



UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades
y Ciencias Sociales

TFI:

Caso M

Tratamiento de un caso de ataque
de pánico con agorafobia desde una
perspectiva constructivista realista

Tutora: *María C. Vieyra*

Autor: *María Fernanda Montoya*

INDICE

Capítulo I

| | |
|----------------------|---|
| 1. Introducción..... | 4 |
|----------------------|---|

Capítulo II

| | |
|--------------------------------|---|
| 2. Objetivos..... | 5 |
| 2.1 Objetivo General..... | 5 |
| 2.2 Objetivos específicos..... | 5 |

Capítulo III

| | |
|---|----|
| 3. Marco Teórico..... | 6 |
| 3.1 Ansiedad..... | 6 |
| 3.2 Definición del Trastorno de Ansiedad..... | 7 |
| 3.3 Definición del Trastorno de Pánico con Agorafobia | 8 |
| 3.4 Definición del Trastorno de Ansiedad Generalizada..... | 10 |
| 3.5 Antecedentes Teóricos de Ansiedad..... | 10 |
| 3.5.1 Modelo Biológico..... | 10 |
| 3.5.2 Modelo Psicodinámico..... | 11 |
| 3.5.3 Modelo Conductista..... | 12 |
| 3.5.4 Modelo Cognitivo..... | 14 |
| 3.6 Abordaje Constructivista Realista..... | 16 |
| 3.6.1 Tratamiento integral farmacológico..... | 17 |
| 3.6.2 Tratamiento integral psicoterapia individual..... | 18 |
| 3.6.3 Técnicas vía de entrada cognitiva-racional..... | 19 |
| 3.6.4 Técnicas vía de entrada cognitiva – emocional..... | 22 |

| | |
|---|----|
| 3.6.5 Técnicas de vía de entrada conductual..... | 23 |
| 3.6.6 Técnicas de vía de entrada de control corporal..... | 25 |
| 3.6.7 Tratamiento integral grupo psicoeducativos y autoayuda..... | 25 |

Capítulo IV

| | |
|--|----|
| 4. Metodología..... | 27 |
| 4.1 Participante..... | 27 |
| 4.2 Instrumentos..... | 27 |
| 4.2.1 Observación – Participante..... | 27 |
| 4.2.2 Batería de test..... | 27 |
| 4.2.3 Técnica basadas en el modelo constructivista realista..... | 29 |
| 4.3 Procedimiento..... | 31 |

Capítulo V

| | |
|---|----|
| 5. Desarrollo..... | 32 |
| 5.1 Desarrollo del caso clínico..... | 32 |
| 5.1.1 Generalidades..... | 32 |
| 5.1.2 Motivo de consulta..... | 32 |
| 5.1.3 Datos relevantes recabados en la entrevista..... | 32 |
| 5.1.4 Factores desencadenantes..... | 33 |
| 5.1.5 Hábitos..... | 33 |
| 5.1.6 Antecedentes del Caso..... | 34 |
| 5.2 Resultados del informe psicodiagnóstico..... | 34 |
| 5.2.1 Resultados de la batería de test..... | 34 |
| 5.2.2 Conclusión y relación con las técnicas administradas..... | 35 |

| | |
|---|----|
| 5.2.3 Diagnostico según DSM IV..... | 36 |
| 5.3 Tratamiento Psicológico..... | 36 |
| 5.3.1 Desarrollo de sesiones..... | 37 |
| 5.4 Propuesta de estrategias para evitar posibles recaídas..... | 48 |
| <u>Capítulo VI</u> | |
| 6. Conclusiones..... | 50 |
| <u>Capítulo VII</u> | |
| 7. Bibliografía..... | 53 |
| <u>Capítulo VII</u> | |
| 8. Anexos..... | 56 |
| 8.1 Anexo 1..... | 56 |
| 8.2 Anexo 2..... | 57 |
| 8.3 Anexo 3..... | 58 |

Capítulo I

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo final de integración tiene como objetivo la descripción y el análisis del caso de una mujer de cuarenta y ocho años, quien fue diagnosticada con un trastorno de ansiedad, más específicamente, un trastorno de pánico con agorafobia.

Surge de la integración teórico-práctico del proceso de 320 horas llevado a cabo en un Hospital, en el marco de la materia Práctica y Habilitación profesional, en el mismo se trabaja con el modelo cognitivo, con orientación constructivista realista.

En el transcurso de realización de la residencia, se trabajó con numerosos casos, la mayoría de los cuales referían a trastornos del estado del ánimo y trastornos de ansiedad.

Este caso fue seleccionado debido a la accesibilidad de participar del seguimiento del mismo, por medio de espacios de supervisión en el área psicología y psiquiátrica.

El presente trabajo se propone exponer el caso de la paciente M, su tratamiento farmacológico y terapéutico. El cual será presentado según la cronología de la información a presentar. Teniendo como finalidad articular el caso con la teoría cognitiva.

A partir de la observación de las técnicas empleadas, se estudia en el presente trabajo la utilización de las siguientes técnicas:

Las técnicas de vía de entrada cognitiva racional; Las técnicas de la vía de entrada cognitiva emocional; Las técnicas de vía de entrada conductual; Técnicas de control corporal y Grupo psicoeducativos y de autoayuda.

El desarrollo del presente trabajo final de integración consistirá en describir el Trastorno por Pánico con Agorafobia y Trastorno de Ansiedad Generalizada. Para luego explicar brevemente el enfoque constructivista realista, las técnicas utilizadas y la aplicación de éstas al caso elegido.

Finalmente se propondrá estrategias terapéuticas con el objetivo de evitar posibles recaídas.

Capítulo II

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Describir un tratamiento psicológico y psiquiátrico de una paciente que padece trastorno de pánico con agorafobia, desde un modelo cognitivo constructivista- realista.

2.2. Objetivos específicos

2.2.1. Describir las características del Trastorno de Pánico con Agorafobia del caso M, en función de la evaluación psicología inicial.

2.2.2. Evaluar el cambio después de dos años de tratamiento de la sintomatología de la paciente.

2.2.3. Proponer estrategias terapéuticas a fin de evitar posible recaídas en la paciente.

Capítulo III

3. MARCO TEORICO

3.1 Ansiedad

La ansiedad es un fenómeno que se da en toda las personas, y que bajo condiciones normales mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral o académico. Tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo o afrontarlo adecuadamente. (Baron, 1997)

King, Hamilton y Ollendick (1998) definen a la ansiedad como un estado emocional aversivo o desagradable que implica aprensión subjetiva y excitación fisiológica de una naturaleza difusa. A su vez, Spielberger, citado por Cía (2002), la define como un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo (King, Hamilton & Ollendick ,1998).

El desencadenante de este proceso es una situación determinada, la cual incita a una activación general del organismo con el objetivo de emitir una respuesta. Sin embargo, simultáneamente el individuo realiza dos evaluaciones automáticas, una sobre la situación que ha aparecido y otra sobre sus capacidades para afrontarla. De acuerdo con esas evaluaciones el individuo se prepara para actuar de determinada forma y esa preparación es lo que genera la emoción. La activación es común a todas las emociones, la evaluación que se hace de la situación y de su capacidad para afrontarla produce una emoción específica. Según Lazarus y Folkman (1985), cuando la situación es valorada por la persona como algo que excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal, aparece el estrés. Obviamente, existen diversas formas de responder a este, entre ellas se encuentra la ansiedad. En este sentido se puede afirmar, como sostiene Fernández Abascal, Martín Díaz y Domínguez Sánchez (2001), que mientras la ansiedad es una emoción, el estrés es un proceso adaptativo que genera emociones.

A nivel cognitivo, la ansiedad se caracteriza por la activación de diferentes sistemas, Sistema Nervioso Autónomo, Sistema Central y Sistema Endocrino.

De todos los cambios que se producen en el individuo, solo percibe algunos, como la frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión muscular, sensaciones gástricas.

A nivel motor la ansiedad se manifiesta como inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades de comunicación como ser tartamudez, consumo de sustancia, llanto entre otros.

Por otro lado, según Cía (2002) la ansiedad patológica es aquella que se funda en valoraciones irreales de la amenaza, es decir una respuesta exagerada no necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto externo, pudiendo la misma llegar a resultar incapacitante al punto de condicionar la conducta de un individuo. La ansiedad patológica es desmedida y persistente, anticipa un futuro incierto o amenazante y de a poco restringe la autonomía y el desarrollo personal de quien la sufre. Belloch, et al. (1995), plantean que la ansiedad desadaptativa no solo anticipa un peligro irreal, sino también que sus manifestaciones tienen mayor frecuencia duración e intensidad que la ansiedad normal.

3.2. Definición de Trastorno de Ansiedad

Bulacio (2004) sostiene que el trastorno de ansiedad es un fenómeno esencialmente humano, que permite al hombre anticipar ciertas situaciones, algunas relacionadas con su defensa y otras con el ataque, pero estas funciones básicas se complejizan a partir de los múltiples significados que pueden darse a las experiencias vividas y anticipadas en relación consigo mismo, aunque también con los demás y el mundo en el que vive.

La defensa será entonces ante amenazas inmediatas y potenciales que en algunos casos podrían ocurrir tiempo después, estas amenazas no solo serán físicas sino también cognitivas, en este sentido la amenaza 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 los recursos.

3.3. Definición de Trastorno de Pánico con Agorafobia

El trastorno de pánico se encuentra en el DSM –IV como un subtipo de los llamados trastornos de ansiedad, acompañado de otros trastornos conocidos como Crisis de angustia (panic attack), Agorafobia, Trastorno 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.

El DSM IV (1995) define al síndrome de ataque de pánico como un episodio de intenso miedo o malestar, durante el cual han de aparecer bruscamente los síntomas, alcanzando su máxima expresión en los primeros diez minutos.

Para elaborar el diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia, según el DSM-IV deben cumplirse:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización.
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormiguelo)
13. Escalofríos o sofocaciones

Los criterios para el diagnóstico de agorafobia son los siguientes:

A.a Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

A.b Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

A.c Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p.ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

Según Bulacio (2004), el trastorno de pánico con agorafobia será el cuadro que produce mayor malestar, desajuste e incapacitación entre todos los trastornos de ansiedad. Existiendo tres niveles según el grado de evitación agorafóbica: Leve, Moderada y Grave. Cuyas manifestaciones sintomatológicas son básicamente de índole somática.

