

Trabajo Final de

Integración

UNIVERSIDAD DE PALERMO

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

“Psicoeducación en Trastornos de Ansiedad”

Autor: Franco Leandro Montemurro

Tutora: Dra. Denise Benatuil

Índice

1. Introducción.....	4
2. Objetivos.....	5
2.1 <i>General.....</i>	<i>5</i>
2.2 <i>Específicos.....</i>	<i>5</i>
3. Marco Teórico.....	6
3. 1 Trastornos de Ansiedad.....	6
3.1.1 <i>Ansiedad Normal Vs. Ansiedad Patológica.....</i>	<i>6</i>
3.1.2 <i>Modelo de los tres componentes de la ansiedad.....</i>	<i>8</i>
3.1.3 <i>Antecedentes históricos.....</i>	<i>9</i>
3.1.4 <i>Trastornos de ansiedad según DSMIV</i>	<i>11</i>
4. Psicodinámica de grupo.....	14
5. Psicoeducación en trastornos de ansiedad.....	19
5.1 <i>Definición de psicoeducación.....</i>	<i>19</i>
5.2 <i>Psicoeducación como parte de un tratamiento integral.....</i>	<i>22</i>
5.3 Modelo y técnicas de tratamiento en los grupos psicoeducativos.....	24
5.3.1 <i>Técnicas de creatividad.....</i>	<i>25</i>
5.3.2 <i>Técnica de reestructuración cognitiva.....</i>	<i>26</i>
5.3.3 <i>Entrenamiento en el cambio de foco de la atención.....</i>	<i>26</i>
5.3.4 Vía de entrada cognitiva predominantemente emocional.....	27
5.2.4.1 <i>Utilización de metáforas.....</i>	<i>27</i>
5.3.4.2 <i>Técnicas para fortalecer la autoestima.....</i>	<i>29</i>
5.3.4.3 <i>Técnica de visualización.....</i>	<i>29</i>
5.3.5 Técnicas: Vía de entrada preferentemente conductual.....	30

5.3.5.1 Técnica de resolución de problemas.....	30
5.3.5.2 Técnicas de exposición.....	31
5.3.5.3 Técnicas de asertividad.....	32
5.3.5.4 Técnicas de entrenamiento en habilidades sociales.....	32
5.3.5.5 Tareas para el Hogar.....	33
5.3.6 Vía de entrada: técnicas de control corporal.....	34
5.3.6.1 Técnicas de relajación.....	34
5.3.6.2 Técnicas de respiración.....	35
5.3.7. Información teórica transmitida en el grupo psicoeducacional... ..	36
5.3.7.1 Modelo cognitivo.....	36
5.3.7.2 Modelo cognitivo constructivista realista de Bulacio.....	39
6. Método.....	41
6.1 Tipo de estudio.....	41
6.2 Instrumento.....	41
6.3 Muestra.....	41
7. Grupo psicoeducativo del hospital observado.....	42
7.1 Características y criterios de selección e inclusión.....	42
7.1.2 Dinámica de los encuentros.....	43
7.1.3 Eficacia de los grupos psicoeducativos.....	43
7.1.4 Resultados.....	46
8. Conclusión.....	48
9. Bibliografía.....	51

1. Introducción

Este trabajo está basado en la experiencia obtenida en la práctica pre-profesional realizada en un hospital de la ciudad de Buenos Aires. La misma fue adquirida de las actividades desarrolladas en el servicio de psiquiatría del citado nosocomio, en el área de Trastornos de Ansiedad y Estados de Ánimo. Este trabajo Consistirá en realizar un análisis acerca del funcionamiento del grupo de psicoeducación para pacientes con trastornos de ansiedad y cómo éste influye en la mejoría de dichos trastornos en el marco de un tratamiento integral.

Asimismo se dará una introducción a los trastornos de ansiedad y como influye dentro de un tratamiento integral, la incorporación de la psicoeducación al espacio terapéutico.

Para ello se ofrece una revisión teórica y práctica de los autores especializados en psicoeducación, haciendo hincapié en el modelo de Dr. Bulacio.

2. Objetivos

2.1 General

- a. Abordar la problemática de los trastornos de ansiedad desde un enfoque psicoeducativo.

2.2 Específicos

- a. Describir el dispositivo de tratamiento psicoeducativo grupal en el ámbito hospitalario.
- b. Analizar las ventajas de la psicoeducación como herramienta para el tratamiento de los trastornos de ansiedad.
- c. Señalar los aportes del modelo cognitivo como herramienta de intervención en grupos psicoeducativos de trastornos de ansiedad.

3. Marco Teórico.

Reconociendo la multiplicidad de escuelas teóricas desde la psicología y la psiquiatría y aportes desde el campo interdisciplinario en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, este trabajo empero se centrará en el paradigma cognitivo – conductual como punto de partida y se hará hincapié en el modelo Cognitivo Constructivista Realista desarrollado por el Dr. Bulacio sobre los cuales versa este trabajo.

La terapia cognitiva (C.T) es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta . Según el enfoque cognitivo, un aspecto imprescindible y que tiene un impacto superlativo sobre la identidad y sobre la salud psíquica de un sujeto, será el terreno de las creencias. Según Beck & Freeman (1997), las creencias son mapas que empleamos para dar sentido al mundo. Podríamos decir que son mapas de lo ocurrido en un pasado, pero que determinan los planes o estrategias a seguir en el futuro. Y las creencias más significativas y determinantes se adquieren en la infancia a partir de las relaciones con la familia.

3. 1 Trastornos de Ansiedad.

3.1.1. Ansiedad Normal Vs. Ansiedad Patológica

Para Kaplan, Sadock y Grebb (1999) la ansiedad es un sentimiento de aprensión que produce la anticipación del peligro; puede ser interna o externa. Ansiedad flotante, en cambio, se basa en un miedo persistente, no focalizado ni ligado a ninguna idea, a diferencia del miedo que produce una ansiedad causada por un peligro real, reconocido concientemente. Las reacciones que promueve la ansiedad van desde la agitación: cuya

característica distintiva es la inquietud psicomotriz; la atención, asociada al aumento de la actividad psíquica y motora que resulta desagradable; y el pánico o crisis de angustia: se manifiesta como una crisis de ansiedad intensa y aguda, de carácter esporádico que se asocia a sentimientos de terror sobrecogedores y descarga del sistema nervioso autónomo.

La ansiedad es un sentimiento experimentado prácticamente por todos los seres humanos. Es una sensación normal que acompaña a las personas durante todo su desarrollo, estando presente al vivir cambios y situaciones nuevas, como pueden ser el primer día de escuela, una primera cita, los exámenes, entrevistas de trabajo, enfrentarse a la muerte.

Según Suárez Richards, M. (1995) La ansiedad normal se caracteriza por una sensación de aprensión difusa, indiferenciada y generalizada ante una amenaza inespecífica, vaga u originada por algún conflicto. La persona ansiosa suele sentirse inquieta y puede presentar síntomas corporales como dolor de estómago, sequedad bucal, sudoración, dolor de cabeza. También se considera a la ansiedad como un signo de alerta que permite a las personas prepararse para enfrentar las amenazas ordinarias del ambiente, como un mecanismo para la supervivencia. Es decir, se activa el sistema defensivo frente a una situación de peligro real. La ansiedad desaparece una vez que el peligro ha pasado.

El mismo Richards, al referirse a la ansiedad patológica, la entiende como una respuesta inapropiada a un estímulo concreto en función de su intensidad o su duración. Se trata de un padecimiento importante sin un referente externo válido que es vivenciado por la anticipación de un futuro incierto, inseguro y amenazante acompañando de un sentimiento de inseguridad predominante. A diferencia de la ansiedad normal en la

ansiedad patológica la persona no puede detener la reacción defensiva una vez que el peligro ha pasado.

Siguiendo esta línea Cía. (2002) sostiene que la diferencia fundamental entre la ansiedad normal y patológica es que esta última se funda en valoraciones irreales de la amenaza.

Al mismo pensamiento adhiere Bulacio (2004) al expresar que dependerá de la valoración que el sujeto haga de los estímulos – externos e internos – y de su capacidad de respuesta mediada por la valoración de sus recursos.

Esta ansiedad patológica puede generar una serie de trastornos que se denominan Trastornos de Ansiedad, que en líneas generales son una respuesta disfuncional basada en la sobreestimación del grado de peligro (tanto de un estímulo interno como externo) y una subestimación de las habilidades o recursos personales para afrontarlo. Un trastorno de ansiedad puede ser conceptualizado metafóricamente como un sistema de alarma híper sensitivo. El paciente patológicamente ansioso experimenta innumerables "falsas alarmas" lo que lo mantiene en un estado de estrés constante.

3.1.2 Modelo de los tres componentes de la ansiedad.

Para Ladoucer (2000) La ansiedad consiste en una variedad de operaciones cognitivas y conductuales complejas, mezcladas con la respuesta primaria del miedo. En la ansiedad interactúan tres componentes, el cognitivo, el comportamental y el fisiológico. El primero, se refiere a la dimensión del pensamiento, es aquí donde la persona suele tener las distorsiones cognitivas con respecto al mundo que la rodea y a raíz de estas genera los pensamientos repetitivos o rumiantes que redundan en exaltación y síntomas

comportamentales como ser: comerse las uñas, conductas evitativas, etc. El componente fisiológico está comprendido por las sensaciones físicas típicas de la ansiedad como ser palpitaciones, boca seca, sudoración, etc.

