

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Caso J: “Descripción de un caso de Trastorno de Pánico con Agorafobia, desde el modelo de tratamiento de base cognitivo-conductual .”

Autor: Adriana Tonina Senès.

Tutor: Ramos Mejía, Gabriela.

INDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÒN..... | 3 |
| 2. OBJETIVOS..... | 4 |
| 2.1. Objetivo general..... | 4 |
| 2.2. Objetivos específicos..... | 4 |
| 3.1. Antecedentes históricos de la Ansiedad y el Pánico..... | 5 |
| 3.2. Ansiedad..... | 6 |
| 3.2.1 Ansiedad normal y Ansiedad patológica..... | 7 |
| 3.3. Definición de Trastorno de Ansiedad..... | 8 |
| 3.3.1 Clasificación de los Trastornos de Ansiedad según el DSM IV..... | 10 |
| 3.3.2 Definición del Trastorno de Pánico con Agorafobia..... | 10 |
| 3.4. Teorías Conductuales y Cognitivas sobre los trastornos de ansiedad..... | 13 |
| 3.4.1 Modelo Conductual..... | 13 |
| 3.4.2 Modelo Cognitivo..... | 15 |
| 3.5. Tratamiento Psicofarmacológico para los Trastornos de Ansiedad..... | 18 |
| 3.6. La psicoterapia como tratamiento psicológico de los Trastornos de Ansiedad..... | 20 |
| 3.6.1 Técnicas cognitivas - conductuales..... | 21 |
| 3.6.2 Tratamiento integral propuesto por la institución elegida..... | 25 |
| 4. METODOLOGÌA..... | 27 |
| 4.1. Tipo de estudio..... | 27 |
| 4.2. Participante..... | 27 |
| 4.3. Instrumento y Procedimiento..... | 28 |
| 5.1 Características específicas de la paciente afectada por Trastorno de Pánico con Agorafobia..... | 31 |
| 5.2 Actividades de exposición como intervención en la rehabilitación y mejora de calidad de vida de la paciente con Trastorno de Pánico con Agorafobia..... | 38 |
| 5.3 Evolución de la paciente a lo largo del tratamiento y de las actividades de exposición..... | 44 |

| | |
|---|----|
| 5.4 Estrategias de Intervención Alternativas para optimizar la calidad de vida de la paciente y producir mejoras en la evolución del tratamiento psicológico..... | 44 |
| 8. ANEXOS..... | 54 |
| 8.1 Técnica conductual: Tarea para el hogar..... | 54 |
| 8.2 Objetivos primavera- verano..... | 55 |

INTRODUCCIÒN.

El presente trabajo de integración final, tiene como objetivo la descripción y análisis de un tratamiento basado en las técnicas de exposición, el mismo fue llevado a cabo en una paciente que asistió a una fundación especializada en fobias.

Esta institución está dedicada a la orientación, investigación y ayuda de personas que sufren trastornos de ansiedad. Dichas actividades están dirigidas por profesionales de la salud mental: médicos, psicólogos, acompañantes terapéuticos, además la institución cuenta con la colaboración de pacientes recuperados.

La labor es interdisciplinaria, una vez a la semana se procede a una reunión del cuerpo profesional donde se aborda la evolución de los pacientes, sus pronósticos y las futuras intervenciones a seguir. Así mismo, existe un grupo de colaboradores, que se dedica a planificar actividades de intervención, apuntando al cambio conductual en los pacientes.

El análisis y la descripción del caso se centraron en una paciente de veinticinco años de edad, diagnosticada con un Trastorno de Pánico con Agorafobia, el cual forma parte de los trastornos de ansiedad. Dicho caso fue seleccionado dada la posibilidad de acceso a su historia clínica.

El trabajo de integración final tuvo un cumplimiento, en calidad de residencia, de 320 horas. La misma, formó parte de la materia de Práctica y Habilitación profesional correspondiente a la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. Las actividades llevadas a cabo en la institución, han tenido una orientación paradigmática Cognitiva Conductual y, el desarrollo del presente caso, se abordó desde el mismo enfoque.

2. OBJETIVOS.

2.1. Objetivo general.

Describir el tratamiento basado en las técnicas de exposición de una paciente diagnosticada con Trastorno de Pánico con Agorafobia, desde un modelo de tratamiento de base cognitivo-conductual .

2.2. Objetivos específicos.

1. Describir las características específicas de la paciente afectada por Trastorno de Pánico con Agorafobia.
2. Describir a las actividades de exposición como intervención en la rehabilitación y mejora de calidad de vida de la paciente con Trastorno de Pánico con Agorafobia.
3. Describir y analizar la evolución de la paciente a lo largo del tratamiento y de las actividades de exposición.
4. Proponer estrategias de Intervención Alternativas con el propósito de optimizar la calidad de vida de la paciente y producir mejoras en la evolución del tratamiento psicológico.

3. MARCO TEÒRICO.

3.1. Antecedentes històricos de la Ansiedad y el Pànico.

En el transcurso de los ùltimos cien a±os una variedad de nombres han intentado conceptualizar a la ansiedad en sus variadas manifestaciones y característicasy es as± como los primeros investigadores clínicos centraron su atenci3n en los aspectos somáticos de la ansiedad patol3gica (Cia, 2007).

Cia (2007), manifiesta que en 1871 Mendes Da Costa describi3 el s±ndrome del “coraz3n irritable” en soldados internados con dolor toráxico intenso y palpitaciones sin lesi3n estructural identificables, dando cuenta que la alteraci3n podría deberse a una disfunci3n del sistema nervioso simpático, produciendo s±ntomas como palpitaciones, taquicardia y mareos ante esfuerzos m±nimos.

Durante la Primera Guerra Mundial las manifestaciones cardíacas de la ansiedad nuevamente fueron objeto de estudios de los investigadores clínicos, y se empez3 a considerar la relaci3n entre los antecedentes de problemas neur3ticos y la presentaci3n del cuadro en los pacientes (Cia, 2007).

En 1895 mediante la influencia de Sigmund Freud comienza a desarrollarse el concepto de neurosis y de psicopatología de la ansiedad, estableciendo a esta ùltima como componente central de las neurosis. El acercamiento de Freud hacia la ansiedad, comenz3 por la distinción entre angustia real y angustia neur3tica. 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. La ansiedad fue entendida por Freud como una se±al de peligro, un peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo (Belloch, Sandin & Ramos, 1995).