3.4. Definición Trastorno de Ansiedad Generalizada

Según Cía (2002), este trastorno comprende una preocupación excesiva e incontrolable sobre dos o más aspectos de la vida de un individuo, provocándole interferencias en su habilidad para desempeñarse normalmente. Kaplan y Sadock. (1999), afirman que la prevalencia anual de este trastorno, oscila entre el 3% y 8%, siendo la proporción mujer – hombre de 2 a 1. En cuanto a su etiología, se sabe, como todo trastorno mental, que existe una combinación de factores genéticos, rasgos de personalidad, sucesos estresantes de la vida, que se combinan para dar lugar a la enfermedad. Es cierto, que los pacientes con dicho trastorno heredan cierta disposición para desarrollarlo; pero también es cierto que se caracterizan por tener prejuicios cognitivos de ver al mundo como un lugar peligroso, reforzado, a su vez, por experiencias pasadas.

3.5. Antecedentes teóricos de la Ansiedad

Los pioneros de las principales escuelas de pensamiento en psicología han ofrecido su conceptualización de la ansiedad. Sin embargo, según Martorell y Prieto (2002), no existe una sola teoría que por sí sola explique el surgimiento y mantenimiento de los trastornos de ansiedad, por lo que para esto se requiere de la interacción de estas.

3.5.1 Modelo Biológico

Según Sánchez Ruiz (2006), este modelo parte de la concepción de que los trastornos mentales son enfermedades que tienen una causa biológica, fundamentalmente relacionada con el sistema nervioso central o el cerebro. A lo cual, Mongiello (2007), agrega que la causa primaria en la conducta anormal es una alteración del cerebro.

Sin embargo, este modelo presenta varias limitaciones. La principal de ellas es que solo explica la conducta humana en términos biológicos, y no tiene en cuenta la idea de que la mente humana es una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

3.5.2 Modelo Psicodinámico

Según Falcoff (2006), este modelo considera a los cuadros ansiosos como manifestaciones de las neurosis, es decir, expresiones superficiales de procesos complejos. Díaz (2002), agrega que para Freud las neurosis no se deben a causas orgánicas como supone el modelo biológico, sino a la ansiedad cuando se reprimen los recuerdos y los deseos. La conducta neurótica es la expresión de la ansiedad o una defensa en contra de esta.

Leibovich (1991), plantea que el acercamiento de Freud hacia la ansiedad, comenzó por la distinción entre angustia real y angustia neurótica. En la primera, la fuente de peligro es externa al individuo y es real; en cambio en la segunda, la fuente de peligro es interna. Ante lo expuesto, Kaplan y Sadock (1999), afirman que la ansiedad fue entendida por Freud como una señal de peligro, un peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo. En este sentido, la teoría freudiana sobre la naturaleza y etiología de la ansiedad, se basa en un modelo estructural constituido por tres instancias psíquicas: ello, yo, y superyó. La ansiedad se la considera como una reacción del yo a las fuerzas instintivas procedentes del ello que no podían ser controladas. Vallejo Mejía (2006), considera que el foco de la intervención del analista es penetrar en el fondo de los conflictos inconscientes, donde se encuentran sus fantasías, deseo y sentimientos reprimidos, a fin de que el paciente logre una mejor comprensión de sí mismo. Para esto utiliza técnicas como la asociación libre y la interpretación de los sueños.

Sin embargo, Martorell y Prieto (2002), afirman que el concepto de neurosis utilizado para referirse a los cuadros ansiosos, se eliminó en el DSM III, para proceder a la separación de los desórdenes neuróticos en los patrones de conducta de cada uno; esta práctica es continuada por el DSM IV. No obstante, el término neurosis todavía se usa ampliamente en los escritos psicodinámicos.

Kaplan y Sadock (1999), afirman que esta teoría ha sido continuada por varios autores que han apostado nuevas ideas al modelo psicodinámico. No obstante, los problemas asociados al estatus científico y a la utilidad práctica dan lugar a otros modelos explicativos.

3.5.3 Modelo Conductista

Según Castañeda (1998), este modelo se centra en la conducta observable que causa malestar en las personas. De manera tal, que la conducta ansiosa exagerada, pasa a ser objeto de estudio de este paradigma. Por otro lado, no parece poco importante destacar que los teóricos conductistas, no diferencian entre ansiedad y miedo, debido a la similitud de sus manifestaciones.

Ahora bien, Belloch (1995), sostienen que este modelo enfatiza particularmente el desarrollo de los trastornos de ansiedad fóbicos. Considera que las fobias son respuestas condicionadas aprendidas, y por tanto susceptibles de ser descondicionadas. La definición de este concepto se asienta sobre las bases de que la adquisición y mantenimiento de la ansiedad están basados en el condicionamiento clásico y/o operante, y en la asunción, de que la ansiedad es una respuesta aprendida de naturaleza anticipatoria.

3.5.3.1 Condicionamiento clásico: Modelo de Watson y Rayner

Belloch (1995), consideran que este condicionamiento hace referencia a que cualquier situación o estímulo – principio de equipotencialidad - inicialmente neutro, puede adquirir la propiedad de elicitar respuestas de miedo por su asociación con estímulos nocivos traumáticos. De esta manera, el estímulo neutro puede convertirse en un estímulo condicionado de miedo, por lo que solo su presencia evocará en el individuo respuestas condicionadas de temor. Es decir, un estímulo neutro se convierte en estímulo condicionado de ansiedad, cuya propiedad para elicitar ansiedad puede generalizarse a otros estímulos.

Sin embargo, Belloch (1995), plantean que el mencionado principio de equipotencialidad fue criticado por la teoría de la preparación. Dicha teoría da cuenta de que el organismo está preparado filogenéticamente a través del proceso evolutivo de la especie, para asociar ciertos estímulos con relativa facilidad y otros con relativa dificultad. De tal manera que las fobias son instancias de aprendizaje preparado que se constituyen predominantemente por asociaciones primitivas. Es decir, que estímulos como arañas, serpientes, entre otros, se han convertido en objetos potencialmente fóbicos, porque en el curso de la evolución los individuos que por su constitución genética se condicionaban o sentían miedo fácilmente ante esos estímulos, sobrevivieron y se adaptaron más eficazmente transmitiendo a sus descendientes esta

tendencia. De esta manera, se puede concluir, que el individuo posee una capacidad innata para aprender relaciones fóbicas mediante el condicionamiento.

3.5.3.2 Condicionamiento clásico y operante: Modelo Bifactorial Mediacional

Según Belloch (1995), este modelo plantea que la respuesta condicionada de miedo motiva a que se realice una conducta de escape de la exposición al estímulo que le avisa de la proximidad del evento aversivo, a fin de evitarlo. De esta manera, el modelo explica la no extinción de la respuesta condicionada de miedo en ausencia del estímulo fóbico. Sin embargo, la evitación exitosa del objeto o situación fóbica está negativamente reforzada por una disminución de la ansiedad, de manera que la evitación se convierte en una respuesta habitual.

A fin de complementar estas teorías, que sirven de soporte a la terapia conductual, surge la teoría de la incubación de la ansiedad. Eysenck (1987), considera que la ansiedad tiende a agrandarse en vez de extinguirse. Sostiene que dicha emoción se genera e incrementa debido a que la mera presentación del estímulo condicionado, anticipando la proximidad del estímulo aversivo, puede producir incremento de la respuesta condicionada en lugar de extinción. Esto se debe a que la propia respuesta condicionada puede actuar como agente reforzador debido a su similitud con la respuesta incondicionada.

Castañeda (1998), sostiene que a fin de lograr el descondicionamiento de la ansiedad, las terapias conductuales ofrecen diversas estrategias y técnicas tales como: desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo, técnicas de extinción y modelamiento entre otras.

Bandura (1990), agrega que existe un aprendizaje vicario de la respuesta ansiosa. Supone que los individuos pueden aprender respuestas ansiosas internas por imitar respuestas de ansiedad de sus otros significativos. Esto da cuenta de los determinantes cognitivos que operan entre el ambiente y la conducta.

“Los humanos no responden de forma directa al mundo, sino a través de representaciones cognitivas” (Bandura, 1990, p53)

3.5.4 Modelo Cognitivo

Este paradigma, pone énfasis en el procesamiento de la información de las personas. De manera tal, que varios modelos conductuales comienzan a poner de relieve los constructos cognitivos que operan entre el estímulo y la respuesta. Es así como surgen teorías que implican el condicionamiento y los procesos cognitivos. Se cree que los estímulos son unidades de información y como tales representados cognitivamente. En este sentido, el individuo ansioso posee expectativas de resultado y autoeficacia, que refuerzan la evitación a la situación ansiógena.

Al mismo tiempo, según Cano Vindel y Arcas Guijarro (1999), aparecen teorías más estrictamente cognitivas relacionadas con el procesamiento de información de las personas ansiosas. Estas teorías consideran que la emoción surge fundamentalmente como consecuencia de cierta actividad cognitiva, específicamente del significado o interpretación de la situación que hace el individuo.

A fines prácticos se procederá a una síntesis de la concepción de la ansiedad desde este paradigma, y luego se detallarán las teorías en las que se sustenta.

Este modelo parte de la idea que desde la infancia, mediante interacciones repetidas entre el ambiente y estructuras innatas, el individuo elabora creencias sobre su self y el mundo que lo rodea, atribuyendo significados a sus experiencias. Estas creencias se pueden encontrar en tres niveles: creencias centrales, creencias intermedias, y los pensamientos automáticos. Las creencias centrales están relacionadas con la identidad de la persona, con quien se cree que es; las creencias intermedias se asocian a reglas, normas que tiene la persona, hace mención a los famosos “debería...”; y los pensamientos automáticos son los más superficiales, aquellos que se derivan de las creencias centrales e intermedias. Beck; Emery y Greenberg (1985), agregan que en las personas ansiosas estas creencias están relacionadas con el temor de peligro hacia el individuo. De esta manera, se llega a la elaboración de esquemas cognitivos, que guiarán los procesos de evaluación, codificación, acumulación y recuperación de la información. Sin embargo, Beck (2000), afirma que en el caso de la persona ansiosa existen esquemas desadaptativos que dominan el sistema de procesamiento de la información cuando son activados. En este sentido, Galasso (2004), sostiene que ante un suceso real, la persona ansiosa activa sus creencias disfuncionales dando lugar a distorsiones cognitivas como la sobrevaloración del peligro y la subestimación de los propios recursos. En este momento es cuando la percepción se altera por los procesos

atencionales que ayudan a decodificar la información del ambiente de forma catastrófica atención selectiva, a esto, Beck, Emery y Greenberg (1985), aportan que las personas ansiosas son hipersensibles a los aspectos potencialmente dañinos de una situación, pero no tienden a responder igual a sus aspectos positivos. Este proceso cognitivo, influye en la emoción y conducta a realizar.

