bulacio (2018) y Ruiz et al. (2012). Por este motivo, la paciente contó que durante los últimos ataques que había tenido pudo moderar adecuadamente su forma de respiración deficiente y aliviar la sensación de falta de aire, permitiendo afrontar las situaciones que disparaban su pánico, como las relacionadas a la medicina. Esto se debe a que gracias al ritmo lento y profundo de inhalar y exhalar, se promueve la reducción de la ansiedad debido a la sensación de relajación (Clark & Beck, 2010); de esta manera, se disminuyen las sensaciones desagradables relacionadas a la hiperventilación.

Respecto a los pensamientos que más atormentaban a la paciente, expuso en la cuarta sesión que ya no representan la misma molestia que antes; de hecho, según lo comentado por Javier durante la última sesión, Juana reconoce que eran exagerados en especial su miedo de ir a las citas médicas. Por medio de la reestructuración cognitiva se logró que la paciente examinara más objetivamente sus cogniciones desadaptativas para poder reevaluarlas usando evidencia basada en sus experiencias (Craske & Barlow, 2008). Entonces, fue necesario poner a prueba sus pensamientos y creencias más relacionadas a su problemática. De esta manera, trabajando sobre la reinterpretación no catastrófica de la sintomatología, según Bulacio (2018), se ayudó a disminuir la ansiedad experimentada por Juana como consecuencia del proceso. Lo cual fue cierto para su sensación de volverse loca, puesto que al principio pensaba que esto no era normal y la asustaba mucho, pero contó que no toca asignar mucho valor a estas ideas catastróficas, ya que esto agrava su malestar.

Estas intervenciones ayudaron a que Juana se enfrentara con las situaciones que le producían más miedo y ansiedad, resultando ser altamente eficientes al reducir aspectos de su sintomatología física como cognitiva. Sin embargo, a pesar de no haber podido analizar la evolución completa de la paciente debido a sus pocas sesiones, ya que dejó de asistir a ellas tempranamente, se puede mencionar que entre las dos últimas sesiones hubo dos feriados que imposibilitaron la realización de terapia. Previo a esta pausa, Javier relató en la entrevista que la paciente cuenta sentirse mejor, pudiendo registrar síntomas que resultaron más leves durante un ataque de pánico que tuvo recientemente. En el último encuentro, Javier refirió que la paciente a pesar de haber experimentado ansiedad en algunas ocasiones, nunca evolucionó en otro ataque. Por tal motivo, pudo volver a acompañar a su madre a unas citas médicas que tenía esa semana, así como asistir a un chequeo médico de la hija.

En base a esto, como la sintomatología de la paciente era leve y logró una rápida evolución y mejora, aparte de no haber desarrollado un trastorno de pánico cumpliendo con los criterios necesarios, da a indicar que Juana logró una erradicación completa de su problemática. El hecho de no haber desarrollado un trastorno propiamente dicho se puede relacionar con lo mencionado por Belloch et al. (2009), sobre la baja probabilidad que aparezca por primera vez un trastorno relacionado con el pánico luego de los cuarenta años.

Para finalizar, se podría afirmar que con el paso de las sesiones, el terapeuta a cargo del caso pudo informar que se observó una disminución de los síntomas que fueron su motivo de consulta, en referencia a su sintomatología ansiosa presentada al inicio del tratamiento psicoterapéutico. A su vez, se logró formar una buena alianza terapéutica rápidamente con la

paciente y se involucró activamente en su proceso de recuperación, colaborando con el terapeuta, aceptando las sugerencias y cuestionamientos con una actitud positiva.

6. Conclusión

El presente trabajo trata del estudio de un caso de una mujer de 43 años que consulta por ataques de pánico. Para ello se describió el motivo de consulta y la sintomatología ansiosa que presentaba, así como también describir las diferentes intervenciones realizadas por el terapeuta y, para finalizar, se analizó la evolución de la paciente y los cambios que se produjeron en la sintomatología al finalizar el tratamiento psicoterapéutico cognitivo conductual. A partir de los instrumentos utilizados en la práctica se pudieron indagar estas temáticas por medio de las observaciones realizadas en el espacio de supervisión y las entrevistas realizadas a ambos profesionales involucrados con la paciente, el terapeuta a cargo del caso clínico y el terapeuta que llevó a cabo la entrevista de admisión, quienes ayudaron a profundizar acerca de la problemática de Juana. De tal forma, se afirma que los objetivos planteados en el trabajo pudieron ser respondidos.