En cuanto al Trastorno de Pànico Cia (2006), explica que es una categoría diagn3stica relativamente nueva ya que fue descripta como tal en 1980 por el DSMIII. Dicha categorizaci3n signific3 un cambio en la conceptualizaci3n específicay en la operatividad de criterios y en el diagn3stico de los trastornos basados en la ansiedad.

Se suprime as± el término neurosis como elemento central y se dirige la atenci3n sobre las conductas observables.

Más adelante el DSM III- R clasific3 al Trastorno de Pànico con y sin Agorafobia, y dio criterios diferenciales para el diagn3stico de la Agorafobia propiamente dicha.

Bulacio (2004), explica que los principales cambios del DSM III-R al DSM IV se refieren a la especificaci3n de criterios y a la inclusi3n de nuevas categorías, no suponiendo un cambio estructural significativo y conservando la primacía del pànico sobre la agorafobia.

3.2. Ansiedad.

La ansiedad es un fenómeno netamente humano y conforma la más comùn de las emociones básicas. La misma permite al ser humano percibir y anticipar ciertas situaciones como

amenazantes o peligrosas, movilizando al individuo hacia la lucha o huida, de forma que haga lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo o afrontarlo adecuadamente (Bulacio, 2004).

Así también Bulacio (2004), explica que dichas emociones básicas se complejizan como consecuencia de los múltiples significados que se les pueden dar a las experiencias vividas y anticipadas en relación consigo mismo, con los demás y con el mundo que rodea al individuo.

Siguiendo lo expuesto Baron (1997), manifiesta que la ansiedad bajo condiciones normales mejora el rendimiento y la adaptación del ser humano a su medio social, laboral o académico.

Belloch et al. (1995), definen a la ansiedad como una combinación difusa de emociones (estructura cognitivo-afectivo) orientadas hacia el futuro y principalmente de naturaleza cognitiva. Es un concepto muy utilizado en psicología y esta asociado a términos como el miedo, la fobia, la angustia y el estrés.

En términos fenomenológicos Spielberger, Pollans y Worden (1984), se refieren al estado de ansiedad como una reacción emocional displacentera caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión, nerviosismo o preocupación, y por la activación del sistema nervioso autónomo.

Ante lo expuesto Gómez y Marzucco (2009), explican que los pensamientos y cogniciones actúan como variables reguladoras en la aparición y mantenimiento de la respuesta de ansiedad. Los individuos tienden a percibir la situación real como amenazante, asumiendo como peligrosas aquellas situaciones que sólo debieran ser desafiantes. Es así como la percepción del peligro y de los recursos de afrontamiento que cree poseer el individuo, se estimulan recíprocamente.

Pese a lo expuesto, la mayoría de los casos no se relacionan con la capacidad real de la persona, sino más bien con la percepción que el individuo tiene de sus propias capacidades (Gómez & Marzucco, 2009).

Según Lazarus y Folkman (1985), dicha percepción o evaluación hace que el individuo se prepare para actuar de determinada manera, y es esa preparación la que genera la emoción. Cuando la situación es valorada por la persona como amenazante y que excede sus propios recursos aparece el estrés, y es la ansiedad una de las diversas formas de responder al mismo. Entonces se afirmaría que la ansiedad es una emoción básica y el estrés es un proceso adaptativo que genera emociones.

3.2.1 Ansiedad normal y Ansiedad patológica.

Cia (2006) explica, que ante diversas situaciones la respuesta emocional de ansiedad esta acompañada de un estado de malestar psicofísico, el cual se caracteriza por una sensación de inquietud e intranquilidad.

Sin embargo, si dicha respuesta de ansiedad es muy severa y aguda, podría llegar a paralizar al individuo convirtiéndose en pánico. Por lo tanto, se establece una diferencia entre la ansiedad normal y ansiedad patológica, teniendo ésta última, como característica principal la valoración distorsionada de la amenaza real, es decir, una respuesta exagerada no necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto

externo, pudiendo llegar a resultar incapacitante al punto de condicionar la conducta del individuo (Cia, 2006).

Siguiendo lo anteriormente expuesto, Carrión y Bustamante (2008) manifiestan que los responsables en la elaboración de los pensamientos negativos no son los eventos por sí mismos, sino la mala interpretación que de ellos se hace. Entonces en la ansiedad la interpretación gira en torno de la percepción de peligros físicos o psicosociales.

La ansiedad puede ser cuantificada, en niveles o grados que determinan su efecto positivo o negativo en el individuo, y tiene una importante influencia en las conductas de adaptación frente al estrés que experimenta el ser humano; es decir un nivel aceptable de ansiedad mejora el rendimiento personal, pero cuando se supera cierto nivel máximo, la ansiedad deja de ser funcional para convertirse en patológica o clínica, en donde el individuo empieza a experimentar una sensación de malestar y anticipar un peligro irreal, cuyas emociones manifiestas tienen mayor frecuencia, duración e intensidad que en la ansiedad normal (Carrión & Bustamante, 2008).

3.3. Definición de Trastorno de Ansiedad.

Carrión y Bustamante (2008) sostienen que el Trastorno de Ansiedad conforma uno de los grupos más amplios entre los desordenes psiquiátricos.

Actualmente referirse a los trastornos que afectan el campo mental o psíquico del ser humano, quien sufre oscilaciones en su estado de ánimo o en su humor, significa hablar de un gran conjunto de dolencias llamadas Trastornos del estado de ánimo (Carrión & Bustamante, 2008).

Los mismos se dividen en dos grandes grupos:

A. Los Trastornos Depresivos o Depresiones: en el presente trabajo de integración final, sólo se abordarán con el objetivo de esclarecer la relación que éste grupo de dolencias tiene con los trastornos de ansiedad; siendo que la ansiedad patológica termina indefectiblemente asociándose a la angustia o a la depresión.

En la Argentina más del 50 % de los pacientes que padecen Trastornos de Ansiedad, se deprimen secundariamente.

B. Los Trastornos de Ansiedad o por Ansiedad.

Carrión y Bustamante (2008), explican que toda clasificación es provisoria, dado que el avance científico lleva constantemente a replantearse la vinculación entre las diferentes dolencias o enfermedades.