Ahora bien, lo expuesto anteriormente, según la fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas (2006), se basa de las siguientes teorías del procesamiento de información.

3.5.4.1 Procesamiento Bioinformacional

Según Lang (2006), la información de la ansiedad es almacenada en la memoria a largo plazo en redes asociativas. De esta manera, cuando esta es activada, ya sea por experiencias perceptivas, imágenes, textos, u otros, se acopla a la información presente, activando la red, y surgiendo así la emoción.

3.5.4.2 Sesgos cognitivos y ansiedad

Este enfoque sostiene que en los trastornos de ansiedad existe una estructura cognitiva disfuncional que les lleva a producir sesgos en todos los aspectos del procesamiento de la información, atención, codificación, interpretación, y recuperación y al desarrollo de un proceso emocional alterado. Existen dos enfoques, uno de ellos representado por Beck, y el otro por Bower.

Beck (1976), considera que la persona ansiosa procesa selectivamente información relevante para la ansiedad, como resultado de una activación selectiva del esquema asociado. Por otro lado, Bower (1987), con la teoría de la red asociativa, afirma que las emociones están representadas en la memoria en unidades. De esta manera, la activación del nodo emocional de ansiedad facilitaría la accesibilidad al material congruente con este estado de ánimo, produciéndose un sesgo en el procesamiento de la información; que afectaría a la memoria, la atención, y la interpretación. En este sentido, la atención estaría focalizada en los estímulos amenazantes, interpretándose el material neutro con un significado de amenaza y recordándose hechos compatibles con estas ideas amenazantes.

Ahora bien, ¿Qué pasa con la atención de las personas con alto rasgo ansioso? La respuesta yace, en que estos individuos pueden tener una tendencia diferencial a interpretar los estímulos como amenazantes. Es decir, presentan un sesgo pre atencional que lleva a asignar recursos de procesamiento hacia estímulos amenazantes, incrementando la activación de los componentes del sistema nervioso autónomo, como taquicardia, respiración, entre otros. En conclusión, esto puede generar condicionamiento pavloviano de respuestas de miedo/ansiedad, y por ende, dar lugar a la adquisición de trastornos de ansiedad. Por esto mismo, Eysenck (1997), considera que las personas con un alto rasgo de ansiedad padecen una predisposición para desarrollar un trastorno de ansiedad, de manera que poseerían un factor de vulnerabilidad latente, activado únicamente bajo ciertas circunstancias estresantes.

En síntesis, se puede afirmar, como sostiene Cano Vindel y Arcas Guijarro (1999), que el rasgo de ansiedad atiende prioritariamente a factores cognitivos como: la predisposición cognitiva a interpretar ciertas situaciones como amenazantes, independientemente del peligro real, respondiendo con intensos estados de ansiedad. Sin embargo, la concepción multidimensional del rasgo, sostiene que existen diversos rasgos de ansiedad específicos, cada uno caracterizado por su sesgo cognitivo propio. De esta manera, se encuentran personas con ansiedad social, otras con ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana, entre otras.

3. 6 Abordaje constructivista realista

La propuesta constructivista realista refiere realizar un tratamiento integral para los trastornos mentales. Entendemos por tales, a todos aquellos especificados en el DSM-IV-TR, sean éstos permanentes o transitorios.

El primer paso de un tratamiento adecuado es hacer psicodiagnóstico, que debe incluir los cinco ejes del DSM-IV-TR. Cada uno de los ejes concierne un área distinta de información que ayudan al planeamiento del tratamiento y en la predicción de los resultados. Entre los mismos se encuentran Eje I: Trastornos clínicos, u otro problemas que pueden ser objeto de atención clínica; Eje II: Trastornos de personalidad, retraso

mental; Eje III: Enfermedades médicas; Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales y Eje V: Evaluación de la actividad global.

Los pasos siguientes, realizado el diagnóstico, podrían ser el tratamiento psiquiátrico-farmacológico, psicoterapia individual con orientación cognitiva, psicoterapia vincular y recursos grupales con orientación psicoeducacional y de autoayuda, entre otros.

Se espera que la intervención terapéutica vincule tratamientos específicos en función del diagnóstico principal, con otros de carácter más general, en función de las características personales del paciente, sus circunstancias y la naturaleza de sus problemas, estando relacionado con el objeto de consulta.

Se especificarán brevemente los recursos disponibles a partir de cada una de los pasos mencionados.

3.6.1 Tratamiento integral psicofarmacológico

El recurso farmacológico deberá encuadrarse dentro de un enfoque integral y coherente. No existen reglas universales acerca de los efectos que un psicofármaco puede producir en un sujeto, interviniendo varios factores:

- Cada organismo responde de manera específica y no absolutamente predecible en relación al efecto deseado como para los potenciales efectos adversos. Por lo cual, es deber del profesional buscar el fármaco y la dosis que se adecuen al paciente
- La percepción y la tolerancia de los efectos adversos es también muy variable y esto depende de factores biológicos y psicológicos.
- Dado el tiempo que se necesita para que algunos fármacos cumplan con los efectos buscados puede dificultarse la continuidad o periodicidad, así como el cumplimiento de la dosis que la paciente tiene indicadas.
- Las creencias acerca de la medicación en general así como de un fármaco en particular tiene influencia sobre los resultados deseados, sobre el cumplimiento de las indicaciones y la tolerancia a los efectos adversos.

Por todo ello es indispensable cumplir con tres condiciones referidas con la relación médico-paciente:

- Lograr un adecuado nivel de empatía, esta condición es imprescindible para todo tratamiento. La empatía iguala al paciente y al terapeuta en su condición humana y en su lucha por la recuperación del paciente, respetando los roles específicos que la relación implica con naturalidad y respeto mutuo.
- Conocer la creencia del paciente acerca de los psicofármacos ya que fueron aprendidos por experiencia directa e indirecta, por observación, porque se integra su sistema de creencia.
- Psicoeducación, acerca del trastorno en general y de qué se espera del psicofármaco en el marco global del tratamiento, así como de los posibles efectos adversos y como solucionarlos.

Los psicofármacos más utilizados para los trastornos de ansiedad son los ansiolíticos, particularmente las benzodiazepinas y antidepresivos, especialmente los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

3.6.2 Tratamiento integral psicoterapia individual

La psicoterapia será la aplicación concreta conceptos, métodos y técnicas provenientes de la psicología, en las personas, con un objetivo de cambio en las mismas. El enfoque constructivista- realista se inscribe dentro del campo de la psicología cognitiva. La conducta está determinada en forma triádica, es decir por la conducta misma, por los factores emocionales y por los factores racionales. *Véase Figura 1.*

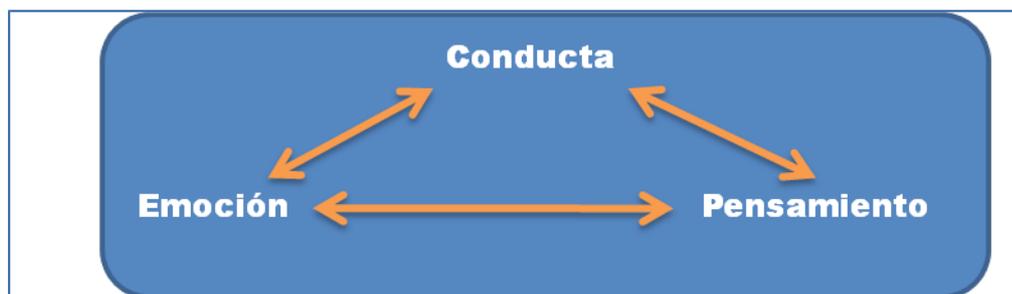


Figura 1: Determinación triádica de la conducta

Este concepto refiere a la posibilidad de cambio a partir de iniciarse una modificación en cualquiera de tres puntos de vista referidos, ya que la transformación de uno de ellos implicaría la modificación de los otros. Debido a esto, se desarrollaron técnicas centradas en lo racional, en lo emocional y en la conducta. Las cuales apuntan a la modificación o ampliación de los esquemas cognitivos, así como a su utilización de un modo más funcional de los mismos. El espacio terapéutico es un encuentro entre dos personas con un objetivo definido, es desde esta óptica, una relación simétrica, pero es asimétrica en el sentido de que es el terapeuta el que propone el tratamiento a realizar y, es el paciente el eje de dicho encuentro.

Para que el tratamiento sea fructífero debe realizarse en un marco empático, implicando comunicación y entendimiento, con el objetivo de ayudar al paciente.

3.6.3 Técnicas vía de entrada cognitiva - racional

Los primeros enfoques cognitivos fueron racionalista y entienden a la psicoterapia como un procedimiento activo, directivos, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas como por ejemplo ansiedad, depresión y fobia, entre otras.

Se basa en el supuesto teórico subyacente de que la conducta de un individuo está determinada en gran medida por el modo que tiene el sujeto de estructurar el mundo (Beck, 1967,1976). Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores.

El paciente, en este tipo de terapia, participa activamente en la diagramación de una estructura del tratamiento. Se fija objetivos globales y parciales con relación a los problemas del paciente. Se lo ayuda a detectar –identificar, testear la validez, evaluar, controlar y modificar sus disfunciones cognitivas.

Se buscan experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar a los pacientes las siguientes operaciones:

- Controlar los pensamientos automáticos negativos, los mismos son pensamientos evaluativos rápidos y breves que no suelen ser resultados de una deliberación o

razanamente, sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal y/o visual.

- Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
- Examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados.

Se considera que la modificación del contenido de las estructuras racionales de una persona influyen en el estado afectivo y de sus pautas de conductas, por lo tanto se persigue que mediante terapia un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas, y corregir los constructos erróneos para producir una mejoría clínica. Véase Figura 2.