Cada uno de estos componentes impacta en el otro. En los sujetos con trastornos de ansiedad, los tres componentes tienden a afectarse uno al otro negativamente, por lo general aumentando el distress y la incapacidad para funcionar. En este ciclo, una situación potencialmente amenazante puede estar acompañada de sensaciones fisiológicas. Como consecuencia, se produce una cognición que predice el peligro o el fracaso, lo cual sirve para aumentar los niveles fisiológicos de hiperexcitación (arousal). Como las sensaciones físicas aumentan, la posibilidad de concentrarse en el problema o tarea inmediata disminuye y la ansiedad de las cogniciones desadaptativas aumenta. El resultado de este ciclo es el aumento de los niveles de ansiedad y un pobre desempeño o la evitación de la situación que causa ansiedad. Más aún, situaciones similares en el futuro llevan a similares niveles de ansiedad y disfunciones.

3.1.3 Antecedentes históricos

Sólo a finales del siglo XIX se reconoció a la ansiedad dentro de la medicina como una entidad diagnóstica separada.

Los síntomas del tipo astenia, ansiedad, depresión, fobias y obsesiones quedaban englobados bajo el término de neurastenia, popularizado por Beard (1869).

Da Costa (1871), describió el síndrome de corazón irritable en los soldados como el trastorno cardíaco más frecuente, caracterizado por palpitaciones, síncope y dolor torácico, síndrome precursor del trastorno de pánico.

Fue Freud quien resaltó el papel fundamental que tenía la ansiedad, elevándola a la categoría de síndrome (pero todavía dentro de un todo unitario), desarrollando el concepto de neurosis (descriptivo y etiológico a la vez) y con él la psicopatología de la ansiedad. A partir de este momento las neurosis se definieron como trastornos de origen no orgánico.

El concepto de neurosis ha sido ampliamente aceptado en el campo de la psicopatología durante gran parte de este siglo.

Freud distinguió entre ansiedad objetiva o miedo (relacionada con un peligro externo real), que sería adaptativa; y ansiedad neurótica (originada a partir de conflictos inconscientes). El importante concepto de conflicto indica la oposición de exigencias internas contrarias, que pueden darse a nivel de pulsiones, instancias de la estructura psíquica (Yo-Ello-Superyó), o entre deseo y realidad. Los llamados mecanismos de defensa (desarrollados especialmente por Anna Freud) son puestos en marcha cuando el Yo recibe señales de angustia. Si, a raíz del conflicto, los mecanismos de defensa fracasan en su intento de mantener el complicado equilibrio psíquico, surge el síntoma neurótico. Aunque el psicoanálisis ha evolucionado de forma importante y en diversas direcciones a partir de Freud, el esquema básico se mantiene inalterable.

Sin embargo, a partir de las observaciones clínicas de los años cincuenta y sesenta con la descripción del síndrome de despersonalización-fóbica de Roth (1959) y la observación por parte de Pitts y McClure (1967) de que los ataques de pánico podían ser provocados por la infusión de lactato sódico, comienzan a asentarse las bases de un cambio en el enfoque de la psicopatología de la ansiedad.

Klein (1964) observó que los ataques de pánico remitían cuando eran tratados con imipramina y en 1970 propone que la neurosis de ansiedad sea reformulada para separar las crisis de angustia del resto de la ansiedad.

Lo que entendemos actualmente por trastornos de ansiedad es un concepto descriptivo, más específico que el de neurosis, que sólo indica que la ansiedad es la alteración predominante del cuadro y que no presupone etiología alguna.

La ansiedad fue reconocida como entidad diagnóstica separada dentro de la medicina, a finales del siglo XIX. En 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría recogía el concepto de trastornos de ansiedad en la clasificación DSM-III, y desaparecía así el concepto de neurosis de ansiedad.

3.1.4 Trastornos de ansiedad según DSMIV

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales o en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos de Norteamérica, contiene una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La edición vigente es la cuarta (DSM-IV). El DSM está realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos. Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o psiquiatría.

El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico, que propone una descripción del funcionamiento actual del paciente a través de 5 Ejes, con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

- Eje I: Donde se describe el o los trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, fobia social, fobias específicas, hipocondrías, etc.)
- Eje II: Donde se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo, o retraso mental (por ejemplo: trastorno de personalidad límite, retraso mental moderado, entre otros).
- Eje III: Donde se especifican afecciones médicas que presente el paciente (si es que existen).
- Eje IV: Donde se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.)
- Eje V: Donde se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la EEAG (escala de funcionamiento global)

Los criterios del DSMIV fueron los utilizados al momento de diagnosticar a los participantes del grupo, haciendo foco especial en los Ejes 1 y 2 a efectos de clarificar y homogeneizar el diagnóstico, y también para comprobar si padecían algunos de los trastornos de ansiedad que se enumeran a continuación, ya que esto era condición para la admisión.

Trastornos de ansiedad:

- trastornos de angustia sin agorafobia.
- trastorno de angustia con agorafobia.
- agorafobia sin historia de trastorno de angustia.
- fobia específica.
- fobia social.

- trastorno obsesivo-compulsivo.
- trastorno por estrés postraumático.
- trastorno por estrés agudo.
- trastorno de ansiedad generalizada.
- trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.
- trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
- trastorno de ansiedad no especificado.

En el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia, de ahí que los criterios para el diagnóstico de estas dos entidades se expongan por separado al principio de esta sección. La crisis de angustia (panic attack) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente.

Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.

La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

El trastorno de angustia sin agorafobia se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.

El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

La agorafobia sin historia de trastorno de angustia se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

El trastorno por estrés agudo se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

Bulacio (2004) sostiene que el primer paso de un tratamiento adecuado es hacer un buen diagnóstico teniendo en cuenta los cinco ejes del DSM IV TR

4. Psicodinámica de grupo

Previo al abordaje del tema específico de la psicoeducación, es importante, a criterio del autor, realizar un acercamiento macro, es decir, introducirse primero en psicodinámica

de grupos, cuyo contenido engloba a la psicoeducación, y de esta manera poder hacer una breve transición hacia el tema que nos convoca.

Al estar la temática tratada directamente relacionada con lo grupal, se intentará una breve exploración por su dinámica y características principales.

Como bien sostiene Maisonneuve (1977) el vocablo grupo se ha convertido en uno de los más corrientes del habla cotidiana, y este vocablo tiene vinculación con la idea de fuerza. Es decir, la expresión agruparse expresa muy bien la intención de reforzamiento mutuo de individuos que en aislamiento se sienten impotentes o al menos disminuidos.

Continúa explicando el autor, que si se quiere precisar aún más la naturaleza de un grupo cualquiera, conviene tener en cuenta criterios tales como su grado de organización y su función, los modos de interacción entre sus miembros, la distribución de sus roles, y el sentido de pertenencia al mismo.

La evolución de los marcos y procesos de comunicación, así como el desmoronamiento de los modos tradicionales de autoridad, tanto familiar como profesional, conducen a una búsqueda de nuevos equilibrios y nuevas fórmulas de integración psicosocial, y por consiguiente un reordenamiento de los grupos y de las relaciones entre sus integrantes.

En cuanto a Freud, quien no es autor predilecto a criterio del autor, pero sí una pieza innegable en su aporte a la psicología, una parte de sus trabajos está dedicada a la psicología colectiva. Esto ha influenciado a otro gran pensador como Lewin, el creador del término dinámica de grupos y el promotor de la corriente de investigación que lleva ese nombre.

Es interesante presentar al lector un breve comentario acerca de la corriente dinamista (o Lewiniana) y la interaccionista, a través de información extraída de Maisonneuve (1977).

La corriente de Lewin entonces, sostiene que la validez general de la ley y el carácter concreto del caso individual no son en modo alguno contradictorios. En cuanto al grupo, se define no por la simple semejanza de sus miembros, sino como un conjunto de personas interdependientes. Constituye así un organismo, y no un conglomerado.

La corriente interaccionista es tal vez más empirista y descriptiva. Se aplican métodos de registro continuo y sistemático de los procesos naturales que se desarrollan en los grupos.

Tampoco se puede negar la influencia de la corriente psicoanalítica con autores como Bion, Balint, y Jaques, entre otros.

Asimismo, Rogers aporta una visión de actitud no directiva del profesional hacia el grupo, si bien su mayor desarrollo fue en la psicología individual. Comparando esta postura con la observada en los grupos psicoeducativos, se puede concluir que este caso el rol del profesional si bien no llega de ninguna manera a autoritario, sí es en algunos aspectos directivo. El profesional coordinador, tiene por tarea transmitir conocimiento útil para reducir la incertidumbre de los participantes y es en ese sentido que la apuesta va en dirección a la focalización de los objetivos perseguidos por la psicoeducación. En algunos encuentros se podía observar que los participantes hacían énfasis sobre cuestiones personales que no eran de aporte al grupo, cabe aclarar que las que sí aportaban a modo de conocimiento experiencial eran permitidas, en el caso de cómo se subrayo anteriormente las demarcaciones de los participantes fueran para ser tratadas en un ámbito más propicio como la psicoterapia individual, el coordinador era libre de intervenir para encausar nuevamente los encuentros, tomando de esta manera una actitud más directiva.