Belloch et al. definen al Trastorno de Ansiedad como un estado de ansiedad irracional y continuo, que puede agudizarse y transformarse en pánico, teniendo efectos secundarios sobre otras funciones mentales, como ser la concentración, la atención, la capacidad de raciocinio y la memoria.

Como la respuesta de ansiedad es un síntoma, la misma puede formar parte de numerosos cuadros clínicos, o bien, ser el núcleo de los Trastornos de Ansiedad (Bulacio, 2004).

Cia (2007), refieren que los Trastornos de Ansiedad se manifiestan a través de cambios en la esfera cognitiva (pensamientos persistentes y sensaciones de fallar o de vergüenza), en el estado fisiológico (palpitaciones, sudoración, contracturas musculares, náuseas y diarrea), en la esfera comportamental (comerse las uñas, morderse los labios, inquietud motora), y por último en la esfera emocional (angustia, miedos, aprensión e irritabilidad).

Es importante destacar que las diversas manifestaciones de la ansiedad afectan a la funcionalidad de varios sistemas, como ser el cardiovascular, el respiratorio y el digestivo (Cia, 2007).

De esta manera, Cia (2006) explica que los Trastornos de Ansiedad son producto de la combinación de varios factores, entre los cuales se encuentran: la herencia biológica (genética), una serie de experiencias (aprendizaje) y por último los factores desencadenantes.

3.3.1 Clasificación de los Trastornos de Ansiedad según el DSM IV.

La American Psychiatric Association (2005), denomina Trastornos de Ansiedad a un grupo conformado por otros trastornos, entre los cuales se encuentran: 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 (especificar si: con Ansiedad Generalizada, con crisis de Pánico o con síntomas Obsesivos-Compulsivos), Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias (especificar si: con Ansiedad Generalizada, con crisis de Pánico, con síntomas Obsesivos-Compulsivos o con síntomas fóbicos; si su inicio se efectuó durante la intoxicación o de inicio durante la abstinencia), y trastorno de ansiedad no especificado.

Consecuentemente, la crisis de Angustia (pánico) y la Agorafobia, pueden aparecer en el contexto de los trastornos de ansiedad antes mencionados.

3.3.2 Definición del Trastorno de Pánico con Agorafobia.

El ataque de Pánico se caracteriza por la aparición aislada y temporal de un miedo intenso, el cual se ve acompañado por cuatro o más de sus síntomas, alcanzando su máxima expresión durante los diez primeros minutos (DSM IV, 2005). Según la American Psychiatric Association (2005), los criterios diagnósticos que deben cumplirse para el Trastorno de Pánico con Agorafobia son los siguientes:

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 atragantamiento.
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 hormigueo).
13. Escalofríos o sofocaciones.

Los criterios para el diagnóstico de agorafobia son los siguientes:

a. Aparición de ansiedad en lugares o situaciones en donde escapar podría resultar embarazoso, o en el caso de que emerja una crisis de angustia y sea imposible encontrar 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, viajar en autobús, tren o automóvil.

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.

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).

Cià (2006), describe diferentes conductas u objetos utilizados como reaseguros en la persona que padece agorafobia, y entre las cuales se encuentran:

- Buscar un acompañante considerado seguro.
- En caso de salir, llevar: medicamentos, bebidas, números telefónicos y direcciones de servicios médicos de emergencia.
- Ropas especiales, objetos, mascotas.
- En cada lugar ubicar la salida y los baños.
- Sentarse cerca de la salida.
- Tener un itinerario seguro o de confianza, que no lo puede modificar.

Actualmente, el Trastorno de Pánico constituye un problema universal y se encuentra en todas las culturas. Según diferentes estudios epidemiológicos la prevalencia de por vida del Trastorno de Pánico, con y sin Agorafobia, en la población general oscila entre el 2 y el 5 %. Entonces se podría

decir que 1 de cada 30 personas padece la enfermedad, con lo que habría un millón de afectados en la Argentina (Cia, 2006).

Según Bulacio (2004), el Trastorno de Pánico con Agorafobia es el cuadro que produce mayor malestar, desajuste e incapacitación entre todos los Trastornos de Ansiedad pues sus manifestaciones sintomatológicas son básicamente de índole somática.

Por otro lado Cia (2006), explica que la Agorafobia se puede clasificar según su grado de severidad, en:

- Leve: El sujeto evita alguna situación que le produce malestar, pudiendo llevar una vida relativamente normal.
- Moderada: La evitación es causal de un tipo de vida bastante restringida.
- Grave: La evitación obliga al individuo a estar casi por completo dentro de su casa siendo incapaz de quedarse solo en su hogar o salir, si no es acompañado.
- En remisión parcial o reciente: No existe evitación agorafóbica actual, aunque la hubo durante los últimos seis meses.
- En remisión total: No hay evitación agorafóbica actual, ni la hubo en los últimos seis meses.

3.4. Teorías Conductuales y Cognitivas sobre los trastornos de ansiedad.

3.4.1 Modelo Conductual.

La ansiedad, desde el paradigma del Modelo Conductual, es pensada como una respuesta emocional condicionada, y vinculada a un estímulo o situación (Cia, 2007).

Belloch et al. sostienen que dicho modelo enfatiza específicamente el desarrollo de los Trastornos de Ansiedad fóbicos, considerando 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.

Ahora bien, siguiendo a las teorías conductistas, encontramos en un primer lugar al:

- Condicionamiento clásico: Modelo de Watson y Rayner: dicho trabajo es considerado como el primer modelo conductual sobre la génesis de las fobias específicas. Esta teoría experimental de las fobias tiene como base al Condicionamiento Clásico de Pavlov, y consiste en la idea de que un estímulo neutro (principio de equipotencialidad) se convierte en un estímulo condicionado de miedo, y evoca en el individuo respuestas condicionadas de temor, por esta razón, este modelo entiende a la ansiedad como una respuesta emocional condicionada, en donde un estímulo neutro se convierte en un estímulo condicionado de ansiedad, cuya propiedad para elicitar ansiedad puede generalizarse a otros estímulos (Sandin, 1995).