Respecto al estudio de caso abordado, se trató de una paciente que llegó a terapia por síntomas y episodios relacionados a ataques de pánico, acompañada por cogniciones desadaptativas, razón por la cual esta modalidad de terapia fue apropiada al hacer foco sobre estas cuestiones (Clark & Beck, 2012; Chand, 2013). A su vez, Juana tenía una sumatoria de situaciones estresantes, encontrándose en un circuito de ansiedad generando estrés psicológico (Lazarus & Folkman, 1986) a la que no podía afrontar adecuadamente.

En consideración con el primer objetivo se pudo describir el motivo de consulta y la sintomatología que presentaba la paciente en base a la información recolectada a través de los instrumentos y de la teoría. De esta manera, el motivo de consulta era en relación a unos ataques de pánicos recientes, los cuales estaban ligados a una preocupación respecto a su estado de salud general impidiendo afrontar situaciones médicas adecuadamente. Se puede ratificar que la sintomatología ansiosa de la paciente era leve, destacando síntomas como la sudoración, hiperventilación, molestia estomacal, palpitaciones y mareo, a las que se le añaden cogniciones que repercuten en su malestar como miedo volverse loca o perder el control durante los ataques y lastimarse resultando en una herida grave. Lo mencionado tiene un correlato con algunos de los autores que fueron abordados en esta temática, como Gómez y Marzucco (2009), Bulacio (2018), APA (2014), Belloch et al. (2009) y Moreno y Martín (2007), entre otros.

En relación con la descripción de las diferentes intervenciones que llevó a cabo el terapeuta durante el tratamiento se puede mencionar el uso de la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en respiración; con el fin de hacer frente a los factores responsables de perpetuar la problemática y lograr que la paciente contará con las

herramientas adecuadas para atravesara futuras crisis estando ella sola. La psicoeducación ayudó a clarificar ciertos conceptos e ideas erróneas respecto de la ansiedad (Belloch et al., 2009), al igual que transmitir un entendimiento sobre la respiración que preocupaba a Juana, para la cual técnicas como la respiración profunda (Ruiz et al., 2012) incrementaron el bienestar y autocontrol reportado. La reestructuración ayudó a la paciente a identificar, desvalorar y modificar los pensamientos más desadaptativos (Clark & Beck, 2010) asociados a los miedos y sensaciones fisiológicas que experimentaba previamente y durante los ataques, usando herramientas como el empirismo colaborativo (Clark, 2014) o cuestionamiento verbal (Bados & Garcia, 2010), entre otros.

Respecto al último objetivo, se pudo observar una disminución en los síntomas que fueron motivo de consulta. De esta forma pudo volver a afrontar situaciones médicas de manera adaptativa, como acompañar a su madre a citas médicas sin recurrir al marido o asistir a sus propios controles post COVID-19 sin experimentar otro episodio. Considerando la baja probabilidad de desarrollar un trastorno de pánico por primera vez en la adultez (Belloch et al., 2009), una perturbación con severidad leve y una buena adherencia al tratamiento por parte de la paciente, se logró una evolución positiva en transcurso del proceso terapéutico, con una remisión adecuada de la sintomatología.

Durante la elaboración del presente trabajo surgieron ciertas limitaciones para su realización, a causa del aislamiento social, preventivo y obligatorio ocasionado por la pandemia del COVID-19. La práctica se llevó a cabo en modalidad virtual lo cual implicó ciertas limitaciones metodológicas al momento de la realización del trabajo y, a su vez, restringiendo la calidad de información a obtener. Principalmente, la imposibilidad de conseguir un contacto directo con el caso, visto que se pretendía contar con la posibilidad de presenciar por lo menos una sesión entre paciente y terapeuta para observar con mayor detalle la sintomatología y las intervenciones realizadas, así como la relación terapéutica, lo que hubiera podido enriquecer el material y la información práctica a disposición para apoyarse a lo largo del análisis del caso. Además, las entrevistas tuvieron que ser realizadas virtualmente y los tiempos de disponibilidad para los terapeutas fue un inconveniente, por lo cual se encontró la limitación de no poder repreguntar ciertas cuestiones. Teniendo en cuenta el contexto al momento de llevar a cabo la recolección de datos, la predisposición de la gente no era igual que si hubiera sido presencial y con más tiempo. A su vez, no solo el intercambio con el terapeuta se vio afectado, sino con la institución también ya que las actividades y la cantidad de horas se vieron acotadas. Tampoco se contó con otros instrumentos durante la

práctica, como grabaciones de las sesiones que demostraran el proceso terapéutico o el acceso a la historia clínica de la paciente.