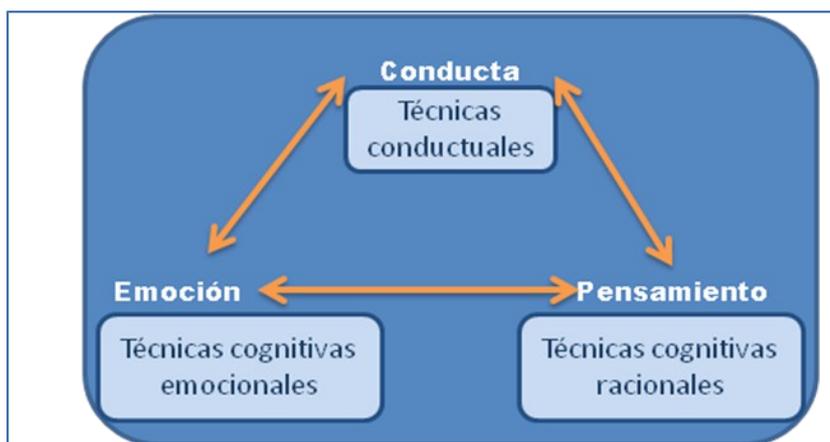


Figura 2: Diferentes vías de entrada

3.6.3.1 Técnica de resignificación de la experiencia

Hay recuerdos que tienen alto contenido afectivo y por lo tanto presentan sesgos en su configuración y en el significado que se le otorgan. En condiciones de relajación estos sesgos pueden identificarse y enriquecer el recuerdo a la luz de una nueva mirada que incluye también aspectos no considerados o recursos no utilizados por el paciente en el momento de producirse dicha experiencia.

3.6.3.2 Técnica de creatividad

Esta técnica prospectiva, consiste en incluir al paciente que imagine, el tiempo presente, como si estuviera allí, un futuro ideal, utópico, con el cual se encuentre, por lo tanto, plenamente satisfecho. Este primer paso resulta 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, para lograrlo deberá descubrir sus deseos más fuertes y levantar las restricciones que lo limitan. El siguiente paso consiste en transformar la utopía en un futuro deseable y posible, a partir de lo cual se construyen diversos futuros cada vez más próximos hasta, llegar al inmediato, al tiempo actual. A partir de allí deberá seguirse el camino inverso para romper las restricciones actuales que paralizan al paciente y ponerse en movimiento en pequeños pasos hacia ese futuro que desea (Escudero, 1977).

3.6.3.3 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 y la opinión de los demás; cuestionamiento de los mismos.

3.6.3.4 Entrenamiento en el cambio del foco de la atención

En el caso con personas con trastornos de ansiedad solo prestan atención a la parte amenazadora 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 una oportunidad e incrementando sus sentimientos de impotencia, baja autoestima e inutilidad. Cuando se le presentan pruebas de que es aceptado o de que gusta, generalmente son descartadas, creen que el juicio que determinada persona tiene sobre él es equivocado o que le falta información necesaria para conocerlo o que él la ha engañado.

A partir de identificar estos procesos el paciente deberá cuestionar a nivel racional para poder realizar pequeñas pruebas conductuales que desafíen esas creencias y a partir de estas nuevas experiencias desarrollar nuevos significados sobre una base empírica emocional diferente.

3.6.4 Técnicas vía de entrada cognitiva - emocional

3.6.4.1 Utilización de metáforas

El objetivo de esta técnica es la posibilidad de crear junto con el paciente una metáfora que represente la situación y encontrar posibles soluciones al problema planteado utilizando analogías.

3.6.4.2 Técnicas para fortalecer la autoestima

El objetivo de la técnica es lograr que el paciente pueda conocer los parámetros que utiliza para compararse, evaluarse a sí mismo, debido a que la mayoría de las veces estos son muy altos, demandando un nivel de autoexigencia elevado. Para trabajar este punto, la técnica modera los objetivos personales del sujeto de manera de poder obtener un éxito razonable. Deben ser objetivos plausibles de conseguir y lograr, dando como resultados el incremento del sentido de autoeficacia y autoestima. La evaluación del éxito será realizada si el sujeto es capaz de lograr hacer lo postergado y evitando, más allá del cómo se realizó.

3.6.4.3 Técnica de visualización

La visualización es una herramienta válida para conseguir un mayor control de la mente, las emociones, el cuerpo, y para efectuar cambios deseados de la conducta. Siendo útil para aliviar la tensión muscular, eliminar el dolor y como base para el éxito de otras técnicas cognitivas.

Visualizar implica imaginar vívidamente diferentes objetos o situaciones de la forma más real, conteniendo todos los detalles posibles. Para tal fin, se recomienda, concentrarse en otros tipos de sentidos diferentes al visual, como el tacto, el gusto, el oído, y el olfato. Así como, hacer un dibujo de la escena original que se intenta imaginar, con el fin de activar los detalles visuales.

3.6.5 Técnicas vía de entrada conductual

3.6.5.1 Técnica resolución de problemas

Se trata de una técnica de modificación de conducta que facilita una conducta eficaz. El objetivo, entonces, es producir consecuencias positivas, refuerzo positivo y evitar las consecuencias negativas (D'Zurrilla y Golfried, 1971).

Parte del supuesto de que los seres humanos tienden a solucionar los problemas que los aquejan, existiendo diferencias subjetivas en esta habilidad. Solucionar los problemas es un proceso cognitivo-afectivo-conductual a través del cual un individuo, o un grupo, identifican o descubre medios efectivos de enfrentarse con los problemas que se encuentran en la vida cotidiana.

3.6.5.2 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, quien acompaña al paciente a enfrentar la situación temida o le proporciona instrucciones a otra persona para que realice la técnica.

En la medida que el paciente-terapeuta afronta la situación juntos, el primero aprende diferentes maneras sencillas de reducir la ansiedad mientras las vivencia. Con la repetición y las exposiciones prolongadas, el paciente se desensibiliza de las experiencias generadoras de sintomatología.

3.6.5.3 Técnicas de asertividad

Se entiende por asertividad, 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; resolver problemas, planear y cumplir objetivos; hacer y rechazar pedidos; resolver discusiones y

conflictos; enfrentar críticas y evaluaciones negativas; enfrentar hostilidad, enojo y agresividad de otros; manejar la ansiedad y la ira propia.

3.6.5.4 Técnicas de entrenamiento en habilidades sociales

Se utilizan para transmitir un repertorio de conductas adecuadas para el manejo de situaciones, para reducir la probabilidad de desaprobación y la ansiedad resultante de esta anticipación. La conducta social adecuada incluye conductas socialmente significativas que tiene el fin de iniciar nuevos y mejorar los vínculos existentes, tales como: oír y comprender con interés; leer y descifrar con precisión señales sociales; solicitar informaciones verbales y no verbales; expresar sentimientos y opiniones, tanto positivos como negativos; defender derechos, ideas; alcanzar metas sociales; aceptar elogios, valorar conductas y rasgos propios; sentir confianza en los propios recursos.

3.6.5.5 Tareas para el hogar

Consiste en tareas entre sesiones, las cuales deben ser plantadas con seriedad, valorizadas, supervisadas y trabajadas con el terapeuta. Por lo cual, se debe establecer un compromiso-acuerdo en cumplirlas. En caso de incumplimiento, se debe indagar los motivos y pensamientos subyacentes a esta actitud que, generalmente, están apoyados a los motivos por los que se mantiene el comportamiento evitativo.

3.6.6 Técnica vía de entrada de control corporal

3.6.6.1 Técnicas de relajación

Esta técnica implica procedimientos cuyo objetivo es enseñar a un sujeto a controlar su propio nivel de activación sin ayuda de recursos externos.

La relajación produce disminución de la tensión muscular, disminución de la frecuencia e intensidad del ritmo cardíaco y de la frecuencia respiratoria, disminución

de la actividad simpática en general y de los niveles de secreción de adrenalina y noradrenalina.

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

3.6.6.2 Técnica de respiración

Las técnicas de respiración tienen por propósito enseñar un adecuado control voluntario de la respiración para posteriormente automatizar este control, de forma que su regulación se mantenga incluso en las situaciones problemáticas. Para lograr una buena técnica respiratoria se necesita entrenamiento y tiempo, lo que dificulta su aprendizaje para personas ansiosas. Se espera que el terapeuta demuestre comprensión y busque pequeños logros progresivos, 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 a lo habitual, a saber, de un modo progresivo y no ansioso.

3.6.7 Tratamiento integral grupos psicoeducativos y de autoayuda

La teoría constructivista realista de la psicología cognitiva postula que la psicoeducación es una herramienta fundamental para enseñar a las personas a optimizar los recursos con los que cuenta, tanto externos como internos, a través de una evaluación cognitiva que les permita elaborar estrategias de afrontamiento y participar activamente en la construcción de una realidad más favorable para sí mismo y su entorno.

De acuerdo con Bulacio (2004), la psicoeducación es un proceso que permite brindar a las personas la posibilidad de desarrollar y fortalecer capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo, posibilitando mayor flexibilidad y realismo en el modo de abordar la problemática y su contexto. La psicoeducación por lo tanto es un proceso amplio que puede orientarse a la psicopatología o a personas en general, y su intencionalidad es mejorar la calidad de vida acorde al bien común. La

psicoeducación debe ayudar a dar significados nuevos a las experiencias, generando nuevas estrategias psicológicas de afrontamiento. La calidad de vida depende en gran medida de la valoración personal que realiza el individuo, son los aspectos subjetivos de la calidad de vida los que toman relevancia.

Capítulo IV

4. METODOLOGIA

4.1 Participante

Se ha realizado el análisis y seguimiento de las conductas observadas en la paciente M de 47 años, cuyos síntomas son congruentes con el diagnóstico de ataque de

pánico según la clasificación del DSM-IV. La misma se encuentra con tratamiento psicológico y psiquiátrico. Concorre, además, semanalmente a la sesión de terapia y mensualmente al control psiquiátrico

4.2 Instrumentos

4.2.1 Observación participante

Se consideran las circunstancias en las que surge la conducta y los síntomas que expresa la paciente que son objeto de análisis y a posteriori se realizan las anotaciones correspondientes.