Sandin (1995), plantea que dicha teoría presenta importantes debilidades. La primera crítica consiste en que no cualquier estímulo puede ser asociado (condicionado) a respuestas de

ansiedad, entonces, el “principio de equipotencialidad” no puede explicar la propiedad selectiva y no arbitraria que parecen presentar las fobias.

La segunda crítica pone en duda el carácter traumático de la situación de condicionamiento, dado que no es necesaria la presencia de eventos aversivos en la vida del individuo, ni todas las experiencias traumáticas llevan a condicionar una respuesta de miedo (Rachman, 1977).

Por último, el Modelo de Condicionamiento Clásico no explica la no-extinción de la respuesta condicionada de miedo en ausencia del reforzamiento. Es decir, no solo que las respuestas fóbicas no se extinguen cuando no son reforzadas, sino que pueden incluso incrementarse (Sandin, 1995).

· Condicionamiento clásico y operante: Modelo Bifactorial Mediacional: considerado como el segundo gran modelo de condicionamiento de la ansiedad, el mismo explica como se desarrolla el componente emocional del miedo en términos del condicionamiento pavloviano, y el componente de evitación del miedo según el condicionamiento instrumental (principio de reforzamiento negativo). Describe dos fases básicas: en una fase inicial (condicionamiento clásico) se establece una respuesta condicionada de miedo, y esta respuesta adquiere la propiedad de impulso (drive) secundario con capacidad para mediar y motivar el inicio de una conducta instrumental de escape o evitación. En una segunda fase el individuo aprende a escapar de la exposición al estímulo condicionado, el cual le avisa sobre la proximidad de un evento aversivo para el mismo (Sandin, 1995).

Con el propósito de complementar las diferentes teorías del paradigma conductual, surge la teoría de Bandura (1990), quien describe la existencia de 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, lo cual da cuenta de la existencia de determinantes cognitivos que operan entre el ambiente y la conducta.

3.4.2 Modelo Cognitivo.

Rachman (1991), explica que el paradigma del Modelo Cognitivo no sustituye al paradigma tradicional o conductual, sino que supone importantes mejoras y refinamientos, basados en sus comienzos, en el marco teórico del neocondicionamiento.

El neocondicionamiento se basa en la idea de que los estímulos son unidades de información representadas cognitivamente (Rachman, 1991).

Por otro lado Bandura (1977), en su “teoría de la autoeficacia”, sugiere que la ansiedad se asocia específicamente con las expectativas de autoeficacia, es decir, con la percepción que el individuo tiene sobre su propia capacidad para obtener determinados resultados.

No obstante, Bandura (1977), reconoce que dicha teoría de autoeficacia no pretende explicar la adquisición de la ansiedad, sino que la misma ha de ser útil para fundamentar el mantenimiento de la ansiedad.

Sandin (1995), sostiene que el paradigma cognitivo pone énfasis en el procesamiento de la información de cada individuo. El constructo central de la teoría cognitiva de la ansiedad, es el concepto de esquema o estructura cognitiva.

En 1932, Barlett define a un esquema como un cuerpo conformado por conocimientos acumulados en la memoria a largo plazo, el cual influye sobre los procesos de memoria, de atención y de comprensión.

Estos esquemas, guían los procesos de evaluación, codificación, organización, acumulación y recuperación de la información (Beck & Emery, 1985). Son estructuras cognitivas que integran y asignan significados a acontecimientos mediante el rastreo, codificación y evaluación del estímulo captado (Beck, Freeman & Davis, 2010).

Según Cía (2007), en pacientes ansiosos los esquemas desadaptativos comprenden a las amenazas percibidas, físicas o psicológicas como un sentido exagerado de peligro que les resulta dominante. Los esquemas desadaptativos distorsionan sistemáticamente los procesos de percepción, acumulación y recuperación de la información, seleccionando únicamente los pensamientos e imágenes vinculados a la ansiedad.

Es así como Cía (2007), expone que el Modelo Cognitivo reconoce tres niveles de distorsiones cognitivas:

1. Los esquemas individuales, desde donde se originan los conceptos globales que el individuo utiliza para designar la realidad y suele deformar toda recepción de información. Dichos esquemas se forman durante la infancia, influyendo selectivamente sobre el proceso de la información y se nutren con el desarrollo de preconceptos.
2. Las creencias desadaptadas, son el conjunto de normas que el individuo utiliza para guiar o evaluar tanto su propio comportamiento como el ajeno.
3. Los pensamientos automáticos, son las imágenes o pensamientos que surgen de modo espontáneo en el individuo y están asociados a afectos negativos, resultan creíbles y habitualmente no son sometidos a críticas. Estos pensamientos automáticos conforman la más accesible e inmediata de las distorsiones cognitivas.

Beck y Emery (1985), afirman que los pacientes ansiosos utilizan la mayor parte de su capacidad cognitiva para percibir los estímulos amenazantes, y es por esa razón que la capacidad cognitiva disponible para atender a otras demandas cotidianas se restringe severamente.

Cuando la amenaza es percibida los esquemas cognitivos relevantes se activan significando y evaluando al suceso, mediante un ajuste que permite articular los esquemas apropiados previos a una amenaza específica, entonces, la interpretación final resulta de la interacción entre el evento y estos esquemas. Esa activación pondría en marcha (a nivel cognitivo) distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a las expectativas, a las imágenes amenazantes y a la incapacidad percibida de afrontamiento, lo cual a su vez produce (a nivel conductual) la activación-arousal emocional (Beck y Emery, 1985).

Los esquemas cognitivos que subyacen a dichas distorsiones suelen ser de carácter idiosincrático, aunque son frecuentes los contenidos temáticos referentes a amenazas sobre las relaciones sociales, identidad personal, ejecución-rendimiento, autonomía y salud (COP, s.f).

Así también, Lazarus (1966) manifiesta la importancia de los factores cognitivos, y propone una serie de evaluaciones cognitivas (primaria y secundaria) que mediarían entre las respuestas y los eventos del entorno. Lazarus (1984), explica que la actividad cognitiva es una precondition de lo emocional, es por eso, que reconoce a los pensamientos como causa de la ansiedad. En la evaluación primaria el individuo evalúa por un lado, el peligro de la situación y por otro los recursos disponibles y necesarios con los que cuenta para hacer frente a la misma. Las posibles salidas de una evaluación primaria son: la aceptación de la situación, la decisión de actuar y la necesidad de más información.