No se pretende en tan breve espacio profundizar en demasía sobre la dinámica de grupos, ya que es un tema que puede llevar un trabajo aparte, por su gran extensión y variedad de autores de similares y diferentes enfoques.

La dinámica de grupos tomada en sentido amplio, siempre siguiendo a Maisonneuve (1977) se interesa por el conjunto de los componentes y los procesos que aparecen en la vida de los grupos, particularmente en aquellos donde sus miembros tienen una relación de interdependencia o interacción potencial.

Tomando el caso específico del grupo del hospital Francés, es oportuno apoyarse en Lewin quien indica que una de las fuentes de resistencia al cambio es el temor de apartarse de las normas de grupo. De allí que siguiendo con este razonamiento, resulte más sencillo modificar la conducta de un grupo, que de un individuo. La propuesta del autor frente a estos cambios es la de eliminar progresivamente la resistencia que puede haber en sus miembros, y no en una presión hacia el cambio que puede generar tensiones innecesarias.

Todo proceso social supone una red de comunicaciones y una serie de operaciones, según Lewin. Pero se intenta desde aquí resaltar el concepto de comunicación, ya que ha sido de vital importancia para los grupos psicoeducativos desde la vivencia y observación en la práctica pre profesional. La importancia reside en la empatía entre los miembros durante las reuniones, la posibilidad de llevarlos a cabo en un lugar propicio, cómodo y agradable que favorece a una comunicación siguiendo términos sistémicos tanto digital (verbal) como analógicamente (gestual) fluida. Donde no se sintieran juzgados o señalados y por sobre todas las cosas donde contarán con el apoyo y la comprensión, tanto de los otros participantes como de los profesionales asistentes.

En todo grupo suele haber individuos con más características de liderazgo que otros, lo cual puede ser tanto beneficioso como perjudicial según cómo transcurra ese liderazgo.

Si el líder es demasiado activo puede llegar a limitar los aportes del resto del grupo, mientras que si el líder marca con sus acciones conductas positivas que contagien al resto, puede potenciarlos. En la vivencia del grupo del Hospital Francés, se ha observado que este liderazgo si bien siempre en un segundo plano por el rol de experto que ocupa el coordinador era tomado en líneas generales por los miembros más antiguos y también por aquellos con un nivel cultural más elevado, y el motivo era muy simple: en primer lugar los más antiguos conocían mejor la dinámica grupal y las cuestiones formales que hacían al grupo; por otro lado y al igual que aquellos que no eran tan antiguos pero si tenían un nivel cultural más elevado manejaban más y mejor información por ende desde la coordinación se instaba a los mismos a que tengan la buena voluntad de transmitirla al grupo, siempre y cuando fuera un aporte positivo. Siempre bajo la mirada atenta y cálida del coordinador que ante algún error de concepto podía intervenir amablemente para aclararlo.

Cabe aclarar que los grupos psicoeducativos y de autoayuda son dos cosas distintas. Se parecen en algunos aspectos, pero son fundamentalmente diferentes. Los grupos psicoeducativos son guiados profesionalmente, y son directivos casi siempre, y la supervisión es parte del formato. Los grupos de autoayuda son no-profesionales y no son directivos, y además no se llevan listas de asistencias ni se requiere de supervisión. No son excluyentes, sino complementarios. El uso simultáneo de estos dos recursos ofrece un mejor resultado que usándolos por separado. De todos modos, la experiencia de quien suscribe el presente trabajo estuvo circunscripta a la observación activa de un grupo psicoeducativo.

Según Kaplan, Sadock, y Grebb (1999) los grupos de autoayuda están formados por personas que intentan enfrentarse a un problema específico o crisis vital. Los miembros tienen los mismos trastornos y comparten sus experiencias (buenas y malas). Al hacerlo

se educan entre ellos, se proporcionan apoyo mutuo y alivian el sentimiento de alienación que con frecuencia experimentan las personas que participan en grupos de este tipo.

Los grupos psicoeducativos suelen contar con los beneficios de los grupos de autoayuda tales como la cohesión que se da entre sus miembros, y a ello le suman la guía de un profesional experto que se encarga tanto de la coordinación como también de facilitar en un tono ameno información relevante para que los participantes del mismo puedan comprender y de esa manera reducir la incertidumbre ante sus padecimientos.

5. Psicoeducación en trastornos de ansiedad

5.1 Definición de Psicoeducación

Según Reiss, Hogarty y Anderson (1988) con frecuencia, es difícil para los miembros de la familia y para el paciente aceptar el diagnóstico del mismo, la psicoeducación tiene la función de contribuir a la no estigmatización de los trastornos psicológicos y a disminuir las barreras para el tratamiento. La psicoeducación, a través de una opinión mejorada de las causas y efectos de la enfermedad, a menudo ensancha el punto de vista del paciente acerca de su enfermedad y este mayor entendimiento puede afectar al paciente de manera positiva. De esta manera se disminuye el riesgo de recaída. Los pacientes y los miembros de la familia que están mejor informados sobre la enfermedad se sienten menos impotentes. Algunos elementos importantes en la psicoeducación son:

- Transferencia de la información: sintomatología de los trastornos, causas, conceptos del tratamiento etc.

- Descarga emocional: Entender para animar, cambio de experiencias con otros, preocupaciones, contactos, etc.
- Apoyo con [medicina](#) o tratamiento psicoterapéutico, al mismo tiempo que se promueve la cooperación entre el profesional en [salud mental](#) y el paciente.
- Apoyo para la autoayuda: implica el entrenamiento tan pronto como se reconozcan las situaciones de crisis y los pasos que se deben emprender luego, para ser capaz de ayudar al paciente.

Para Bulacio (2004) la psicoeducación es un proceso que permite a las personas no solo informarse, sino desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar situaciones particulares. El desconocimiento del mecanismo de la ansiedad y sus síntomas característicos (taquicardia, sudoración, sensación de ahogo, mareos, etc.) lleva a quien los padece a interpretarlos de manera errónea y casi siempre catastrófica. El miedo a estar sufriendo un ataque cardíaco, cerebrovascular o a “volverse loco”, es la norma en estos casos.

Si la respuesta del médico es “usted no tiene nada” o “es sólo un pico de estrés”, lejos de tranquilizar, genera más temor y desconcierto.

El grupo actúa favoreciendo y facilitando el intercambio de información. Como la ansiedad es básicamente incertidumbre, desorientación y confusión, el simple hecho de manejar información adecuada y específica tiene un efecto inmediato en la disminución de los niveles de ansiedad. Los pacientes "descatastrofizan" y mantienen una mirada más abierta y realista del contexto y de su problemática.

La psicoeducación, instruye acerca de los mecanismos que desencadenan y mantienen los cuadros de ansiedad y permite a los pacientes reinterpretar sus síntomas físicos a la luz de la nueva información de manera tal que el significado atribuido originalmente a los signos y síntomas ("me muero") se transformen en una interpretación no catastrófica (p. ej. "estoy teniendo un ataque de pánico, pero no indica me voy a morir"), reduciendo de esta manera la ansiedad. Esto favorece una actitud menos alerta o defensiva ante un peligro anticipado o imaginado. Al ser capaces de aceptar sus problemas, comienzan a considerarse iguales a los demás, valoran sus fortalezas y debilidades de forma más realista que la utilizada hasta ese momento.

En el caso de la experiencia obtenida durante la práctica pre-profesional que realizara en el hospital elegido la psicoeducación se brindaba a grupos de personas que padecían diferentes patologías ansiosas como parte de un tratamiento integral que incluía psicoterapia individual y tratamiento farmacológico según indicación del profesional a cargo.

Es supremamente útil identificar los individuos que presentan dificultades después de la exposición al estresor con el fin de proporcionarles psicoeducación acerca de la naturaleza de sus síntomas y predecir su probable evolución.

La psicoeducación ayuda al individuo a alcanzar una sensación de control sobre sus síntomas, lo que resulta especialmente importante después de haber experimentado un estresor aterrador que lo deja sin esperanza y fuera de control.

En este sentido Bulacio (2004) resalta que el estar informados acerca de lo que les pasa favorece a los pacientes a tener una actitud menos alerta o defensiva. Al ser capaces de aceptar sus problemas, comienzan a considerarse iguales a los demás, valoran sus fortalezas y debilidades de forma más realista que la utilizada hasta ese momento.

Dicha experiencia de información no solo facilita que las personas se conecten tranquilas con sus emociones, sino que además favorece la sensación de cierto dominio y la valoración de recursos internos o habilidades que faciliten la actitud de afrontamiento.