4.2.2 Baterías de test

4.2.2.1 Inventario de Depresión de Beck

Este cuestionario evalúa el grado de depresión que puede tener un sujeto. Se compone de 21 grupos de frases, dentro de cada grupo el sujeto debe escoger una sola respuesta; aquella que mejor define cómo se ha sentido en la última semana, incluyendo el día de hoy. A cada frase le corresponde una puntuación, de acuerdo a la misma se puede obtener los siguientes resultados: 5-9: Existencia de altibajos que se consideran normales; 10-18: Depresión entre leve y moderada; 19-29: Depresión entre moderada y severa, por ultimo 30-63: Depresión severa. Si se obtienen puntuaciones inferiores a 4 existe la posibilidad de que se esté negando la existencia de una depresión o fingiendo estar bien. Se trata de una puntuación que está por debajo de la obtenida por personas normales, no deprimidas.

4.2.2.2 Inventario de Ansiedad y Rasgo

Es un instrumento de fácil administración y evaluación de la ansiedad en distintas culturas. El inventario STAI está compuesto por dos escalas tipo likert; una de ellas evalúa la ansiedad estado –STAI forma Y-I-, y la otra evalúa la ansiedad rasgo –STAI forma Y-II-. Ambas escalas están compuestas por 20 frases.

Las instrucciones para responder al rasgo de ansiedad requerían del sujeto que responda cómo se siente generalmente, indicando la frecuencia con la cual ha experimentado sentimientos relacionados con ansiedad, para lo cual elige entre las opciones: casi nunca, algunas veces, frecuentemente, o casi siempre. En cuanto a la evaluación de dicho instrumento, Leibovich (1991), afirma que cada ítem de la prueba se evalúa de 1 a 4. En cada una de las escalas, se encuentran ítems que denotan la presencia o la ausencia de ansiedad. Los ítems que evidencian la presencia de ansiedad se evalúan: 1 – 2 – 3 – 4; en los ítems que denotan ausencia de ansiedad, se evalúan: 4 – 3 – 2 – 1. Los ítems en la escala rasgo que denotan ausencia de ansiedad son: 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36, 39.

Posteriormente, se suman los valores de los casilleros marcados por el sujeto y se obtiene un puntaje bruto de la escala rasgo.

4.2.2.3 Inventario de valoración y afrontamiento

El inventario de valoración y afrontamiento (*IVA*, de Cano-Vindel Miguel Tobal, 1992; adaptación: Leibovich de Figueroa, 1999). Evalúa la valoración y el afrontamiento que realizan los sujetos frente a determinados sucesos. Para realizar el inventario, se le pide a los sujetos que respondan a los ítems en función de la situación más estresante ocurrida en las últimas dos semanas. Este inventario consta de tres escalas para evaluar la valoración de la situación: Valoración de la Situación como un Desafío (VSD), Valoración de la Situación como Amenaza (VSA) y Valoración de la Situación como Irrelevante (VSI). Y seis escalas para evaluar las estrategias de afrontamiento (estrategias cognitivas, conductual-motoras, centradas en la situación, centradas en la emoción, evitativas y pasivas).

4.2.2.4 Índice de Calidad de Vida

El mismo incluye 10 ítems, con formato de respuesta opción múltiple Likert, compuesto por una escala que va del 1 al 10. Estos ítems representan, según los autores diez aspectos relevantes para el constructo calidad de vida: bienestar físico, bienestar fisiológico-emocional, cuidado personal y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo emocional y social, apoyo estatal y de servicios, plenitud personal, plenitud espiritual y percepción global

de la calidad de vida. Dichos ítems fueron seleccionados a partir de una exhaustiva revisión de 21 instrumentos existentes para evaluar la calidad de vida. Cada ítem es valorado por el sujeto según su perspectiva personal en el momento actual.

4.2.2.5 Inventario de Movilidad para Agorafobia

Es un cuestionario, autoadministrable que consta de 26 ítems. Se le solicita al paciente que evalúe el grado en que evita cada una de las situaciones o lugares que se le muestran, tanto cuando está sólo como cuando está acompañado, debiendo no contestar aquellos ítems que considere no aplicables en su caso. La valoración se realiza mediante una escala de 5 puntos, pueden darse puntuaciones intermedias. Existe un ítem más en el que puede describir alguna situación adicional. Por último, se define un ataque de pánico y el paciente debe indicar el número de ellos que ha tenido en los 7 días anteriores.

Se obtienen dos puntuaciones: “de evitación en solitario” y “de evitación acompañado”, mediante el cálculo de las medias de las puntuaciones contestadas. La frecuencia de ataques de pánico es un ítem independiente que no debe computarse.

4.2.3 Técnicas basadas en el modelo constructivista realista

4.2.3.1 Tratamiento integral psicofarmacológico

El recurso farmacológico es imprescindible en la mayoría de las ocasiones, debe encuadrarse dentro de un enfoque integral y coherente. No existen reglas universales acerca de los efectos que un psicofármaco puede producir y en esto intervienen varios factores.

4.2.3.2 Tratamiento integral psicoterapia individual

La psicoterapia es la aplicación concreta en las personas de la psicología, con un objetivo de cambio en las mismas. El enfoque constructivista-realista se describe dentro del campo de la psicología cognitiva, por lo tanto está determinada en forma triádica, es decir por la misma conducta, por los factores emocionales y por los factores racionales. Es a partir de este concepto, como las posibilidades de cambio podrían iniciarse a partir

de cualquiera de estos puntos de vista, ya que la modificación de uno de ellos implicaría la modificación de los otros.

4.2.3.2.1 Técnicas de entrada cognitiva-racional

Las técnicas específicas que se utilizaron son las siguientes: técnica de re significación de la experiencia, técnicas de creatividad, técnica de reestructuración cognitiva y entrenamiento en el cambio del foco de la atención.

4.2.3.2.2 Técnicas de entrada conductual

Entre las mismas se destacan la de resolución de problemas, técnicas de exposición, técnicas de asertividad, técnicas de entrenamiento de habilidades sociales y por último tareas para el hogar.

4.2.3.2.3 Técnicas de control corporal

Una de las técnicas utilizadas es la técnica de relajación cuyo objetivo es enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación sin ayuda de recursos externos. Otra, es la técnica de respiración, la cual tendrá por objetivo enseñar un adecuado control voluntario de la respiración para posteriormente automatizar este control, de forma que su regulación se podrá mantener incluso en situaciones problemáticas.

4.2.3.2.4 Tratamiento integral grupos psicoeducativos y de autoayuda

La psicoeducación es un proceso que permite brindar a las personas la posibilidad de desarrollar y fortalecer capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo, posibilitando mayor flexibilidad y realismo en el modo de abordar la problemática y su contexto. La intención de la mismas es mejorar la calidad de vida acorde al bien común y generando nuevas estrategias psicológicas de afrontamiento.

4.3 Procedimiento

Los datos para la realización del presente trabajo se obtuvieron durante la participación en el desarrollo semanal y mensual de las actividades de la Institución y durante la aplicación de las técnicas en el trabajo académico con la paciente, a partir de la capacitación recibida.

Para el análisis funcional del caso elegido, se realizaron anotaciones durante las sesiones a fin de obtener los datos necesarios para el análisis y descripción del caso M.

Capítulo V

5. DESARROLLO

5.1 Descripción del Caso Clínico

5.1.1 Generalidades

La paciente M de 47 años, casada con 3 hijos, convive con todos ellos, es ama de casa. Refiere que tiene estudios secundarios completos. Diagnosticada con Trastorno por Pánico con Agorafobia. Se encuentra en tratamiento hace un año y medio.

5.1.2 Motivo de Consulta

Se presenta al servicio de psiquiatría del hospital , siendo atendida por el Dr B. , quien como diagnóstico inicial propuso crisis de Pánico - recaída. Fue derivada a realizar un psicodiagnóstico para luego definir el tipo de tratamiento psicológico.

En la entrevista de admisión, M no tenía problema de sociabilización, ni de cooperación al responder acerca de las preguntas y tampoco presentaba síntomas de ningún otro trastorno.

5.1.3 Datos relevantes recabados en la Entrevista

En la primera entrevista de psicodiagnóstico, la paciente refiere que la primera crisis fue hace cinco años. En ese momento consultó en otra institución, en la cual realizó tratamiento psicológico, psiquiátrico – farmacológico (Clonazepam 0.75 mg/día, en 2 tomas. 0.5 mg a la mañana y 0.25 a la tarde) y participó en Grupos psicoeducativos y de autoayuda, fue dada de alta hace dos años.

La paciente relata que sufrió un ataque de pánico en el supermercado, describiéndolo como una sensación de escalofrío y desvanecimiento.

Refiere que a partir de este episodio no pudo salir sola de su casa y dependía de todos ya que sentía temor, especialmente al salir de su casa.

Manifiesta la presencia de la misma sintomatología: *“Siento que los problemas me pasaron por encima”*. Refiere sentir *“angustia ante la dependencia hacia otros, y sobre todo la de sus hijos”*.

5.1.4 Factores desencadenantes

M relata entre los factores que desencadenaron su crisis se encuentran las peleas con su marido, problemas económicos, problema con una de sus hijas, quien fue abusada por el marido de la hermana de la paciente, preocupación por sus hijos adolescentes, y *“querer hacer cosas sola y no poder”*. Sostiene: *“Me sentí superada por todo, pero ahora quiero resurgir”*.

5.1.5 Hábitos

La paciente continuamente consumía xantinas: mate, café y chocolate en pocas cantidades. No fuma, bebe alcohol solo en ocasiones sociales.

En relación a la actividad física expuso que tenía una vida sedentaria y que no realiza ejercicios físicos.

En cuanto a las actividades recreativas, prefiere el uso de la computadora, Internet y mirar Televisión.

5.1.6 Antecedentes del Caso

En su relato la paciente comenta que a los 14 años sufrió un desmayo cuando presenciaba una misa. “Creo que desde ahí empecé a tener un poco de miedo”.

Luego, estando en la casa se desmayó y se cayó al piso. “Desde ese momento me dio mucho miedo que me pase lo mismo”.

5.2 Resultados del informe psicodiagnóstico

5.2.1 Resultados de Batería de Test

Con el objetivo de realizar el psicodiagnóstico a la paciente, se le administró la siguiente batería de test, obteniendo resultados a continuación presentados.

5.2.1.1 Inventario de Depresión de Beck

Los 13 puntos obtenidos por la paciente dan cuenta de una depresión leve

5.2.1.2 Inventario de ansiedad y rasgo

Los puntajes obtenidos en el siguiente inventario son: Ansiedad de estado (93).

Ansiedad de rasgo (92) siendo los mismos altamente significativos

5.2.1.3 Índice de Calidad de Vida.