Otra limitación fue por parte del tesista al seleccionar el tema, el caso fue elegido en una supervisión por el interés de la posible relación existente entre la pandemia y la sintomatología ansiosa que presentaba la paciente, y la correlación entre el aumento de la ansiedad y el contexto del COVID-19 (Alvarez & Héctor, 2020; Galindo-Vázquez et al., 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020), además de pensar que iba a tener presencia de sintomatología agorafóbica por algo discutido en el espacio de supervisión, pero este no resultó ser el caso. En función del material teórico recabado existían expectativas respecto a los síntomas de Juana, así como una posible evolución y cambio en estos, pero no pudieron ser corroborados debido a que el desarrollo fue diferente a lo esperado. Por lo cual, de haber contado con mayor tiempo y disponibilidad de casos, hubiera sido oportuno elegir otro caso clínico en referencia al mismo tema, pero que no hubiera sido finalizado tan repentinamente, y así contar con información más completa a trabajar. A su vez, el hecho que la paciente dejara de asistir a las sesiones sin la posibilidad de un cierre formal, limitó el material práctico utilizable para el estudio de la evolución en Juana y de examinar cuestiones como el resurgimiento de síntomas o aparición de nuevos síntomas o problemáticas.

Desde una perspectiva crítica se puede considerar el tipo de abordaje realizado por el terapeuta, el cual fue desde un enfoque individual de la paciente, sin embargo, teniendo en cuenta el contexto en el que ella vivía de estresores interpersonales (Sadock et al., 2015) resultaría interesante trabajar sobre otros aspectos a nivel vincular, como la relación entre la paciente y su marido, así como su relación con su madre e hijas, ya que estas podrían haber sido un factor contribuyente a su ciclo de ansiedad y estrés. A su vez, debido a la pandemia, el terapeuta realizaba las sesiones de manera virtual con una duración promedio de 30 a 40 minutos, cortando el encuentro con la paciente. En línea con lo planteado, sería conveniente tener sesiones de mayor duración así se contaba con el tiempo suficiente para explorar las relaciones vinculares familiares de Juana, que pudieran ser parte del malestar, visto que en el último encuentro surgieron ciertas temáticas relacionadas a su marido, como la falta de un apoyo emocional en ciertas ocasiones, que no pudieron ser exploradas debido al corte en la terapia. Conforme con lo expuesto, una sugerencia sería que para finalizar las sesiones, teniendo en consideración el estado emocional de Juana y la relevancia del componente psicoeducativo durante el proceso, trabajar los últimos 5 minutos sobre cómo se va la paciente de esa sesión y que ofrezca una devolución en forma de síntesis de lo trabajado.

En cuanto al abordaje del tratamiento, a pesar de no cumplir con los criterios para el trastorno de pánico (APA, 2014), a causa de la sintomatología presentada por la paciente, el terapeuta realizó su terapia siguiendo este diagnóstico. Sin embargo, es conveniente considerar que la paciente presentó una sintomatología más acorde a una ansiedad desbordada con leves ataques de pánico, los cuales fueron moderados en un inicio y con el pasar de las sesiones disminuyeron en intensidad y frecuencia. Motivo por el cual, podría incluirse en las intervenciones, técnicas como una planilla de registro de los ataques y sintomatología relacionada con el fin de evaluar bien la evolución de esta durante el tratamiento. Asimismo, realizar algún ejercicio de exposición, como la técnica de exposición interoceptiva en la que se induce a la paciente voluntariamente a las sensaciones de un ataque de pánico con el terapeuta presente y trabajar sobre la reacción que tiene, o realizar algo de habilidades sociales para los problemas relacionados a los padres de colegio. Incluso, haber realizado algún test para medir el nivel de ansiedad más detalladamente, como el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), que es de corta duración y brinda información útil.

De esta forma, surgen ciertos interrogantes respecto del transcurso de la terapia, como cuál hubiera sido la reacción de la paciente si se hubieran incluido otras técnicas (p. ej. exposición a través de la realidad virtual), o como sería la evolución de la paciente o de un paciente que presenta ataques de pánico si se lo aborda desde un enfoque más sistémico. De la misma manera, cuestionarse cuál es la influencia que puede tener la automedicación, sin criterio, en el surgimiento y perpetuación del malestar en los pacientes. Además, cabe preguntarse si la paciente, o pacientes con características similares, en vez de desarrollar ataques de pánico hubiera experimentado episodios de ansiedad de menor intensidad, de no encontrarse en un contexto de pandemia.