Por lo tanto la psicoeducación es un proceso amplio que puede orientarse a la psicopatología o a las personas en general, tengan o no una afección clínica. Por lo tanto, puede ser impartido en modo específico por los profesionales de la salud mental o bien, en modo indirecto por los profesionales de distintos ámbitos de la salud.

5.2 Psicoeducación como parte de un tratamiento integral.

Para Bulacio (2004) la psicoeducación debe impartirse desde la primera entrevista y probablemente por un largo tiempo, ya que deberá ser dosificada según los tiempos disponibles, las etapas del tratamiento y el interés específico de los pacientes.

Puede complementarse adecuadamente con información brindada en talleres específicos o en grupos psicoeducacionales o de autoayuda.

Para el autor los contenidos psicoeducacionales deben centrarse en:

- el diagnóstico y sus implicancias
- el fenómeno del estrés y la ansiedad así como su relación
- la necesidad de realizar un tratamiento integral
- el fundamento del tratamiento psicofarmacológico
- que es lo que debe esperarse de un medicamento en relación a sus beneficios y sus posibles efectos adversos
- la importancia del cumplimiento adecuado en dosis y forma de administración

- el tiempo que tardará en producirse el efecto buscado y cómo continuar el tratamiento a lo largo del tiempo
- el fundamento de la psicoterapia recomendada (individual, familiar, grupal)
- la importancia “per se” de la psicoeducación
- la importancia de desarrollar la creatividad en su propia vida y en el tratamiento mismo
- definir el objetivo final como una mejoría en la calidad de vida.

La psicoeducación no es sólo dar información sino tener en cuenta la manera de brindarla. No es una terapia en sí misma sino parte de un tratamiento integral. El fin de la psicoeducación es lograr un aprendizaje por parte del paciente tanto a nivel teórico como práctico. Esto implica transmitir no sólo los contenidos “psicológicos” sino el procedimiento de cómo aplicar dichos contenidos.

Debe mostrar no sólo las secuencias biológicas involucradas en el problema y explicarse como pueden generarse alternativas sino que deben ayudar a dar significados nuevos a las experiencias, generando nuevas estrategias psicológicas de afrontamiento, asertividad, etc. Y debe favorecerse y complementar las distintas instancias del tratamiento: farmacoterapia, psicoterapia cognitivo-comportamental, psicoterapia grupal y psicoterapia familiar. Entonces, la psicoeducación abarca:

- Contenidos “psicológicos” a transmitir: esto implica un conocimiento teórico general para el autoconocimiento tanto racional como emocional y conductual.
- Procedimientos: herramientas aplicables.
- Destinatarios: el psicoeducando que aprende a través de la observación (teórica) y a través de la ejecución de lo aprendido.

La intencionalidad de la psicoeducación es mejorar la calidad de vida individual acorde al bien común.

En este sentido el estudio realizado por Massion & Marschaw (1993) en Canadá sobre los efectos del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) sobre la calidad de vida. Se evaluaron el funcionamiento general, la salud emocional, el funcionamiento en sus roles (incluyendo el trabajo, la educación y la asistencia pública) y el funcionamiento social y marital.

Todos los grupos demostraron un perjuicio psicosocial tanto en el funcionamiento general como por ejemplo: relaciones limitadas con amigos, pocas actividades recreacionales. Asimismo la percepción psicoemocional que tenían de sus vidas era de insatisfacción. Los que trabajaban tenían un desempeño pobre y empleos poco calificados, mientras que el 65% tenían como medio de vida la asistencia pública. La minoría de los examinados realizaba actividades académicas o mejor dicho intentaban realizarlas ya que en este campo también su desempeño era cuando menos poco destacado.

Cuando hablamos de grupo educacional estamos hablando de algo más abarcador que puede o no incluir técnicas específicas de abordaje, a diferencia de un grupo terapéutico cuya función es básicamente práctica.

5.3 Modelos y técnicas de tratamiento en los grupos psicoeducativos

Las técnicas de intervención que se describen a continuación se aplicaron extensivamente en el grupo Psicoeducativo, con preponderancia de unas sobre otras. Su utilización era programada por los profesionales que impartían la psicoeducación previo

a las reuniones del grupo. En el caso de las técnicas de control corporal las mismas se aplicaban en todas las reuniones.

Las técnicas en si mismas eran parte de la psicoeducación transmitida e incluso una vez adquiridas obraban como facilitador para incorporar contenidos más teóricos. Un claro ejemplo de ello es la técnica de utilización de metáforas, a través de ésta se aplicaban las técnicas de asertividad, creatividad, etc. desde sus fundamentos más teóricos.

Por tanto, si bien el contenido sobre el cual iba a tratar la reunión estaba pautado de antemano las técnicas se podían utilizar según la situación lo requiriera pudiendo estas combinarse para un mayor entendimiento de los contenidos que se querían aportar a los concurrentes al grupo.

5.3.1 Técnicas de creatividad

Para Bulacio (2004) Es posible aplicar numerosos aspectos teóricos de la creatividad al marco terapéutico. Por ejemplo, técnica prospectiva. Esta consiste en inducir al paciente que imagine, en tiempo presente, como si estuviera allí, un futuro ideal, utópico, con el cuál se encuentre, por lo tanto, plenamente satisfecho. Este primer paso es más difícil de lo que parece ya que el paciente encontrará contradicciones que debe resolver, dado que la utopía no puede romper principios naturales fundamentales (por ejemplo, no se puede estar en dos lugares al mismo tiempo o ser y no ser algo en el mismo momento y en el mismo sentido, no se puede vivir mil años ni cambiar la estatura, etc.), para lograrlo deberá descubrir sus deseos más fuertes y levantar las restricciones que lo limitan. De esta forma se tiene que reestructurar el deseo utópico por uno real, importante y sobre todo realizable, a partir de lo cual se construyen diversos futuros cada vez más próximos hasta llegar al inmediato, al tiempo actual. A partir de allí se podrá pavimentar el camino hacia ese deseo buscado y que augura un futuro más promisorio que la vivencia presente.

5.3.2 Técnica de reestructuración cognitiva

Centrada y focalizada en el cambio de creencias:

- Identificación de las creencias cognitivas y pensamientos automáticos distorsionados.
- Sometimiento a prueba de las creencias cognitivas y pensamientos automáticos distorsionados sobre:
 - La propia ejecución.
 - La propia valía.
 - La opinión de los demás.
- Cuestionamiento a los mismos

La psicoeducación es un proceso que permite a las personas informarse, desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar situaciones particulares.

El grupo actúa favoreciendo el intercambio de información. Se sabe que la ansiedad es básicamente incertidumbre, desorientación y confusión, el simple de hecho de manejar información adecuada y específica tiene un efecto inmediato en los niveles de ansiedad.

El paciente descatastrofiza y mantiene una mirada mas abierta y realista del contexto y su problemática.

5.3.3 Entrenamiento en el cambio de foco de la atención

Por ejemplo, las personas con trastornos de ansiedad sólo prestan atención a las partes amenazadoras y a los acontecimientos negativos, presentan habitualmente una visión parcial de la realidad y anticipan un futuro con obstáculos que no podrán superar,

desvalorizando sus propias capacidades, no dándose la oportunidad e incrementando sus sentimientos de impotencia, baja autoestima e inutilidad.

Presentan dificultades para evaluar las reacciones de otros, quizás interpreten una reacción neutra o positiva como negativa, o busquen reacciones positivas o actitudes de aprobación en personas sin importancia en su vida. Les parece peligrosa cualquier posición de evaluación, ya que las reacciones negativas o de desaprobación confirman sus propias creencias. Asimismo cuando se les brindan pruebas en contrario como ser de afecto o aprobación son inmediatamente descartadas o miradas con descreimiento.

Es labor del grupo y del coordinador ayudar al miembro a reconocer y captar estos pensamientos para ayudarlo a que el mismo los confronte con racionalizaciones que apunten en sentido contrario y por ende que redunden en una respuesta más adaptativa psíquica y emocionalmente para con su entorno siempre teniendo en cuenta una base empírica.

5.3.4 Vía de entrada cognitiva predominantemente emocional

5.3.4.1 Utilización de metáforas

Muchas veces el planteo de un problema desde una óptica racional no permite ver las posibles soluciones. Una posibilidad es crear junto con el paciente una metáfora que represente la situación y encontrar las salidas desde ese mismo código analógico. Este tipo de procesamiento, por ser preferentemente emocional, suele producir un fuerte impacto en el paciente luego de lo cual habrá que trabajar en la afirmación de los nuevos significados en un procesamiento racional – emocional y conductual.