Los resultados de la técnica son los siguientes, Media de 4,5 (regular); Percepción global de 3 (malo).

Los puntajes más bajos corresponden a Bienestar físico (4); Bienestar psicológico/ emocional (4); Cuidado Personal y funcionamiento independiente (5); Funcionamiento ocupacional (5); Funcionamiento interpersonal (4); Apoyo social-emocional (5); Plenitud personal (4); Plenitud Espiritual (5)

5.2.1.4 Inventario de Valoración y Afrontamiento

El inventario arrojó los siguientes resultados: la situación problemática escogida: “miedo a salir, la dependencia que eso implica”. Percibida como amenazante tanto como desafiante (3,2), e irrelevante (1,3). El afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción (2,7) se destaca por sobre el afrontamiento cognitivo de la situación (1,7). Prevalece un afrontamiento motor conductual de la emoción (3) sobre el afrontamiento motor de la emoción (2,7).

5.2.1.5 Inventario de Movilidad para Agorafobia

Este inventario dio por resultado lo siguiente: Nunca evita acompañada: Garage de estacionamiento, lugares elevados, manejar o andar en auto.

Evita raramente acompañada: Ascensores, lugares abiertos fuera de la casa, quedarse sola en casa.

Evita la mitad del tiempo acompañada: grandes tiendas, restaurantes, lugares abiertos adentro como grandes habitaciones, cruzar puentes.

Evita la mayor parte del tiempo acompañada: Teatros o cines, supermercados, salones de clase, museos, auditorios o estadios, lugares encerrados, colectivos, trenes, fiestas o encuentros sociales.

Evita siempre acompañada: subterráneos, aviones, barcos, permanecer de pie en una fila, estar lejos de casa.

5.2.2 Conclusiones y relación con las Técnicas Administradas

Se evidencia en la paciente un estado actual significativamente ansioso, así como también una importante base ansiosa.

La paciente menciona haber sufrido hace 5 años un ataque de pánico, pudiendo registrarse en el MI sensaciones típicamente agorafóbica. Esto también es evidenciado en el IVA, ya que su problemática escogida es “miedo a salir, la

dependencia que eso implica”. A esta situación la percibe amenazante. Prefiriendo un afrontamiento cognitivo y motor hacia la emoción. No se encuentran diferencias entre el afrontamiento pasivo y evitativo. A su vez, presenta cuadro depresivo leve según el Inventario BECK. Por último, su percepción global sobre su calidad de vida, no corresponde a la media.

5.2.3 Diagnóstico según los cinco ejes del DSM-IV

Eje I: Ataques de pánico con agorafobia

Eje II: el MCMI no fue evaluado

EJE III: Apendicitis

EJE IV: Problemas familiares

EJE V: EEAG 50

5.3 Tratamiento Psicológico

El tratamiento psicológico seleccionado está basado en una propuesta constructivista-realista, la cual es realizar un tratamiento integral para los tratamientos mentales, en este caso ataque de pánico con agorafobia. Teniendo en cuenta las particularidades de la paciente, tales como las características personales de M, sus circunstancias y los problemas que refiere.

A continuación, se desarrollarán las técnicas utilizadas en el tratamiento. Las mismas serán presentadas según fueron aplicadas en las sesiones del tratamiento psicológico.

Con el objetivo de transmitir en detalle lo acaecido en cada una de las sesiones y puntualizar qué técnicas fueron administradas a la paciente M en cada una de ellas, se optó por presentar la información recabada en los siguientes cuadros. En la misma línea, al final de dichos cuadros, se realizará una articulación teórico-práctica de lo sucedido en el tratamiento de la paciente y asimismo, se dará cuenta del alta de M.

5.3.1 Desarrollo de las sesiones

5.3.1.1 Sesiones de 1 a 4

| Sesión | Temáticas | Via de entrada – técnicas utilizadas |
|--------|---|---|
| 1 | Se plantearon objetivos de tratamiento. “Salir sola” | Psicoeducación de los mecanismos que incrementan los síntomas de ansiedad. |
| 2 | Se focaliza en las salidas: Refiere sólo salir por obligación y siempre acompañada. | Técnicas de control de la activación corporal. Práctica en sesión y como tarea para el hogar. Psicoeducación acerca de la anticipación negativa y la agorafobia. Indicación: No salir sola de su casa. |
| 3 | Refiere haber salido sola, pese a la indicación de no hacerlo. “Salí a comprar un par de cosas y como no había nadie para acompañarme fui sola, lo siento como un logro”. | Psicoeducación acerca de si los síntomas de pánico y la agorafobia se heredan o se aprenden. Refiere que el padre (quién falleció hace unos años) también evitaba salir de su casa. |
| 4 | “Pensar en salir sola me pone muy nerviosa”. Principal temor: Desmayarse. | Administración del IVA. Psicoeducación acerca de la valoración como amenaza o desafío. Salir a la calle sola tomarse como desafío. Técnicas de control de la activación corporal. Práctica en sesión. |

En las sesiones antes mencionadas, se ha utilizado como principal herramienta de intervención a la Psicoeducación, siendo la misma un medio utilizado en la terapia cognitivo-conductual, a través de la cual se instruye acerca de

los mecanismos que desencadenan y mantienen los cuadros de ansiedad. Permitiendo así que la paciente reinterprete sus síntomas físicos y psíquicos, “*pensar en salir sola me pone nerviosa*”, de manera tal que el significado atribuido originalmente a los signos y síntomas, se transformen en una interpretación no catastrófica reduciendo de esta manera la ansiedad.

En la segunda sesión la terapeuta, se comenzó trabajando con las técnicas de relajación la terapeuta invito a M a que se sentara en un sillón reclinable y acolchado y le explico que le iba a enseñar e tensar y relajar distintas partes de su cuerpo.

Le pidió que cerrara sus ojos, luego empezó a guiarla en la relajación, de las distintas partes de su cuerpo, empezando por las extremidades superiores, siguiendo con la cabeza y cuello, continuando con el tronco (hombros, pecho, espalda y estomago), y finalizando con las extremidades inferiores.

La técnica de relajación progresiva, utilizada con M ha sido desarrollada por Jacobson en 1929, y está dirigida en conseguir niveles profundos de relajación muscular. Esta técnica consiste en enseñar a la paciente a identificar el nivel de tensión muscular que experimenta en las distintas partes de su cuerpo a través de diversos ejercicios de tensión y relajación. Luego, la persona podrá poner en marcha estas habilidades, una vez que haya identificado la tensión en alguna zona de su cuerpo.

5.3.1.2 Sesiones de 5 a 10

| sesión | Temáticas | Vía de entrada – técnicas utilizadas |
|--------|-----------|--------------------------------------|
|--------|-----------|--------------------------------------|

| | | |
|---------|---|--|
| 5 | Refiere sentirse más tranquila, de una escala del 1 al 10 sentirse un 7. Comenta: “me falta impulso para salir”. | <p>Redefinición de objetivo inicial de tratamiento:</p> <p>“Salir a caminar” (muy general)</p> <p>“Caminar 2 cuadras” (más concreto) Tarea para el hogar</p> |
| 6 | <p>Refiere: “salir por propia decisión, me hizo sentir muy bien y con más seguridad”.</p> <p>Salió a caminar las 2 cuadras 4 días de la semana. Se mantiene el objetivo.</p> | Reforzamiento positivo |
| 7,8 | Comenta sentirse bien. Salió de su casa con su marido y sus 3 hijos. No sola. | <p>Reforzamiento</p> <p>Psicoeducación respecto al afrontamiento que está realizando.</p> |
| ,9 y 10 | <p>Comenta salir a caminar por propia voluntad (al supermercado NO hipermercado)</p> <p>Si bien explica haber sentido algunos síntomas, eso no le impidió salir. Discusiones con el marido (por unas propiedades), mala comunicación. Duermen en cuartos separados desde hace 2 años.</p> | <p>Refuerzo positivo por estar cumpliendo el objetivo.</p> <p>Psicoeducación sobre la normalidad de sentir algunos síntomas.</p> |

En las cinco sesiones expuestas, se siguió trabajando con la psicoeducación, pero dado que la paciente demostraba a lo largo de las sesiones graduales avances se

considera afortunado la utilización del reforzamiento positivo, “*salir por propia decisión, me hizo sentir muy bien y con más seguridad*”. Siendo el mismo un mecanismo a través del cual se presenta un evento luego de una respuesta desempeñada, incrementando y reforzando de esta manera la realización de la conducta deseada tanto para el mejor funcionamiento de la paciente como para un efecto positivo en cuanto al avance del tratamiento.

La terapeuta trabajo también en numerosas sesiones con el *reforzamiento positivo*, que consiste en dar una consecuencia ante respuestas correctas, que pueden ser tanto un refuerzo social, en este caso el que más se utilizo con M, (felicitaciones y halagos), primario o tangibles; *modelado*, que es la indicación de la respuesta correcta cuando la respuesta no ocurre o es incorrecta, y su posterior reforzamiento cuando es realizada; *moldeamiento*, el cual se basa en avanzar paso a paso, recompensando cada aproximación a la conducta deseada y no solo después de la conducta final; y *encadenamiento*, por lo cual se establece una secuencia de pequeñas partes de una actividad, como una cadena de respuestas en las que la recompensa se entrega después de la ultima respuesta de la misma (Capilla et. Al., 1989).

5.3.1.3 Sesiones de 11 a 15

| Sesión | Temáticas | Vía de entrada – técnicas utilizadas |
|--------|---|---------------------------------------|
| 11 | Del 1 al 10 sentirse un 6. Comenzó a cuidar un nene 2 veces a la semana. Cuando sale en auto con alguien no experimenta ningún síntoma. | Reforzamiento positivo |
| 12 | Consulta con Dr. | Se trabajó con anticipación negativa. |

| | | |
|---------|--|---|
| | <p>Quién le indica misma medicación.</p> <p>Frente a la invitación de la cuñada de ir al teatro NO fue.</p> | Reestructuración cognitiva. Signo de pregunta. |
| 13 y 14 | <p>Refiere sentirse muy bien pero “estoy a mil, enchufada”. Se detectan síntomas de ansiedad generalizada. No tolero la espera, tengo que tener todo bajo control.</p> <p><u>Salidas:</u> al supermercado casi todos los días (acompañada)</p> | Se indica tarea para la casa: Tomarse 1 recreo por día de 30 minutos. |
| 15 | <p>No pudo hacer los recreos “No puedo descansar porque me siento culpable”. Se administra test de TAG. <u>Salidas:</u> Casino con cuñada y sobrina.</p> | Técnicas de control de la activación corporal. Práctica en sesión. |

A lo largo de dichas sesiones, la paciente en reiteradas ocasiones manifiesta: *“me siento muy bien pero estoy a mil, enchufada”*. Ante dichos síntomas, la terapeuta considera pertinente administrar el test de TAG, y realizar una interconsulta con el psiquiatra sobre la medicación actual.