En la evaluación secundaria el individuo hace una valoración de los recursos disponibles tanto personales como del entorno para poder afrontar la situación. Dicha valoración comprende a la acción, a el intento de cambio o a la huida, como también al afrontamiento emocional y la manera de actuar ante los afectos generados por la situación, incluyendo tácticas como la distorsión, la negación o la búsqueda de apoyo emocional de otra persona (Lazarus, 1984).

De esta manera Cía (2007), coincide con otros terapeutas cognitivos en que los pacientes que padecen de trastorno de ansiedad presentan pensamientos negativos y autoderrotistas acerca de si mismos y de la situación.

La ansiedad se relaciona con los eventos que la estimulan o provocan, incluyendo exclusivamente a los eventos cognitivos, dado que, una de las funciones principales del sistema cognitivo es la de pensar, anticipar y/o planificar el futuro (Cía, 2007).

Con el propósito de comprender el origen y brindar herramientas de afrontamiento para superar este tipo de trastornos, Carrión y Bustamante (2008), explican que el logro de la eficacia de un tratamiento, se debe a la combinación de terapias farmacológicas y terapias cognitivo conductuales.

3.5. Tratamiento Psicofarmacológico para los Trastornos de Ansiedad.

Según Cía (2006), el tratamiento psicofarmacológico es una pieza fundamental en la terapia de los Trastornos de Ansiedad, exceptuando el tratamiento de las fobias específicas.

Actualmente los fármacos utilizados son muy específicos y potentes, y sus efectos adversos son mucho menores que años anteriores, así también el espectro de medicamentos para tratar la ansiedad es amplio.

Para una correcta elección del fármaco se deben tener en cuenta las características personales, los antecedentes y los síntomas clínicos principales en el paciente, ya que la efectividad de la medicación varía en cada individuo según su constitución genética.

Si bien en las crisis de pánico se da una coincidencia entre los síntomas fisiológicos y los pensamientos catastróficos generados por los mismos, el uso de la medicación apropiada es la manera más operativa de controlar y bloquear las crisis.

Ahora bien, siguiendo a Cía (2006), los beneficios que aporta una medicación específica en los Trastornos de Ansiedad y Pánico son los siguientes:

- Elimina y reduce una parte de los síntomas provocados por estos trastornos.
- Ayuda al individuo a recuperar el control de sus vidas.
- Previene complicaciones como la depresión y mejora en el paciente sus relaciones interpersonales.
- Contribuye al avance de la terapia psicológica.
- Reduce la posibilidad de recaídas.

Los objetivos del uso de psicofármacos en el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad, son los siguientes:

- Bloquear la crisis de pánico.
- Disminuir la ansiedad anticipatoria y la evitación fóbica.
- Tratar las enfermedades comórbidas.
- Lograr la remisión y tratar los síntomas residuales.
- Recuperar la autoestima y la autoconfianza del paciente.

Carrión y Bustamante (2008), indican tres etapas que se han de cumplir dentro de todo tratamiento psicofarmacológico:

1. Período agudo o de ataque: en el se realizan ajustes periódicos de la medicación con el objetivo de llegar a los niveles terapéuticos necesarios.
2. Período de mantenimiento: una vez al mes se realizan controles efectuando arreglos en función de las variantes clínicas que en el individuo se vayan experimentando.
3. Período de discontinuación o supresión de la medicación: la misma es disminuida de modo programado y de manera gradual.

Cía (2006), explica que en esta etapa es necesario reafirmar lo aprendido con la terapia cognitiva-conductual, para esta manera poder impedir las posibles futuras recaídas.

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 (Bulacio, 2004).

Cía (2006), refiere que estos últimos tienen un amplio espectro de acción, ya que actúan sobre la mayor parte de los Trastornos de Ansiedad y sobre los síntomas ansiosos.

3.6. La psicoterapia como tratamiento psicológico de los Trastornos de Ansiedad.

Carrión y Bustamante (2008), indican que la psicoterapia en cualquiera de sus diferentes enfoques o expresiones, es una pieza fundamental de todo tratamiento científico para la curación de los Trastornos de Ansiedad.

La terapia cognitiva- comportamental se orienta hacia el cambio en los pensamientos y comportamientos del paciente frente a sus síntomas, exponiéndolo a situaciones provocadoras de ansiedad, con el fin de que el individuo pueda afrontar y cambiar las asociaciones automáticas establecidas entre las sensaciones corporales y los pensamientos de miedo (Cía, 2006).

Tanto para Cía (2006) como para Marzucco y Gómez (2009), los Trastornos de Ansiedad deben ser tratados de forma combinada, asociando la farmacoterapia con la terapia cognitiva-comportamental.

La terapia cognitiva- comportamental, según las características de cada paciente, se realizan en forma individual, en forma grupal o si el caso lo amerita, combinando ambas.

En cuanto al aporte de la terapia cognitiva, la misma va a posicionar al individuo como un ser activo, cognoscente, analizador intermedio entre el estímulo y su conducta, capaz elaborar lo que le toca vivir y construir su propia realidad (Bulacio, 2004).

Toda cognición implica en el sujeto una forma de organización intelectual y emotiva de la realidad (Carrión & Bustamante, 2008). Si bien la terapia cognitiva- comportamental es una de las estrategias de intervención clínica más utilizada, el doctor Sparrow de la Universidad Nacional Mayor de Perú, en respuesta a críticas y objeciones sobre dicha terapia, indica que la terapia cognitiva- conductual no ignora las causas de los síntomas, muy por el contrario, son las causas las que a menudo determinan las estrategias terapéuticas a utilizar. Es así como por medio de las entrevistas (evaluación), y a través de la historia clínica o anamnesis detallada, se analiza y comprende la historia de aprendizaje, como causas que originaron y mantuvieron los problemas en el paciente (IntraMed, 2008). Como resultado de lo expuesto, Cía (2007), define a la terapia cognitiva- conductual como una estrategia focalizada y orientada a una meta, en donde los síntomas son observados sistemáticamente y los procesos cognitivos son identificados.

Dicha terapia cognitiva- comportamental, tiende a mantener sus efectos terapéuticos y protege al individuo de futuras recaídas.