Esta técnica es especialmente útil en los grupos psicoeducativos ya que la educación se imparte a legos y por ende debe ser presentada de forma amena y familiar. El peligro que se corre es que en muchos casos se ha observado que los participantes se quedan “prendidos” en la metáfora y no pueden transpolar la misma a otras situaciones similares. A modo de ejemplo se cita una situación que ocurrió en uno de los encuentros grupales:

El profesional psicoeducador estaba explicando al grupo sobre la conveniencia de la asertividad como alternativa a la pasividad y la agresividad. Para ello uso la siguiente metáfora: En una situación hipotética en la que compran un yogurt en el almacén y cuando llegan a su casa ven que el mismo está vencido ¿Qué harían?, preguntó la Coordinadora; como era de esperarse la mayoría de las reacciones fueron de enojo u ofuscación o en algunos casos de pasividad. A esto se les señaló que la respuesta asertiva era reclamar por lo que les correspondía sin anticipar que el dueño del almacén se enojaría con ellos y que tendrían una discusión. Se los invitó a imaginar que devolvían el producto en cuestión y que el encargado del establecimiento les daba una disculpa e inmediatamente reemplazaba el producto vencido por otro en buen estado. En el momento todo pareció quedar más que claro, sin embargo, a la otra semana como era habitual, se repasó el concepto vertido en la anterior y se les pregunto que era asertividad. Muchos de los pacientes respondieron sin dudar que asertividad es una manera gentil de reclamar un yogurt o simplemente lo refirieron a la situación de la metáfora sin poder explicarlo de otra manera.

Por ello es importante que se utilice la metáfora a modo ilustrativo pero que luego se trabaje a un modo de entendimiento más abstracto como condición para que lo aprendido pueda ser utilizado en multiplicidad de situaciones.

En este caso se puede observar cómo las técnicas de intervención se pueden utilizar de manera combinada, logrando más resultados que por sí solas. En el caso puntual del reciente ejemplo, vemos como la técnica asertiva se apoya en un instrumento metafórico para acercar a las participantes del grupo a un nivel de mayor comprensión.

5.3.4.2 Técnicas para fortalecer la autoestima.

Tomando como ejemplo a quienes padecen de ansiedad social diremos en primer lugar que es importante conocer los parámetros que utilizan para compararse, ya que generalmente son muy altos y demandan un nivel de exigencia elevado. En cuanto a su modo de desempeño también existe un nivel de exigencia muy alto, deben comportarse perfectamente, sin ansiedad alguna, lo cual es imposible no solo en ellos sino en cualquier persona. Es importante por lo tanto moderar los objetivos de manera tal de poder obtener un éxito razonable. Deben ser objetivos plausibles de lograr, de este modo se incrementara su sentido de autoeficacia y autoestima. El éxito se evaluara por el hecho de “lograr hacer” lo postergado y evitado y no por como se realizó.

5.3.4.3 Técnica de visualización

La visualización es una herramienta muy útil para conseguir un mayor control de la mente las emociones y el cuerpo y para efectuar cambios deseados de la conducta (por ejemplo, imaginando como actuaríamos adaptativamente en una situación crítica). Puede utilizarse para aliviar la tensión muscular, eliminar el dolor y como base para el éxito de muchas de las técnicas cognitivas.

Visualizar implica imaginar vividamente diferentes objetos o situaciones de la forma más real posible y con todos los detalles.

Con el fin de mejorar la habilidad para imaginar se recomienda:

- concentrarse en otros tipos de sentidos diferentes del visual, como el tacto, el gusto, el oído y el olfato.
- hacer un dibujo de la escena original que se pretende imaginar, como forma de activar los detalles visuales.

También pueden visualizarse escenas cada vez más ansiógenas, dentro de la técnica de la desensibilización sistemática.

5.3.5 Técnicas: Vía de entrada preferentemente conductual

5.3.5.1 Técnica de resolución de problemas

La que más atención ha recibido, mayor aceptación y utilización tiene es la terapia de solución de problemas de D'zurilla.

Redenominada en los últimos años como: Terapia de Solución de Problemas Sociales (d'zurilla y Nezu, 1982) en Bulacio (2004), dado que los problemas con los que se enfrenta una persona pueden ser tanto personales como interpersonales.

Es una técnica de modificación de conducta que facilita una conducta eficaz por lo tanto el objetivo es producir consecuencias positivas, refuerzo positivo y evitar las consecuencias negativas

El supuesto del que parte esta técnica es que los seres humanos se caracterizan por ser solucionadores de problemas, y de que de unas a otras personas existen diferencias en esta habilidad. Aquellas personas que resuelven sus problemas adecuadamente suelen tener una adecuada competencia social. Aquellos que carecen de dicha competencia para solucionar problemas pueden también ser entrenados para solucionar tanto problemas cotidianos como problemas clínicos o comportamentales.

Con solución de problemas se hace referencia al proceso cognitivo – afectivo – conductual a través del cual un individuo, o un grupo identifica o descubre medios efectivos de enfrentarse con los problemas que se encuentren en la vida de cada día.

Problema es toda situación de la vida que demanda una respuesta para el funcionamiento efectivo, pero para el cual ninguna respuesta efectiva esta inmediatamente disponible en ese momento para el individuo o para el grupo enfrentado con la situación.

Solución es una respuesta de afrontamiento o un patrón de respuesta que es efectivo en alterar la situación problemática y/o las reacciones personales propias para que no sea percibida a partir de ahí como un problema.

El papel que juegan las emociones es muy importante. Es común que se produzca activación emocional en el proceso de solución de problemas.

Las respuestas emocionales pueden tanto facilitar como inhibir la ejecución de solución de problemas, dependiendo de variables como la cualidad subjetiva o valor de la respuesta emocional, la intensidad de la activación emocional, y la duración del estrés emocional.

Las emociones pueden jugar un papel importante en el reconocimiento del problema el marco de la meta de solución de problemas, la evaluación de soluciones alternativas y la evaluación de la ejecución de la solución.

5.3.5.2 Técnicas de exposición

Consiste en exponer gradualmente al paciente a sus situaciones temidas hasta que se vuelva menos sensible a ellas. La exposición “in vivo” o en la vida real, puede ser efectuada por un terapeuta, que acompañe al paciente a enfrentar la situación temida o le de instrucciones a otra persona para que lo haga. En la medida en que afrontan la

situación juntos el paciente aprende diferentes maneras sencillas de reducir la ansiedad mientras la va sintiendo.

Solamente con la repetición las exposiciones prolongadas el paciente se va desensibilizando a las experiencias generadoras de sintomatología.

5.3.5.3 Técnicas de asertividad

La asertividad es la capacidad para poder expresar las propias opiniones, pensamientos, emociones logrando así comunicarse adecuadamente con el otro, siendo activo sin ser agresivo.

Las técnicas de asertividad posibilitan adquirir la habilidad de resolver conflictos:

- expresar enojo o desacuerdo.
- defender los propios derechos (expresión firme).
- resolver problemas, planear y cumplir objetivos.
- hacer pedidos.
- rechazar pedidos.
- resolver discusiones y conflictos.
- enfrentar críticas y evaluaciones negativas.
- enfrentar hostilidad, enojo y agresividad de otros.
- Manejar la ansiedad y la ira propias.

5.3.5.4 Técnicas de entrenamiento en habilidades sociales

Este tipo de técnicas se utilizan para capacitar a las personas con un repertorio amplio de conductas adecuadas para el manejo de situaciones. Esto ofrecería mayor seguridad en el desempeño reduciendo la posibilidad de desaprobación y la ansiedad resultante de

esa anticipación. La conducta social adecuada incluye un repertorio de conductas socialmente significativas que tienen el fin de iniciar nuevos y mejorar los vínculos existentes, como:

- Oír y comprender con interés (simpatía y empatía)
- Leer y descifrar con precisión señales sociales.
- Solicitar informaciones (verbal y no verbal)
- Expresar sentimientos y opiniones (tanto positivos como negativos)
- Defender derechos, ideas, etc.
- Alcanzar metas sociales (hacer amigos, conquistar personas del sexo opuesto, iniciar una relación de pareja, obtener ascensos laborales)
- Aceptar elogios, valorar conductas y rasgos propios.
- Sentir confianza en los propios recursos.

Fortalecer la flexibilidad y ayudar a pensar que cada situación ofrece innumerables alternativas de acción, algunas más adecuadas, otras menos, o incluso inadecuadas, por lo cual ejercitarse el “mini brain storm” fortalecerá la flexibilidad y la capacidad de afrontamiento eficaz.

5.3.5.5 Tareas para el Hogar

Las tareas entre una sesión y otra deben ser encaramadas con seriedad, valorizadas, supervisadas y trabajadas con el terapeuta. Se debe establecer un compromiso o acuerdo en cumplirlas, en cuanto al incumplimiento, se deben indagar los motivos y pensamientos subyacentes a esa actitud, que generalmente están apoyados a los motivos por los que se mantienen el comportamiento evitativo. En el caso del grupo

psicoeducativo la tarea consistía en llevar un registro de las crisis experimentadas como así mismo de los temores y situaciones estresantes que pudieran surgir; y la practica de habilidades adquiridas como la respiración diafragmática lenta. Estas tareas eran revisadas en cada encuentro y se programaban o añadían otras para la semana siguiente. Algunas como el registro de sucesos personales u autoinforme y la practica diaria de al menos 10 minutos de las técnicas de control corporal (relajación / respiración) eran estables.