En estas sesiones se ha aplicado la técnica de reestructuración cognitiva, trabajando con la modificación del contenido de las estructuras racionales de la paciente, dada que las mismas influyen en el estado afectivo y en sus conductas. Lo que se pretende es que M pueda llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas, corrigiendo los constructos erróneos y de esta manera producir una mejoría clínica.

Méndez Carrillo, Olivares y Moreno Gil (2001), explican que las técnicas de reestructuración cognitiva se encaminan a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas del paciente. Lo que se intenta es poner de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones del paciente para sustituirlas por otras cogniciones más adecuadas.

5.3.1.4 Sesiones de 16 a 23

| Sesión | Temáticas | Vía de entrada – técnicas utilizadas Técnica prospectiva |
|-------------|--|--|
| 16,17 y 18 | <p>Comenta <i>“mi hijo se tiene que operar de las varices y tengo miedo que le pase algo, porque él tiene terror a las inyecciones”</i>.</p> <p>Preocupada por su hijo quién manifiesta algunos síntomas de ansiedad (fobia a las inyecciones) y tiene que ser operado (várices, flebólogo).</p> | Psicoeducación al respecto, se recomienda terapeuta para su hijo. |
| 19, 20 y 21 | <p>Refiere estar saliendo, en general acompañada, lo disfruta y no quiere irse del lugar (casino, supermercado). Hijo comenzó tratamiento.</p> <p>Expectación ansiosa.</p> | Tarea para el hogar Listado de actividades marcando las prioridades diferenciando lo urgente de lo importante. |

| | | |
|----|---|---|
| 22 | Se trabajó con el listado de actividades. “cuando estoy sola tengo miedo que me pase algo. Desmayarme”. | Psicoeducación Detección de Pensamientos automáticos Tarea para el hogar Listado de pensamientos negativos. |
| 23 | Se trabajó con el listado de actividades y pensamientos negativos. Sintió algunos síntomas cuando salió sola (cuando hizo 2 cuadras tuvo que volverse) | Reestructuración Cognitiva Resignificación |

A lo largo de estas ocho sesiones, se trabajó con la preocupación central que venía perturbando a la paciente: *“mi hijo se tiene que operar de las varices y tengo miedo que le pase algo, porque él tiene terror a las inyecciones”*. Ante dicha circunstancia la terapeuta utilizó la técnica prospectiva, la cual forma parte de una de las técnicas para fomentar el desarrollo de la creatividad y encontrar soluciones alternativas a una misma situación. La prospectiva permite a la paciente que imagine en tiempo presente, como si estuviera allí, un futuro ideal. Pasar de un pensamiento: *“hace una hora que se lo llevaron y quiero que ya vuelva”*, a un pensamiento alternativo positivo: *“pienso que él va a estar bien, que se va a curar y va a tener una mejor calidad de vida”*. Véase anexo I.

5.3.1.5 Sesiones de 24 a 31

| Sesión | Temáticas | Via de entrada – técnicas utilizadas |
|--------|-----------|--------------------------------------|
|--------|-----------|--------------------------------------|

| | | |
|-------------|---|---|
| 24, 25 y 26 | Se trabajó con los pensamientos automáticos negativos “No voy a poder”, “me va a pasar algo”. Poniendo signo de pregunta. | Reestructuración “¿qué es lo peor que puede pasar?” Cambio de foco de la atención |
| 27 | (diciembre de 2007): Concurre a la consulta contenta por haber venido sola en colectivo. Se plantearon Objetivos de tratamiento para 2008 | Reforzamiento Positivo |
| 28 | (Diciembre de 2007) | Reforzamiento Positivo |
| 29, 30 y 31 | Durante todo el mes de enero de 2008 continuó saliendo sola, aunque no fue al teatro (invitación que rechazó). Cuando va al supermercado sensación de desmayo. | Psicoeducación Técnicas de control de la activación corporal. Práctica en sesión y tarea para el hogar. |

En los ocho encuentros anteriormente citados, se trabajó principalmente con el entrenamiento en el cambio del foco de la atención. M es una paciente que solo presta atención a las partes amenazadoras y a los sucesos negativos, presentando habitualmente una visión parcial de la realidad y anticipando constantemente un futuro con obstáculos que no podrían ser superados; desvalorizando sus propias capacidades y dando lugar a sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima. Cuando se les presenta pruebas de que es aceptada de que gusta, generalmente son descartadas, creen que el juicio que determinada persona tiene sobre ella es equivocado, que le falta información necesaria para conocerla realmente o que ella la ha engañado.

Según Bulacio (2004) a partir de identificar estos procesos la paciente deberá cuestionarlos a nivel racional para poder realizar pequeñas pruebas conductuales que desafíen esas creencias y a partir de esas nuevas experiencias desarrollar nuevos significados sobre una base empírica y emocional diferente. Luego de haber trabajado con dicha técnica, se ha observado una notable mejoría en la paciente.

5.3.1.6 Sesiones de 32 a 39

| Sesión | Temáticas | Vía de entrada – técnicas utilizadas |
|---------|---|--|
| 32 y 33 | Si bien continúa saliendo sola, empezó con miedo a una posible recaída. Pienso mucho antes de salir. | Técnica de afrontamiento conductual, Se trabajó con ponerse metas muy cortas. Meta 1 cuadra por día. |
| 34 | Cumplió la meta de caminar sola todos los días. Fue al supermercado (chico) sola sin síntomas. | Refuerzo positivo. Respetar 1 cuadra por día. Psicoeducación P – C – E |
| 35 y 36 | Continúa con las salidas sola (2 cuadradas por día). Utilizó la desfocalización de la atención. Se indaga nuevamente actividades que actualmente hace sola: - Andar en auto (30 cuadradas a la redonda) - Caminar 3 cuadradas a la redonda - Supermercado (chico) - Ir a diferentes negocios cerca | Se refuerza positivamente Tarea para el hogar listado de los afrontamientos que realice en la semana. |

| | | |
|-------------|--|--|
| | de la casa | |
| 37, 38 y 39 | <p>Comenta estar muy bien, aunque preocupada por la futura operación de su hijo. Se habla de la preocupación.</p> <p>Se continúan con la tarea de caminar sola pero 2 cuadras.</p> | Psicoeducación: Metas cortas sostenidas, cambio a largo plazo Vs. Metas largas en corto tiempo posibilidad de recaída. |

Dada la evolución en el tratamiento se administró la técnica de tarea para el hogar, en la cual la terapeuta ha pedido a la paciente que realice un listado semanal de sus logros en función a las salidas realizadas, ya sea sola o acompañada. Con el objetivo de poder detectar los motivos y pensamientos que subyacen a esta conducta, que generalmente está apoyada a los motivos por los cuales se mantiene el comportamiento evitativo. *Véase anexo II.*

5.3.1.7 Sesiones de 40 a 50

| Sesión | Temáticas | Vía de entrada – técnicas utilizadas |
|-------------|--|--|
| 40, 41 y 42 | <p>Inquieta por la operación de su hijo , pero “lo voy a afrontar bien”</p> <p>Afrontó la operación “en ningún momento me puse mal”.</p> | Tarea para afrontar la operación del hijo |
| 43, 44 y 45 | <p>Continúa saliendo sola:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supermercado chico - 2 veces a un hipermercado - Cambiar ropa | <p>Refuerzo Positivo</p> <p>Se plantean nuevos objetivos de tratamiento.</p> |

| | | |
|---------------------|--|-------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Ir al casino - Caminar por cuadras donde nunca caminó sin sintomatología - Tolerar esperar en cola del super, y del banco. | |
| 46, 47, 48, 49 y 50 | <p>Se realizó un balance de los objetivos planteados</p> <p>Continúan con las salidas sola. “<i>Necesito avanzar más</i>”.</p> | Se trabajó con los nuevos objetivos |

M ha demostrado grandes avances en el tratamiento, la terapeuta considera que la misma ya estaría en condiciones de obtener el alta, ya que no presentaba síntomas del trastorno, logrando salir sola de su hogar y sin temor alguno, y debido a que, a la vez, se hicieron evidentes los cambios cognitivos. Se ha arribado a dicho pronóstico, a través de una de las tareas para el hogar, en la cuál la terapeuta le ha dado como consigna escribir los objetivos, siendo los mismos en su mayoría cumplidos. *Véase anexo III.*

5.4 Propuesta de estrategias terapéuticas para evitar futuras recaídas.

Debido a los avances demostrados por la paciente en las sesiones de tratamiento psicológico y psiquiátrico anteriormente descrito, dado como resultado que la paciente consiguiera dar nuevas y variadas interpretaciones relacionadas con las problemáticas que planteó durante el tratamiento, se considera conveniente comenzar a espaciar los periodos entre las sesiones progresivamente, hasta llegar a entrevistas psicoterapéuticas de una vez cada 30 días. La finalidad sería de carácter preventivo a futuras recaídas.

Asimismo, el objetivo de las técnicas, que se utilizaría en esta de seguimiento, está relacionado con que la paciente logre de modo progresivo, primero con la ayuda y guía del terapeuta y luego de forma más independiente de este, logre poder identificar, discriminar, evaluar y juzgar los pensamientos, emociones, creencias, conductas que podría llegar a ocasionarle una recaída. Logrando también que la paciente pueda anticipar las cogniciones distorsionadas que pudieran llegar a desencadenar nuevamente sus síntomas, de manera de evitarlos.

Se considera adecuado continuar en la misma línea teórica con la cual la paciente fue tratada, esto es Terapia Cognitiva, sería de importante ayuda ya que seguiría la misma modalidad de trabajo. Como vías de acción, durante la aparición de síntomas de ansiedad, la intervención tendría como objetivo lograr:

Evaluar las cogniciones, evaluar el estado de ánimo, evaluar síntomas físicos presentes, identificar y corregir las cogniciones sobre su enfermedad y la medicación.