3.6.1 Técnicas cognitivas - comportamentales.

Cía (2007) explica que la terapia cognitiva- comportamental incluye una variedad de enfoques e intervenciones basadas en las técnicas conductuales y cognitivas tradicionales.

A los fines de llevar a cabo una estrategia de intervención cognitiva- conductual para los Trastornos de Ansiedad, Carrión y Bustamante (2008), describen tres técnicas:

1. Exposición directa o en vivo: es la técnica que mayor eficacia probada posee para el tratamiento del Trastorno de Pánico con Agorafobia.

Según las características de cada paciente se puede realizar de diferentes maneras:

- Exposición prolongada en vivo, en donde el terapeuta acompaña al paciente en el afrontamiento del estímulo que le despierta ansiedad o temor, al cual se lo va reemplazando con otro que ofrece

mayor dificultad. Luego el terapeuta se retira dejando solo al paciente quien de modo progresivo ira exponiéndose a los estímulos ansiògenos.

- Práctica reforzada graduada, el paciente comienza su actividad con una expectativa de éxito y en cuanto aparecen síntomas de ansiedad se vuelve al punto de partida y se evalúa positivamente el tiempo y la distancia recorrida.

- Autoexposición controlada y autoobservación, en ésta técnica el terapeuta no esta presente, se lo expone al paciente (durante 90 minutos) hasta que se ponga ansioso y tenga que afrontar la situación.

- Práctica programada, en dicha técnica se arma un cronograma en donde se pone información y datos sobre la situación temida a la cual se lo expone al paciente. Dichos datos son importantes para poder evaluar el grado de afección y evolución del paciente.

2. Exposición imaginal: esta técnica es empleada con pacientes que no pueden afrontar las exposiciones, entonces, el terapeuta lo induce a imaginar una situación en la cual el paciente irá acercándose progresivamente a lo temido.

La duración de la exposición imaginal debe ser prolongada y generalmente se la utiliza como una fase previa a la exposición en vivo. Dicha técnica es la adecuada para que el individuo afronte y reduzca el valor negativo de la situación u objeto que le produce ansiedad o temor.

3. Desensibilización sistemática: según Carrión y Bustamante (2008), la eficacia de esta técnica en el tratamiento de los trastornos de ansiedad es más limitada, entonces sólo se la ha de utilizar con pacientes que se preocupan más por las situaciones externas (p.ej., "subir a un colectivo") que por las sensaciones de miedo y pánico.

Por otro lado Cia (2006), dice que durante las exposiciones a situaciones temidas dentro del desarrollo de una terapia cognitiva- conductual para el pánico o las fobias, las dosis de ansiolíticos deben ser mínimas, con el objetivo de que el paciente pueda ir ganando dominio a las situaciones que le generan ansiedad.

La terapia de exposición es una forma de habituación, es decir, cuantas más veces se lo exponga al paciente al estímulo temido, menos ansiedad va a generarle (Cia, 2007).

Al igual que Carrión y Bustamante (2008), Cia (2007), sostiene que la técnica de exposición en vivo es una de las terapias más efectivas en la recuperación de las fobias.

Mas allá de la técnica en si, Cia (2007) hace referencia a ciertos facilitadores que se deben dar de manera conjunta a la hora de realizar las diferentes técnicas de exposición dentro del marco de una terapia cognitiva- comportamental, como ser:

- La cooperación de un otro significativo para el paciente, que comprenda el problema y contribuya en la recuperación.

- La habilidad para superar las recaídas y continuar con las prácticas cotidianas.

- La adquisición de habilidades para el manejo de la ansiedad anticipatoria y de los síntomas iniciales de pánico (respiración, relajación, visualización, etc.).

- El cumplimiento de prácticas (exposiciones) consistentes y regulares, pronostican el éxito de la recuperación.

Por otro lado, Bulacio (2004) manifiesta que existen otras técnicas terapéuticas que son de gran utilidad para el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad, ellas son: Técnicas de respiración y relajación: Es un valioso complemento en el marco de una terapia cognitiva- conductual para el tratamiento de los diferentes Trastornos de Ansiedad, ya que ayudan al paciente en el afrontamiento a la situación temida. Es un entrenamiento útil como recurso para controlar y disminuir a la ansiedad ante diversas situaciones y patologías, sin ayuda de recursos externos (Cia, 2007).

Las técnicas de respiración tienen por objetivo 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.

La relajación tiene por propósito 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.

Tareas para el hogar: Es una técnica conductual en la cual se le pide al paciente que cumpla con determinados objetivos propuestos conjuntamente a la terapeuta. Las tareas deben ser supervisadas y trabajadas con el profesional, estableciendo de ésta manera un compromiso a cumplir. En cuanto al cumplimiento, se deben indagar los motivos y pensamientos subyacentes a esta actitud, ya que generalmente están apoyados a las causas por las cuales se mantiene el comportamiento evitativo (Bulacio, 2004).

Reestructuración Cognitiva: Es una técnica cognitiva que está centrada y focalizada en el cambio de creencias: en donde el individuo debe identificar las creencias cognitivas y los pensamientos automáticos distorsionados, para luego poder someterlos a prueba mediante la valoración de su propia capacidad de afrontamiento, su propia valía y la opinión de los demás (Bulacio, 2004).

3.6.2 Tratamiento integral propuesto por la institución elegida.

Carrión y Bustamante (2008), proponen un equipo de trabajo conformado por psiquiatras, psicólogos especializados y colaboradores (pacientes recuperados) que conjuntamente con los pacientes, trabajan en la obtención de un correcto diagnóstico y de un tratamiento eficaz como adecuado a las necesidades de cada individuo.

En la primera entrevista clínica se realiza una “orientación”, donde se conoce al individuo y se obtiene la información necesaria para el diagnóstico (Carrión & Bustamante, 2008).

Luego de la misma se diagrama un completo diagnóstico multidimensional, compuesto por: mapeo cerebral, análisis bioquímico, Bender y H.T.P, que permiten arrojar un diagnóstico exacto sobre que tipo de trastorno padece el paciente y cual es su tratamiento adecuado.

Ahora bien, la psicoeducación como parte del tratamiento integral, permite que el paciente se informe, desarrolle y fortalezca sus capacidades para afrontar ciertas situaciones (Bulacio, 2004).