5.3.6 Técnicas de control corporal.

Como ampliamente hemos descripto en capítulos anteriores entre las cogniciones y las conductas se producen una serie de mecanismos fisiológicos que hacen posible dichas conductas y que a su vez retroalimentan las cogniciones, por tal motivo controlar el nivel de activación puede favorecer el procesamiento de la información de un modo más adaptativo y funcional. Algunas de dichas técnicas son:

5.3.6.1 Técnicas de relajación

Las técnicas de relajación son procedimientos cuyo objetivo es enseñar a una persona a controlar su propio nivel de activación sin ayuda de recursos externos.

Se utilizan este tipo de técnicas porque se considera una respuesta incompatible o antagónica con los efectos fisiológicos producidos por la ansiedad y la activación mantenida. Frente a los efectos que la tensión y/o activación reiterada o mantenida pueden producir, la relajación produce efectos contrarios.

La relajación produce disminución de la tensión muscular, de la frecuencia, e intensidad del ritmo cardíaco y la frecuencia respiratoria, disminución de la actividad simpática general, y de los niveles de secreción de adrenalina, y noradrenalina.

Generalmente se utiliza la relajación progresiva o diferencial de Jacobson (1929).

Esta técnica intenta enseñar al sujeto a relajarse por medio de ejercicios en los que tense y relaje de forma alternativa sus distintos grupos musculares.

El objetivo es conseguir que la persona aprenda a identificar las señales fisiológicas provenientes de sus músculos cuando están en tensión y ponga en marcha las habilidades aprendidas para reducirlas.

5.3.6.2 Técnicas de respiración

Aunque es posible el control voluntario de la respiración lo cierto es que su regulación habitualmente es automática. Especialmente cuando se emiten respuestas emocionales.

Las técnicas de respiración tienen por objetivo enseñar el adecuado control voluntario de la respiración, para posteriormente automatizar este control de forma que su regulación se mantenga incluso en las situaciones problemáticas.

Básicamente diremos que la respiración debe ser nasal, suave, abdominal, lenta, profunda, rítmica, y sobre todo cómoda, ya que sin esta condición no puede sostenerse en el tiempo o no logra los efectos de relajación buscados. La espiración debe ser activa, de la misma duración y con las mismas características que la inspiración.

Para lograr una buena técnica respiratoria se necesita entrenamiento y tiempo, por lo cual a menudo es difícil de aprender por las personas ansiosas, por eso el terapeuta deberá ser comprensivo y buscar pequeños logros en forma progresiva que resulten satisfactorios para el paciente en un doble sentido: el específico de dominar una técnica de gran utilidad y el aprendizaje acerca de que puede alcanzar nuevos logros de un modo diferente al habitual, de un modo progresivo y no ansioso.

Las técnicas de control corporal, que se realizaban en el Grupo Psicoeducativo , tanto relajación como respiración, se practicaban al comienzo de las reuniones de un modo tal que se predisponía a los participantes de mejor manera para luego recibir la información de carácter más teórico, sin embargo estas técnicas también formaban parte del proceso Psicoeducativo, ya que de ser aprendidas y por medio de práctica podían ser de vital importancia para el paciente a la hora de afrontar una situación estresora. Es por ello que se instaba a los concurrentes a que adquirieran el compromiso de realizar en sus hogares por tan solo diez minutos al día los ejercicios de control corporal instruidos en las reuniones. Ya que los mismos adquieren máxima efectividad con la práctica.

5.3.7. Información teórica transmitida en el grupo psicoeducacional

Como ya hemos remarcado una de las principales funciones al menos de este grupo psicoeducacional era transmitir a los concurrentes información teórica y práctica útil que los ayudara a tener más y mejor información acerca de su patología. De esta manera se procuraba que con la internalización de estos conocimientos los pacientes contaran con más herramientas a la hora de afrontar las situaciones temidas y también mejorar su funcionamiento interpersonal y por ende su calidad de vida.

A continuación se describen los modelos de los cuales surgía la información que se brindaba al grupo.

5.3.7.1 Modelo cognitivo

Según Beck (1983) esta concepción implica que se llega a las emociones de las personas a través de sus cogniciones. El énfasis puesto en el pensamiento no debe descartar la importancia de las reacciones emocionales, las cuales son muchas veces la fuente del estrés.

La cognición es la adquisición de conocimiento sobre el mundo, y el hecho de cotejar estos nuevos conocimientos con los ya existentes. En este proceso se ponen en juego la atención, la percepción, la memoria, la formación de esquemas internos e inconscientes. Los esquemas adquiridos se encuentran en la memoria a largo plazo y contienen un conjunto de creencias sobre el mundo, sobre ellos mismos y sobre el futuro. El organismo trata los estímulos de acuerdo a los esquemas adquiridos. Estos se activan a partir de emociones análogas del momento en que fueron registrados. Así los esquemas se van confirmando o modificando para acomodarse a la realidad. Para Cía. (2002) los esquemas cognitivos son inconscientes y automáticos y rigen la mayor parte del comportamiento humano, permitiendo así abordar la problemática del inconsciente. Los acontecimientos cognitivos se registran en la memoria a corto plazo, son accesibles a su estudio por el propio individuo y se ubican en el preconciente.

Caro Gabalda (1997) sostiene que la terapia cognitiva considera que los conceptos desadaptativos son la característica esencial de los trastornos psicológicos. Por lo tanto corregir y abandonar estos conceptos es lo que llevaría a la mejoría de la sintomatología. Las cogniciones distorsionadas derivan de los supuestos o creencias desadaptativas, y paciente y terapeuta trabajan para identificarlas. Para que los sujetos realineen su pensamiento con la realidad, estas cogniciones y creencias se someten a un análisis lógico y a una comprobación empírica de la hipótesis. La terapia cognitiva es estructurada, tiene un límite de tiempo y se encuentra dirigida a cambiar las actividades del procesamiento de la información que sean defectuosas.

Según los autores Hofmann & DiBartolo (1997) el proceso cognitivo se divide en los siguientes pasos:

- Establecer una buena relación terapéutica: es importante que surja una relación colaborativa. Los terapeutas deben ser cálidos y honestos. Los pacientes son considerados como expertos en lidiar con sus problemas. El rol del terapeuta al comienzo es muy activo, debido a la psicoeducación que debe hacer.
- Focalización del problema: es importante fijar objetivos y los medios necesarios que harán falta para alcanzarlos. Es importante en esta etapa evaluar las creencias distorsionadas y el problema principal del paciente. La formulación clara del problema y del tratamiento tienen lugar en esta etapa.
- Identificación de los pensamientos irracionales: una vez que saben cuál es el problema y el objetivo, los pacientes deben concientizarse de sus pensamientos. El auto monitoreo es una forma de lograr esto.
- Desafiar los pensamientos irracionales: los pacientes deben tratar sus pensamientos como hipótesis, poniéndose en el lugar de observadores. En lugar de víctimas de su ansiedad. Se desafían estos pensamientos a través del método socrático, debatiendo los pros y las contras de una asunción. Esto se puede hacer usando información basada en la experiencia del sujeto, mostrándole información más correcta, reevaluando el resultado de una situación o dándoles a los pacientes la oportunidad de desafiar sus hipótesis a través de la exposición. Otra forma de desafiar estos pensamientos es viendo la sobreestimación de las probabilidades que el paciente hace de que lo temido suceda. Es importante identificar la cadena de pensamientos e imágenes que provocan ansiedad para llegar a los pensamientos catastróficos. Debe llegar a identificarse el peor escenario imaginado, y una vez hecho esto, evaluar la severidad real de la posible consecuencia. El

terapeuta debe comunicar al paciente dos mensajes esenciales; a) que las consecuencias específicas de que lo temido suceda es improbable y b) que la ansiedad y sus efectos son de tiempo limitado y manejables. Para cada pensamiento ansioso deben hacerse estas dos preguntas. Es fundamental que los pacientes comiencen a practicar las técnicas cognitivas-conductuales.

- Poner a prueba la validez: una vez que los pensamientos irracionales son identificados y desafiados, los pacientes tienen que poner sus viejas creencias a prueba. Al exponerse a situaciones que les provocan ansiedad, los sujetos tienen la oportunidad de examinar la validez de sus asunciones. En un comienzo estos ejercicios deben hacerse en el ambiente más controlado y seguro de la terapia, para luego hacerlos fuera de sesión.
- Sustitución de los pensamientos irracionales por los pensamientos racionales: este es uno de los pasos más difíciles de la terapia. Los pacientes deben preguntarse qué otras alternativas tienen para interpretar un suceso, o como otros lo interpretarían. Los pacientes pueden a partir de una práctica repetida, pasar de ser víctimas pasivas de la ansiedad a ser observadores activos. Los pensamientos automáticos son resistentes al cambio, esto es normal y esperable.