Es necesario también educar al paciente y familiares, sobre la importancia de la medicación preventiva y sintomática.

También se pueden programar sesiones de seguimiento con la familia-paciente para probar si han surgido obstáculos y su manejo efectivo.

Identificar y practicar con M el control de estímulos y la resolución de problemas en situaciones de riesgo.

Se propone la técnica de autoregistro, el objetivo sería identificar situaciones, pensamientos, emociones y conductas que vivencia la paciente, para pueda automáticamente observar y registrar a lo largo del día cuando los síntomas se hacen presentes, bajo qué circunstancias y cuál es la frecuencia.

Lo esperado sería que M incremente su capacidad de controlar los fenómenos que le pudieran perturbar, recurriendo a la autoobservación para poder lograr una mayor distancia y una disminución del peso negativo de los síntomas.

En la misma línea, se cree conveniente complementar lo anterior con la técnica de Reestructuración Cognitiva. La misma se encuadra en la vía de entrada cognitiva preferentemente racional.

La Reestructuración Cognitiva focaliza en el cambio de creencias. En la primera fase se espera el paciente identifique las creencias y pensamientos automáticos que considera distorsionados, para que luego, pueda ser sometida a prueba indagando sobre la propia ejecución, la propia valía y la opinión de los demás. Finalmente, de manera conjunta entre terapeuta y paciente, se da espacio para el cuestionamiento sobre dichas creencias y pensamientos que resultarían perturbadores, con el objetivo de realizar una reorganización y reestructuración cognitiva.

Capítulo VI

6. CONCLUSIÓN

Los trastornos de ansiedad, según los últimos estudios estadísticos la prevalencia de los Trastornos de ansiedad es del 24.9 %.(National Comorbidity Survey, USA, 1994) esto significa que tomado el conjunto de la población encuestada, una de cada cuatro

personas se encontraba afectada en mayor o menor medida por alguno de estos trastornos. Aproximadamente uno de cada diez individuos tiene, al menos, una crisis de pánico en algún momento de su vida.

Durante la crisis, la persona que padece un trastorno de pánico siente que se va a morir, desmayar, descontrolar o enloquecer. Dado que este trastorno es realmente dramático y al no encontrarle explicación valedera a su aparición, comienza a consultar sala de guardia y emergencias, a cardiólogos o clínicos, neurólogos, gastroenterólogos, buscando una explicación.

Hay que tener en cuenta que estos casos tienen, en la actualidad, connotaciones económicas considerables en el sistema sanitario, ya que más del 70 % de los pacientes hay pasado por muchos médicos de distintas especialidades y se han practicado cantidad de estudios sin encontrar una respuesta a su malestar.

Esto nos confirma la importancia de un diagnóstico certero, diferencial, basado en criterios científicamente avalados, que le permitan al paciente, posteriormente, recibir una pronta solución, mediante el tratamiento más eficaz.

En la mayoría de los casos puede lograrse la recuperación de este trastorno integrando diferentes actividades terapéuticas que apuntan a la investigación, y un tratamiento eliminación de la sintomatología, siendo éstos los ejes fundamentales del trabajo clínico.

Un tratamiento adecuado para el Trastorno de Pánico puede prevenir ataques posteriores o hacer éstos menos severos y frecuentes, lo que trae consigo un gran alivio a un alto porcentaje de personas que padecen este trastorno.

La terapia cognitiva ha demostrado ser efectiva, para los pacientes que padecen trastornos de ansiedad es una herramienta eficaz, para intuir al paciente, pareja y familiares en dicho trastorno, ayudarlos a enfrentar la enfermedad y la necesidad de medicación.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los trastornos de ansiedad son graves como para dañar la propia situación laboral o el funcionamiento social o las relaciones con los demás, es por eso que en numerosas ocasiones es necesario la hospitalización para impedir danos a uno mismo o los demás.

A partir de la descripción del caso de una paciente que padece trastorno de pánico con agorafobia del presente trabajo, se puede concluir que el equipo interdisciplinario que construyó y llevo a cabo el tratamiento psicológico-psiquiátrico logró obtener los resultados deseados, a saber, la neutralización de los síntomas y estabilización de la paciente. Con lo cual la misma fue dada del alta luego de un período de dos años de tratamiento.

Se puede inferir de lo anterior que M fue asistida en el hospital, no solo en curación de sus síntomas ansiógenos, sino también, finalizó el tratamiento llevando consigo conocimientos en relación al tipo de trastorno que padece y sus particulares, herramientas y técnicas que podrían ayudarla a mantener su nivel de ansiedad acorde con lo normal en mujeres de sus mismas características.

Uno de los objetivos de la propuesta de estrategias terapéuticas para evitar futuras recaídas de la paciente que se realizó previamente está enfocado en afianzar un círculo virtuoso. Esto es, que M logre discriminar pensamientos distorsionados de los positivos, reconocerlos como tales y descartarlos, pudiendo generar pensamiento alternativos. Lo cual la llevaría no desencadenar los síntomas propios del trastorno que padece y consecuentemente mejoraría su calidad de vida y sus relaciones interpersonales, descritas por la paciente en las sesiones como uno de los motivos de manifestación de su padecimiento, manteniéndose, así, con una adecuada salud mental.

Personalmente, el caso seguido en este TFI resultó muy satisfactorio ya que se logró una aproximación a la realidad laboral a la que se aspira como futura profesional de la salud mental, ya que se pudo vivenciar la evolución de M así como también apreciar la importancia de una buena supervisión y del trabajo interdisciplinario.

La experiencia realizada en el Hospital resultó muy enriquecedora a los efectos de formación profesional, debido a que se pudo observar un buen desenvolvimiento de los profesionales, tanto en la atención a los pacientes, como durante los espacios de

supervisión institucional, en los que se podía participar. Asimismo, en estos espacios, también se brindaron a los residentes conocimientos desde el marco teórico cognitivo desde un enfoque moderno humanista e integral para comprender los objetivos y el *modus operandi* de cada sesión.

Dadas las condiciones socio-culturales contemporáneas, la psicología cognitiva moderna, brinda herramientas para el afrontamiento y la psicoeducación de las patologías actuales, constituyese una alternativa inestimable para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

A nivel general sería de gran importancia , promover el estudio de los Trastornos de Ansiedad junto con el intercambio científico sobre el tema, facilitar la difusión de información para el conociendo de estos trastornos en la población general y resaltar la importancia de la formación profesional de la Salud Mental, Médicos Clínicos de Asistencia Primaria y otras especialidades, considerando que todos ellos tienen contacto cotidiano con personas que padecen la sintomatología propia de estos trastornos.

Capítulo VII

7. BIBLIOGRAFIA

Bandura, A. (1990). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza.

Baron, R. (1997) *Fundamentos de Psicología*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.

Beck, A. T (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. Madison, CT: International University Press.

Beck, A. T; Emery, G & Greenberg, R. L (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.

Beck, J. S (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundizaciones*. Barcelona: Gedisa.

Belloch, A; Sandín, B & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw Hill. Volumen II.

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

Cano Vindel, A. & Arcas Guijarro, S. (1999). *Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información*. Recuperado el 27 de agosto de 2007 de http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/art_6.htm

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

Cía, A. H. (2004). *Trastornos de ansiedad social*. Buenos Aires: Polemos

Capilla, M., Gallardo C., Martos J., Osorio I., Puras S. / Valdemoro L. (1989) *Análisis conductual aplicado: alteraciones de conducta*. Madrid: Centro Nacional de Recursos (CNREE), Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Madrid: SXXI de España Editores S.A.

Castañeda, F. P (1998). *Modelos de psicoterapia conductual y cognitiva frente a la conducta desadaptada*. Recuperado el 23 de agosto de 2007, de http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/psicologia/1998_n1/modelos_psicoterapia.htm

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

Cía, A. H. (2004). *Trastornos de ansiedad social*. Buenos Aires: Polemos.

King, N. J., Hamilton D. I. & Ollendick, T. H. (1988). *Children's phobias: A behavioral perspective*. New York: Wiley.

Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP). (1988) *Los afectos en la práctica clínica*. Santiago de Chile: R. Opazo.

CECIDEP. (1992) *Integración en psicoterapia*. Santiago de Chile: R. Opazo

Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE, Gracely EJ y Williams C. The Mobility Inventory for Agoraphobia. Behavior Research and Therapy 1985; 23: 35-44.

Ellis, A. (1980) *Fundamentos del aprendizaje y procesos cognitivos del hombre*. México: Trillas.

Engler, B. (1995) *Introducción a las teorías de la personalidad*. México: McGraw-Hill.

European Study of pidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). Recuperado el 8 de octubre de 2007, de <http://www.imin.es/press/docs/2004/ESEMED20Key%20message%20Europe1.pc>

Falcoff, A. (2006). *Trastornos de ansiedad: distintas teorías, distintos tratamientos*. Recuperado el 3 de septiembre de 2007, de <http://www.buenosaires.gov.ar/blog/salud/2006/09/05/trastorno-de-ansiedad-distintas-teorias-distintos-tratamientos>

Fernández Abascal, E; Martín Díaz, M. & Domínguez Sánchez, J. (2001). *Procesos Psicológicos*. Madrid: Pirámide

Feixas, G y Miro, M.T. (1993) *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

García Higuera, J. A. (2004). *La ansiedad es una emoción*. Recuperado el 20 de agosto de 2007 de

http://www.psicoterapeutas.com/trastornos/ansiedad/ansiedad_emocion.htm

Guidano, V. F. (1991) *The self in process*. New York: Guilford Press.

Kaplan, H.I & Sadock, B. J. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría*. España: Panamericana.

Lazarus, A. & Folkman, S. (1985). *Estrés y Procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Leibovich de Figueroa, N. B. (1991). “Ansiedad: Algunas concepciones teóricas y su evaluación”. En: Aszkenazi y M; Casullo, M. *Teoría y técnicas en evaluación psicológica*. Buenos Aires: Psicoteca

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

Vallejo Mejía, M. I. (2006). *La intervención clínica*. Recuperado el 3 de septiembre de 2007, de <http://manesweb.8k.com/41html>

Weinberg, R. S. & Gould, D. (1995). *Foundations of sport and exercise Psychology*. Champeign, Il: Human Kinetics.

Capítulo VIII.

8. ANEXOS