En cuanto a las nuevas líneas de investigación resultaría relevante tener en cuenta y examinar el aspecto de la modalidad online con la que se llevó a cabo la terapia a causa de la pandemia, lo cual podría enriquecer la bibliografía respecto de la capacidad de la TCC para tratar ataques de pánico trabajando en modalidad virtual. De igual forma, este trabajo proporciona bibliografía adicional respecto de la eficacia de esta forma de terapia para la temática de la ansiedad, demostrando su alta eficacia en tratar síntomas relacionados al pánico y logrando una remisión del malestar en un corto periodo de tiempo. A pesar que en Juana podrían existir otros problemas vinculados a sus relaciones interpersonales, que no pudieron ser explorados por el terapeuta, lo que es pertinente a la sintomatología ansiosa con la que llegó la paciente a terapia se logró resolver en pocas sesiones. Sin embargo, hay campo para

continuar estudiando y profundizando la relación que puede existir entre el incremento de la ansiedad y la pandemia actual por la que se atraviesa (Alvarez & Héctor, 2020).

Acercas del aporte personal, como resultado del trabajo realizado se pudo apreciar el tratamiento y la evolución que tiene un tratamiento cognitivo conductual en un caso que presenta sintomatología referente al ataque de pánico y a la ansiedad. A través de este abordaje, se pudo profundizar sobre las patologías acerca de los ataques de pánico. Lo cual generó un interés acerca del área y la orientación cognitiva como posible para la realización de futuras prácticas. Por otro lado, hubiera resultado interesante que en la institución donde se realizó la práctica, implementarán nuevas técnicas y herramientas de tratamientos para abordar esta temática así como las del trastorno de ansiedad; de esta manera, se optimizaría el tratamiento que se realiza en dicho centro. Una de las técnicas que hubiera sido eficaz es la exposición en vivo o realidad virtual. Aunque, también, debe recordarse que este tipo de técnica tiene un costo elevado ya que se requiere computadoras, anteojos y cascos especiales para lograr el espacio virtual que es automático computarizado, donde la persona experimentarías los estímulos y situaciones que aparentan ser reales y de esta manera, logra percibir las emociones parecidas a las que siente en situaciones reales.

En suma, la experiencia fue fructífera, ya que se pudo incorporar nuevos conceptos y varios recursos acerca de la temática; los cuales podrán ser indagados posteriormente con el ejercicio de la profesión.

7. Referencias

- Alvarez-Garcia, H., B., & Contreras, A., H. (2019). Intervención cognitivo-conductual en caso de ataques de pánico. *Revista de casos clínicos en salud mental*, 7(1) 79–92.
- Alvarez, V., & Héctor, B. (2020). Niveles de ansiedad en la población Argentina durante la pandemia por COVID-19 y factores de riesgo. *Anais Do Salão Internacional De Ensino, Pesquisa E Extensão*, 12(2). Recuperado de <https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/107390>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA), (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Quinta Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bados López, A., (2005). *Agorafobia y pánico*. Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
- Bados López, A., & García Grau, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
- Beck, J., (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología Volumen II*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Bennett-Levy, J., Westbrook, D., Fennell, M., Cooper, M., Rouf, K., & Hackmann, A. (2004). Behavioural experiments: Historical and conceptual underpinnings. En J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 1–20). Oxford: Oxford University Press.
- Biglieri, R., & Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Bouchard, S., Gauthier, J., Laberge, B., French, D., Pelletier, M., H., & Godbout, C. (1995). Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34(3), pp 213–224. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00077-1](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00077-1)
- Bourne, E. J. (2000). *The anxiety & phobia workbook*. 3rd ed. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Bregman, C. (2006). Psicoeducación en los trastornos de ansiedad. *Revista Argentina De Clinica Psicologica*. 15(2), 135–139

- Brik, E., & Jimenez, L. (2020). Incremento del consumo de psicofármacos en España debido al COVID-19. *ITAD Sistémica*. Recuperado de: <https://itadsistemica.com/adicciones/incremento-consumo-psicofarmacos-en-espana-debido-al-covid19/>
- Bulacio, J., M. (2018). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica: Un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Akadia.
- Bulacio, J., M., Vieyra, M., C., Alvarez, D., C., & Benatuil, D., (2004). *El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. Poster presentado en la XI Jornada de Investigación. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Canuto, A., Weber, K., Baertschi, M., Andreas, S., Volkert, J., Dehoust, M. C., Sehner, S., Suling, A., Wegscheider, K., Ausín, B., Crawford, M. J., Da Ronch, C., Grassi, L., Hershkovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A., Strehle, J., Wittchen, H., U., Shulz, H., & Härter, M. (2017). Anxiety disorders in old age: Psychiatric comorbidities, quality of life, and prevalence according to age, gender, and country. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(2), 174–185. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.08.015>
- Carrión, O., & Bustamante, G. (2005). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad, cómo reconocerlos, cómo superarlos*. Tercera Ed. Buenos Aires: Galerna.
- Chand, S., P. (2013). How to Adapt CBT for Older Adults. *Current Psychiatry*, 12(3), 10-15.
- Cía, A., H. (2014). *Tratamiento de la ansiedad en la clínica y en la atención primaria*. Gador
- Clark, D., A. (2014). Cognitive restructuring. En S. G. Hofmann, D. J. A. Dozois, W. Rief & J. A. J. Smiths (Ed.), *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy* (pp. 5 – 23). UK : Wiley Blackwell
- Clark, D., A., & Beck, A., T. (2010-2012). *Terapia Cognitiva para Trastorno de Ansiedad. Ciencia y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Clark, D., A., & Beck, A., T. (2012). *The anxiety & worry workbook: the cognitive behavioural solution*. New York: The Guilford Press
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2008). Panic disorder and agoraphobia. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 1–64). New York: The Guilford Press.
- Fernández Álvarez, H., (2008). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Tercera Ed. Buenos Aires: Paidós