Bulacio (2004), explica que mediante la psicoeducación el individuo reinterpreta sus síntomas físicos a la luz de la nueva información, y de esta manera los signos y síntomas se transforman en una interpretación no catastrófica, reduciendo la ansiedad.

En cuanto a la medicación la función básica de la misma es la de compensar y equilibrar a los trastornos metabólicos de origen genético que predisponen a la ansiedad en el paciente. Como así también, controla y reduce en frecuencia e intensidad la aparición de una crisis de pánico (Carrión & Bustamante, 2008).

Luego la psicoterapia cognitiva- comportamental brinda al paciente las herramientas y técnicas necesarias para que junto con el tratamiento farmacológico el individuo pueda afrontar situaciones de crisis.

Carrión y Bustamante (2008), indican que para los casos de Ansiedad Social, Pánico y Trastorno Obsesivo- Compulsivo es recomendable que la psicoterapia cognitivacomportamental sea grupal, no así para los casos de Fobias específicas y Trastorno por Estrés Postraumático en donde lo aconsejable es la psicoterapia cognitiva comportamental individual.

Por último y siguiendo la secuencia del tratamiento para los Trastornos de Ansiedad propuestos, Carrión y Bustamante (2008), explican que trabajan en la prevención de recaídas con cada paciente.

Cia (2006), hace referencia a los “grupos de autoayuda” como pieza fundamental del tratamiento integrado para los Trastornos de Ansiedad.

El grupo de autoayuda es de gran utilidad como recurso complementario en el tratamiento de la mayoría de los pacientes, sean estos pacientes recuperados o bien en vías de recuperación.

Bulacio (2004), dice que el trabajar en grupo favorece al descentramiento, es decir los pacientes dejan de atender a sus propios síntomas biopsicológicos y focalizan su atención al resto del grupo. Los pacientes se educan entre ellos, se contienen mutuamente y descubren que no están solos en su experiencia de sufrimiento.

Así también Carrión y Bustamante (2008), explican que el grupo produce mayor impacto que el terapeuta individual. Se crea un entorno confiable en donde el individuo explora sus propios aspectos históricos y psicológicos, como los estilos y formas de relación interpersonal.

Por otro lado, la terapia grupal ofrece modelos de afrontamiento mediante el contacto con pacientes recuperados, es decir, que el sujeto aprende de la experiencia del otro.

Es importante señalar que cada integrante del grupo progresa según sus propios tiempos (Carrión & Bustamante, 2008).

Por último Carrión y Bustamante (2008), explican que el encuadre grupal también está indicado para pacientes que presentan dificultades en las relaciones interpersonales, logrando que confronten y analicen sus temores fóbicos frente al contacto social.

Los grupos terapéuticos están coordinados por un especialista capacitado (paciente recuperado) y un psicoterapeuta que supervisa las tareas.

Finalmente Bustamante (2004), manifiesta que el logro terapéutico del tratamiento en cuanto al nivel de importancia se lo deben, en primer lugar al grupo (52%), luego a la medicación (43%), y por último a la terapia individual (20%). Siendo la combinación de tratamientos farmacológicos y terapia cognitivo- comportamental grupal en el 70% de los casos recuperados el mejor tratamiento.

4. METODOLOGÍA.

4.1. Tipo de estudio.

Descriptivo – estudio de caso.

4.2. Participante.

El sujeto participante sobre quien se llevó a cabo el análisis, observación y descripción del caso, se trató de una paciente de nombre J, de género femenino, de 25 años de edad, de ocupación estudiante de Diseño de Imagen y Sonido, y de nacionalidad Argentina. La misma se encuentra con tratamiento psicológico y psiquiátrico .

En cuanto al motivo de consulta, J manifestó: “no poder viajar en colectivo ni quedarse sola en el hogar, por miedo a tener un ataque de pánico”. Se refirió a sus síntomas como causales de una limitación en el desarrollo normal de su vida social, pudiendo salir de su casa sólo en compañía de su novio, con quien se sentía segura.

Previamente asistió a terapia psicoanalítica por un período de tiempo de cuatro años. En relación a su familia, la misma estaba constituida por su padre y su madre , ambos de profesión arquitecto. Quienes estaban divorciados desde hace 10 años, la paciente refirió “tener una relación conflictiva con su padre”.

J convivía con una de sus dos hermanas, quienes tenían 30 y 31 años de edad, y trabajaban de manera independiente, pero no poseían título universitario.

En cuanto a su diagnóstico clínico, la misma fue evaluada y diagnosticada con un Trastorno de Pánico con Agorafobia. Dicha evaluación fue llevada a cabo por la psicóloga y la psiquiatra asignadas en el caso.

Las profesionales antes mencionadas, supervisaron e hicieron un seguimiento de la paciente.

El tratamiento psicológico tuvo una frecuencia de una vez por semana, mientras que la supervisión psiquiátrica se realizó una vez por mes.

4.3. Instrumento y Procedimiento.

El método para la recolección de datos se realizó a través de la observación directa de la participante durante un período de tres meses, y el registro de la misma se logró a través de un cuaderno de observaciones.

La observación consistió en anotaciones a partir de las cuales se llevó un registro semanal centrado en las “exposiciones en vivo”. Las mismas fueron utilizadas por la residente, como estrategia conductual de intervención propuestas por la profesional a cargo.

Durante el procedimiento del caso se hicieron observaciones, anotaciones y descripciones, dado que por reglamento institucional solo podía intervenir en la terapia la profesional a cargo de la misma.

De esta manera, la realización de las exposiciones en vivo junto a J, fueron las únicas estrategias de intervención llevadas a cabo por parte de la residente, desempeñándose en el rol de acompañante terapéutica.

Los datos se obtuvieron durante la participación en el desarrollo semanal y mensual de las actividades en la fundación, como también de la lectura de la historia clínica de la paciente.

Se tuvo en cuenta los encuentros que la residente mantuvo con la psicóloga a cargo de J, quien le aportó información que fue usada durante las actividades de exposición.

Es importante mencionar que la residente no tuvo acceso a presenciar las sesiones de terapia individual, solo tenía contacto con la paciente a través de las exposiciones y mediante la información que la licenciada le aportaba.