5.3.7.2 Modelo cognitivo constructivista realista de Bulacio

El presente modelo considera que el hombre es un activo dador de significado a su experiencia. Sostiene que existe un mundo real fuera del sujeto pero este no es totalmente accesible para él, es decir, que es parcialmente conocido. Esta limitación se da por dos cuestiones fundamentales. La primera es la limitación biológica que supone la percepción y fundamentalmente por que al ser interpretadas por el sujeto sufren un

sesgo según sus creencias individuales. No obstante, es una teoría realista porque considera de gran medida los esfuerzos que se realiza para acercarse y, parcialmente, conocer ese mundo exterior en el cual está inmerso y con el cual intercambia productos en forma permanente. En ese mundo exterior lo más importante es el otro, es decir, las personas con quienes los sujetos se relacionan y a quienes necesitan para conformarse como hombres en un espacio social compartido llamado realidad intersubjetiva. Esta teoría permite integrar aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Dos pilares fundamentales de este modelo son los conceptos de “psicoeducación” y “calidad de vida”. Se entiende que el primero repercute directa y positivamente sobre el segundo. La posibilidad de acceder a cantidad y calidad de información sobre el mundo que nos rodea reduce la incertidumbre y redundancia en un funcionamiento más adecuado, positivo y efectivo, y esto sin lugar a dudas mejorará la calidad de vida del sujeto, la cual en este caso se entiende como equivalente a la definición de salud más moderna planteada por la OMS.

6. Método

6.1 Tipo de estudio:

Se trata de un estudio descriptivo que se aborda con metodología cualitativa.

Se realizará una revisión bibliográfica sobre el problema a explorar ligándola con la experiencia obtenida en la práctica pre-profesional. Se seleccionarán aquellos temas y autores que puedan ayudar a la descripción del dispositivo de intervención grupal psicoeducativa en el marco hospitalario.

6.2 Instrumento: “Crónica de los Talleres”

Material recopilado en las sesiones de grupo psicoeducativo, producto de la observación del mismo, como también de estudios empíricos publicados sobre las ventajas de la psicoeducación en el contexto de un tratamiento integral.

6.3 Muestra:

- La cantidad de Pacientes Fluctuaba semana a semana pero había un grupo relativamente estable de 10 a 15 personas. Con incorporaciones, bajas y teniendo en cuenta el ausentismo. Durante las observaciones el número de inscriptos era de una veintena de personas todas de mediana edad exceptuando la participación de una joven adolescente y 4 mujeres de la tercera edad. En cuanto al genero la mayoría de los asistentes eran del sexo femenino siendo al momento de la practica cuatro del sexo masculino.

Entre los concurrentes no había profesionales de ninguna especialidad, aunque todos tenían una alfabetización apropiada, en la mayoría de los casos con estudios secundarios completos. La clase social era preponderantemente media a media baja.

La muestra se completo con pacientes de grupos de similares características llegando la misma a N = 120 .

7. Grupo psicoeducativo del Hospital observado.

7.1 Características y criterios de selección e inclusión a los grupos.

- Población: hombres y mujeres, adolescentes, jóvenes adultos, adultos y personas de la tercera edad. Con lo cual exceptuando a los niños se incluía a

todo el espectro etéreo. No existían restricciones en cuanto al nivel de estudios de los participantes.

- Patología: Los pacientes debían tener diagnóstico de trastorno ansioso de base aunque después este podía diferir en cuanto a las características específicas de cada patología, es decir, que los grupos tienen homogeneidad en cuanto a la patología ansiosa, si bien esta ansiedad se expresa de diferente manera en los distintos cuadros psicopatológicos. Se apuntaba a que esta diversidad podía ser enriquecedora ya que brindaba heterogeneidad al grupo.
- Instrumentos de admisión y seguimiento: Mini batería conformada por: Mini Mental Test, Índice de Calidad de Vida, y STAI “cuestionario de ansiedad estado/rasgo de Spielberger” en todos los casos y algunos específicos como SPIN (Inventario de Fobia Social), PAS “Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow” si el caso lo ameritaba. Tanto en el caso del “Índice de Calidad de Vida” como la Técnica para medición de la “ansiedad de Estado y Rasgo (STAI)” Se tomaban con periodicidad para evaluar los avances de los pacientes.
- Tratamientos complementarios: Las personas podían estar con otros tratamientos o no. por ejemplo psicoterapia individual o terapia psico - farmacológica. La idea general era que todos terminaran accediendo a los tres modelos de tratamiento (tratamiento Integral) aunque el orden no estaba definido, es decir, que había gente que primero se enlistaba en el grupo y después pasaba a terapia individual, farmacológica y/o viceversa.

7.1.2 Dinámica de los encuentros

El coordinador a cargo de la psicoeducación procuraba transmitir las ideas y preceptos fundamentales de la terapia cognitiva desarrollada por A. Beck y descrita en sus rasgos

más elementales en el capítulo anterior. Para ello se recurría a una explicación puramente teórica de conceptos tales como por ejemplo qué son y cómo funcionan las falsas creencias. Pero dado que se dirigía a una audiencia legla tenía que presentar estos temas de un modo práctico para que sea más asequible la información brindada. La herramienta más útil para estos casos era y es la utilización de metáforas que permitieran entroncar los preceptos de la terapia cognitiva con situaciones cotidianas de la vida real, haciendo foco en aquellas que puedan presentar especial dificultad a las personas con patología de base ansiosa.

La relación con los pacientes, en líneas generales, respetaba los principios de confianza y honestidad con la que se encaraba la dinámica grupal. Sin embargo, en el caso específico de este grupo, el profesional se quedaba en el primer estadio de la relación paciente-terapeuta descrita originalmente por Beck, ya que por su tarea de psicoeducador no podía abandonar el rol de experto. Cabe aclarar que la terapia cognitiva considera al paciente como a la persona más calificada para solucionar sus problemas, sin embargo, el grupo tenía la función de brindar información válida, entre otras cosas, para reforzar el conocimiento del paciente y también para que éste pueda luego tomar ese rol de experto sobre su propia experiencia en un ámbito de terapia individual.

Los pacientes concurrían al grupo psicoeducativo los días miércoles de 9:30 a 10:30 horas y el período observado por quien suscribe abarcó desde marzo hasta agosto del 2005. El profesional coordinador brindaba información acerca de lo que es la ansiedad, cuándo debe considerarse patológica, qué tipos de ansiedad existen y cuáles son sus síntomas respectivamente, a que llamamos suceso estresante, valoración real y afrontamiento asertivo de situaciones estresantes y entrenamiento en habilidades sociales. Como complemento se enseñan las ya mencionadas técnicas de control

corporal, de relajación y respiración que los pacientes tenían que continuar practicando en sus hogares, al menos 10 minutos diarios. Se brindaba información especialmente detallada sobre los síntomas fisiológicos que presentan las patologías de base ansiosa, ya que estos suponen para el paciente una situación altamente estresante y desagradable, por ejemplo en los casos de ataques de pánico. En estos casos el aprender a reconocer los indicadores sintomáticos que delatan el advenimiento de un posible ataque, puede ayudar a la persona a buscar ubicarse en una situación más controlada dónde pueda practicar las técnicas adquiridas en el grupo, y de esa manera prevenir exitosamente dicho ataque y así reducir el malestar físico y psíquico que provoca. Además de la cohesión, empatía y consecuente contención emocional que se generaba entre los miembros del grupo por la identificación lógica que se da en estos casos, otra ventaja del tratamiento grupal fue el aprendizaje vicario, o sea, el aprendizaje por observación e imitación de conductas y recursos por parte de los mismos pacientes.

Los pacientes que concurrían al grupo estaban en su gran mayoría en el marco de un tratamiento integral, es decir, que al grupo psicoeducativo sumaban tratamiento farmacológico y psicoterapia individual. Los sondeos realizados a modo de encuesta revelan la gran importancia que los mismos le dan al grupo Psicoeducativo y esto se ve reflejado en las gráficas y estadísticas ya incluidas en este trabajo. .

El grupo Psicoeducativo puede resultar en una experiencia desde ya positiva para el paciente, aunque no suficiente, si no se abarca desde el punto de vista del tratamiento integral. Nos referimos a que el concepto de grupo es de corte abarcativo por lo cual no puede ahondar de manera significativa en cada caso para generar un tratamiento a medida. Para ello se requiere psicoterapia individual. Del mismo modo, en el caso de la sintomatología ansiosa el grupo nos brinda información sobre la misma para aprender a reconocerla y técnicas de control corporal que podrían utilizarse como paliativo. Más

allá de eso, hay ciertas patologías ansiosas que por su gravedad requieren un tratamiento psicofarmacológico. Así, la psicoeducación ayuda a lograr esa colaboración activa del paciente, que es imprescindible para llevar adelante un tratamiento cognitivo conductual, y también permite mejorar la adherencia a la terapia farmacológica (en los casos en que está indicada) ya que la confianza en la medicación aumenta cuando se conocen los fundamentos que sustentan dicha indicación.

7.1.3 Eficacia de los grupos psicoeducativos

Al tiempo que quien suscribe realizaba la practica pre profesional, el equipo dirigido por el Dr. Bulacio se embarcó en la tarea de interiorizarse sobre la valoración que el grupo del Hospital Frances y otros grupos de idénticas características, que el mismo equipo dirigía, aunque en otras locaciones, le daban a la psicoeducación per sé y en relación a los otros esquemas de tratamiento. Para ello se le tomó a los mismos periódicamente una sencilla encuesta que podían responder rápidamente con la ayuda de los asistentes en algunos casos o por sus propios medios en otros. En la encuesta se le preguntaba a los pacientes el grado de importancia que le adjudicaban a la psicoeducación; técnicas de relajación/respiración; psicoterapia individual; tratamiento farmacológico y por último el escuchar a otros pacientes con su misma problemática. Las posibles respuestas podían ser sólo tres: mucho, bastante, y poco.