- Fullana M., A., De la Cruz, F., L., Bulbena, A., & Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215–219. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017>
- Galindo-Vázquez¹, O., Ramírez-Orozco, M., Costas-Muñiz, R., Mendoza-Contreras¹, L., A., Calderillo-Ruíz, G., & Meneses-García, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta Médica de México*, 156(4), 298–305. <https://doi.org/10.24875/GMM.20000266>
- Gardner, H., (1988). *La nueva ciencia de la mente*. Buenos Aires: Paidós
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R., (2020). Psicoeducación en salud mental: Una herramienta para pacientes y familiares. *Revista médica clínica las condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Gómez, M., C., & Marzucco, V., D. (2009). *No puedo dejar de preocuparme ¿Usted tiene TAG?*. Buenos Aires: Galerna.
- Haby, M., M., Donnelly, M., Corry, J., & Vos, T. (2005). Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: A meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 9–19. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01736.x>
- Hofmann, S., G., Asnaani, A., Vonk, I., J., J., Sawyer, A., T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hofmann, S., G., & Hinton, D., E. (2014). Cross-Cultural aspects of Anxiety Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 16(6), 450. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0450-3>
- Kennerley H., Kirk J., & Westbrook, D. (2011). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications*. Segunda Ed. UK: SAGE
- Kessler, R., C., Chiu, W., T., Jin, R., Ruscio, A., M., Shear, K., & Walters, E., E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 63(4), 415–424. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.415>
- Lazarus, R., S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca
- McCabe, R., E., & Antony M., M., (2006). Panic disorder and agoraphobia. En M. M. Anthony D. R. Ledley & R. G. Heimberg (Ed.), *Improving Outcomes and Preventing Relapse in Cognitive-Behavioral Therapy* (pp 1–37). New York: The Guilford Press

- McDowell, I. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*, 3rd de. New York: Oxford University Press
- Moreno, P., & Martín, J., C. (2007). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia, manual para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- McNally, R., J. (1994). *Panic disorder: A critical analysis*. New York: Guilford press.
- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J., (2003). Medicación: el uso de psicofármacos en Terapia Cognitivo Conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual, Vol 5*
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., Idoiaga-Mondragon N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública, 36(4)*. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Pompoli A., Furukawa T., A., Imai H., Tajika A., Efthimiou O., & Salanti G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011004.pub2>
- Rios González, C., M. (2017). Los medios de comunicación, la automedicación y el aumento de la resistencia a los antimicrobianos. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 42(6)*. Recuperado de: http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1182/pdf_439
- Riso, W., (2009). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Barcelona: Paidós
- Roca, E., (2015). *Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia), programa de autoayuda*. Cuarta Ed. Valencia: ACDE Ediciones
- Ruiz Fernández, M., A., Díaz Garcia, M., I., Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Sadock, B., J., Sadock, V., A., & Ruíz, P. (2015). *Kaplan & Sadock: Sinopsis de psiquiatría. Ciencia de la conducta/psiquiatría clínica*. Decimoprimer Ed. Barcelona: Wolters Kluwer
- Sheikh, J., Swales, P., J., Carlson, E., B., & Lindley, S., E. (2004). Aging and panic disorder: phenomenology, comorbidity, and risk factors. *Am J Geriatr Psychiatry, 12(1)*, 102–109.
- Tobón, F., A., Montoya S., & Orrego, M., A. (2018). Automedicación familiar, un problema de salud pública. *Educación Médica, 19(2)*, 122–127. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.004>

Williams, C. (2003). *Overcoming Anxiety, A Five Areas Approach*. CRC Press