Las conclusiones que arrojó dicho sondeo son las siguientes. Cabe aclarar que dicha evaluación no mide sintomatología sino las causas que el paciente considera que fueron más importantes en el éxito de su tratamiento.

7.1.4 Resultados

Grado de importancia que atribuyen áreas del tratamiento			
	Poca	Bastante	Mucha
Psicoeducación	5%	27.50%	67.50%
Relajación / respiración	7.50%	30%	62.50%
Farmacológica	52.50%	20%	27.50%
Psicoterapia individual	27.50%	40%	32.50%
Escuchar a otros	5%	37.50%	57.50%

Se incluyeron en la muestra (N=120) aquellos pacientes que cumplían con las distintas áreas del tratamiento sin considerar el tipo de diagnóstico específico, el tipo y tiempo del tratamiento individual, farmacológico y psicológico, ni el tiempo de concurrencia a los grupos.

Estos resultados no miden la importancia real relativa de cada procedimiento, pero hacen evidente la gran importancia que los pacientes atribuyen a la psicoeducación, que puede así actuar como facilitador y potenciador de los otros, indispensables, recursos evaluados.

Es notable la importancia que los entrevistados le atribuyen a la psicoeducación (67%) en primer lugar, la relajación/respiración (62%) en segundo, y escuchar otros pacientes con la misma problemática (57%) en tercero. La coherencia de estos 3 resultados se

basa en que el más alto habla de la psicoeducación como concepto general aunque el segundo y tercero son parte de la misma, por tanto, es esperable que sus valores sean equivalentes a ésta.

8. Conclusión.

De la continua observación del grupo psicoeducativo para trastornos de ansiedad al cual se asistió durante el período de práctica pre-profesional se pueden arribar a las siguientes conclusiones.

En primer término cabe destacar la valoración positiva que hacían los asistentes de este grupo en particular sobre cuan beneficioso era este y la gran importancia que le daban en relación a sus tratamientos. Esto mismo se comprobó tanto por la observación de quien suscribe como por sondeos empíricos realizados y publicados sobre este grupo en particular y otros de idénticas características.

Tal cual lo sostiene la teoría constructivista realista en lo psicoeducacional, la psicoeducación reduce de manera significativa la incertidumbre por lo cual no es de extrañar que la misma sea valorada especialmente por pacientes con patología de base ansiosa. Asimismo se percibió gran aceptación de aquellas técnicas tendientes al control corporal, como ser las técnicas de respiración y relajación. Las mismas al ser instruidas por profesionales del área al comienzo de las reuniones dejaban allanado un terreno propicio para la posterior trasmisión de conocimiento.

La presentación de los contenidos, si bien era de talante teórico se entroncaba con metáforas y casos prácticos haciéndola, de esta manera, asequible de forma rápida para la mayoría de los participantes. Aunque, como se mencionó en el presente trabajo, la utilización metafórica abundantemente a veces producía un sesgo de la información circunscribiéndola sólo al caso práctico, éste era rápidamente zanjado con la asistencia del profesional coordinador o por otros miembros que habían captado la idea de fondo en forma adecuada.

La mayoría de los pacientes estaban bajo un tratamiento integral, es decir, psicoterapia individual, grupo psicoeducativo y terapia psicofarmacológica si el caso lo requiriera.

El grupo en muchos casos era la vía de entrada a este esquema de tratamiento integral. El mismo constituye una eficaz alternativa de trabajo abordando el trastorno ansioso en tres niveles simultáneos logrando máxima efectividad en menos período de tiempo. La psicofarmacología actúa a un nivel biológico disminuyendo la aparición de los síntomas fisiológicos característicos y la ansiedad anticipatoria además de facilitar la implementación de los otros dos esquemas terapéuticos. La psicoterapia cognitiva modifica a través de la implementación de sus técnicas, la reestructuración de los patrones de conducta rígidos, esquemas cognitivos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias del paciente reduciendo significativamente la

tendencia a la reacción ansiosa. El grupo psicoeducativo provee información y técnicas como las de relajación y respiración favoreciendo un cambio de conductas y a su vez brindando una red de contención que incrementa el apoyo social y relacional.

Para el establecimiento de un tratamiento integral en el que está incluido y destacamos la psicoeducación es importante contar con un equipo de trabajo interdisciplinario plenamente capacitado en cada área del mismo.

Si hubiera que hacer una observación, la misma recaería sobre la diversidad de patologías que presentan los participantes. Si bien el fundamento para que esto ocurriera era que esta diversidad enriquecía la experiencia de los miembros del grupo, la salvedad recaería en que si bien son todas patologías de base ansiosa, algunas tienen diferencias fundamentales que requieren esquemas de tratamiento específicos e incluso pueden producir un efecto contrario al deseado al emparejarlas con otras patologías ansiosas contradictorias. Para graficar la observación, puntualmente al grupo en cuestión, asistía una mujer adolescente diagnosticada recientemente y tratada por fobia social, coexistiendo en el grupo con un hombre de edad media con un diagnóstico de TAG. La característica comportamental del hombre en cuestión era fundamentalmente un alto nivel de excitación psicomotriz y verbalizaciones constantes, en muchos casos interrumpiendo a personas que estaban haciendo uso de la palabra. A todo esto, no es de extrañar que la joven se sintiera inhibida y hasta en algunos casos asustada.

Sin embargo el hecho de la exposición, la interacción y consecuente cohesión de este grupo con el tiempo redundó en un beneficio para la joven. Si bien al final las consecuencias fueron positivas en este caso, entiendo que en una situación análoga podría no darse el mismo desenlace. Lo ideal, sería conformar grupos con patologías homogéneas, dejando la heterogeneidad en todos los otros criterios, como ser edad, sexo, etc. No obstante, se entiende el desafío logístico que supone esta empresa y por

ende una solución alternativa sería instalar algún criterio de exclusión para alguna patología puntual, por ejemplo fobia social en sus primeras instancias, ya que si la persona viene realizando por un tiempo razonable tratamientos psicofarmacológicos, la interacción en un grupo de estas características puede ser claramente beneficiosa. Por último se entiende que los grupos psicoeducacionales en general, y este no ha sido la excepción, si bien son una parte importante del tratamiento, no son suficientes. Y sólo alcanzan una efectividad considerable si están dentro de un marco de un tratamiento integral.

9. Bibliografía

Beard, G.M. (1869). *Neurasthenia or nervous exhaustion*. Boston Med. Surg. J. (núm. 3, págs. 217-21).

Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Beck, A. & Freeman, A. (1997). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Editorial Paidós.

Belloch, A Sandín, B y Ramos, F. (1995). *Manual de psicoterapia*. Madrid: Mc Graw Hill.

Bulacio, J. M. (2004) *Estrés, Ansiedad y Práctica Clínica*. Buenos Aires: Akadia.

Bulacio, J.M.; Vieyra, M.C. & Rivero, M. E. (2003) *¿Por qué grupos psicoeducativos y de autoayuda en los trastornos de ansiedad?* Recuperado el 19 de septiembre de 2008, de <http://www.trastornosdeansiedad.org/anxia/007/pag16.html>

Caro Gabalda, I. (1997). *Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos*. Barcelona: Paidós.

Chorot, P., y Sandin, B. “Síndromes clínicos de la ansiedad”. En: A. Belloch, B. Sandin & F. Ramos, (1995) *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw Hill.

Cía, A.H. (2002) *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Polemos

DSM-III. (1980) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
Barcelona: Masson.

DSM-IV (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
Barcelona: Masson.

Feixas, I. & Villegas, I. (1990) *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: P.P.U.

Hernández Sampieri, R. & Fernández Collado, C. (1998) *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hofmann, S. G. & DiBartolo, B.M. (1997) *Techniques of cognitive therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Kaplan, H.; Sadock, B. y Grebb, J., (1999) *Sinopsis de Psiquiatría* (Ciencias de la Conducta. Psiquiatría Clínica). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Kelly, G. (1955) *The psychology of personal constructs*, New York: Norton.

Ladouceur, R. (2000) *Manual para el cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI

Maisonneuve. J. (1977) *Dinámica de grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Massion, A. & Marshaw, M. (1993). *Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and Generalized anxiety disorder*. American Journal of Psychiatric. 150 (4), 600-608.

Pitts FM, McClure JN (1967) *Lactate metabolism anxiety neurosis*. New Engl J Med 277:1329–1336

Reiss, D.J; Hogarty, G. E.; Anderson, C.M. (1988) Esquizofrenia Y Familia: *Guía Práctica De Psicoeducación*. Madrid: Amorrortu

Roth, M. (1959). *The phobic anxiety-despersonalization syndrome*. New York: Proc. R. Soc. Med.

Suárez Richards, M. (1995) *Introducción a la psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Salerno.