Finalmente, se procedió a describir los resultados obtenidos en la aplicación de las baterías de test psicológicas, empleados por parte de la licenciada, quien le administró a J, las siguientes pruebas:

El Test Gestáltico Visomotor de Bender: Es una prueba gráfica que evalúa la maduración de la función gestáltica visomotora, la cual incluye a la personalidad total del individuo: inteligencia y afectividad. La función gestáltica visomotora esta asociada al lenguaje y a las funciones intelectuales como ser: la percepción visual, la habilidad motriz manual, los conceptos tèmporo-espacial, la organización y la representación. Así también arroja datos sobre un posible deterioro neurológico.

El sujeto en evaluación debe proceder a copiar nueve tarjetas preestablecidas como consigna durante la toma de la prueba. El Bender se basa en la teoría de la forma que postula que la percepción de la imagen se va a organizar a partir de un todo captado inmediatamente y que la ejecución del gráfico supone un análisis de éste todo percibido, pues el dibujo es realizado por partes en el transcurso de un tiempo. Este análisis y la coordinación de los movimientos que realiza el sujeto para reproducir la imagen dependen de tres cosas: su sistema neuromedular, su madurez y su entrenamiento (Bender, 1987).

El Test de la Casa, el Árbol y la Persona (H.T.P): Evalúa y observa la imagen interna que el examinado tiene de sí mismo y de su ambiente, que cosas considera importantes, cuáles destaca y cuáles desecha. La casa, el árbol y la persona son conceptos que al ser proyectados en un dibujo dejan ver su gran implicancia simbólica, pues envuelven vasto contenido emocional e ideacional respecto de la personalidad.

Es un test proyectivo basado en la técnica gráfica del dibujo. En cuanto a su consigna, el mismo debe ser manual y el orden de presentación de los estímulos es siempre igual: en primer lugar se le pide al sujeto que dibuje la casa, luego el árbol y por último la persona (Hammer, 1969).

5. DESARROLLO.

Con el propósito de responder al objetivo general de este trabajo, referido a la descripción del tratamiento basado en las técnicas de exposición de una paciente diagnosticada con Trastorno de Pánico con Agorafobia, desde el modelo de tratamiento de base cognitivo- conductual, se procedió a la observación de las actividades realizadas para lograr tal fin.

5.1 Características específicas de la paciente afectada por Trastorno de Pánico con Agorafobia.

Generalidades .

Paciente de género femenino, de 25 años de edad, de nombre J, de estado civil soltera, de ocupación estudiante de Diseño de Imagen y Sonido. Diagnosticada con Trastorno de Pánico con Agorafobia.

Motivo de consulta.

La paciente, teniendo 20 años, ingresa y es atendida por la licenciada V, quien como diagnóstico inicial propuso crisis de Pánico con Agorafobia, derivando a J a realizar un psicodiagnóstico con el objetivo de establecer el tipo de tratamiento psicológico conveniente.

En la entrevista de admisión J expresa: “no poder viajar en colectivo ni quedarse sola en el hogar, por miedo a tener un ataque de pánico y sentir que le falta el aire cada vez que esto sucede”.

J presentó buena predisposición al momento de responder las preguntas, si bien se mostraba de buen humor se reconoció preocupada y ansiosa por saber que le estaba ocurriendo y expresó “a veces me deprimó por lo que me pasa y siento que nunca voy a poder superarlo, me falta fuerza de voluntad”.

En cuanto a su aseo y apariencia personal, expresa “no tener ganas de arreglarse”, su aspecto era desalineado y evidenciaba poca dedicación.

Datos relevantes recabados en la entrevista.

Durante la entrevista de psicodiagnóstico, J relató que anteriormente había asistido a terapia Psicoanalítica y expresó: “éste tema en particular no lo pude resolver con mi analista”.

La paciente refiere que en el año 2004 luego de haber consumido marihuana sufrió la primera crisis de pánico, describiéndola como una sensación de opresión, taquicardia, despersonalización y escalofrío.

Explicó que a partir de este episodio evitó salir sola de su casa, pudiendo solo hacerlo en compañía de algún conocido y teniendo que llevar a modo de protección su celular y un rosario.

Luego de haber realizado terapia psicoanalítica, consultó en el otro centro de salud, y durante un breve periodo recibió tratamiento psicológico y psiquiátricofarmacológico (Rivotril de 0,5 mg y Paroxetina de 20 mg).

Manifestó sentir la misma sintomatología que en años anteriores: “siento que mi vida se limitó, no puedo hacer nada sola, creo que nunca voy a salir de esta, cada vez que mejoro algo me pasa y lo arruino todo”, “todo lo que empiezo no lo puedo finalizar”.

Factores desencadenantes.

Como posibles desencadenantes la paciente mencionó tener problemas en la relación con su padre, dificultad para conservar una relación amorosa, eventual consumo de marihuana, preocupación por su economía, preocupación por exámenes universitarios, falta de voluntad en sus actividades diarias, y “ocasionalmente dudas existenciales”.

Hábitos.

En cuanto a la actividad física diaria, J comentó que no realizaba ninguna rutina de ejercicios físicos, llevando una vida sedentaria.

Habitualmente consumía mate y café en altas cantidades, fumaba un atado de cigarrillo por día y bebía alcohol solo en reuniones sociales.

En relación a sus actividades recreativas, participaba en eventos de arte, como exposiciones de pintura y muestras de teatro.

Antecedentes del caso.

Durante la elaboración de la historia clínica, la paciente relató: “cuando tenía 15 años mis padres se estaban separando, continuamente se peleaban, una vez luego de presenciar una pelea sentí que me faltaba el aire, creí que me moría”.

Luego de dar por terminada la relación con su novio, con quien se sentía protegida y contenida, J estando en la Universidad se descompuso sintiendo como si se fuera a desmayar. “En ese momento sentí mucho miedo de que me pasara algo grave”.

Resultados del informe psicodiagnóstico

Resultados de la batería de Test

La licenciada a cargo le realiza un informe psicodiagnóstico administrándole una batería de test, y obteniendo de los mismos los siguientes resultados:

· El Test Gestáltico Visomotor de Bender.

Resultados obtenidos en el test: Omnipotencia, egocentrismo, euforia, inmadurez emocional. Falta de límites en el comportamiento, impulsividad. Perseverancia, gran ansiedad, desadaptación social. Histrionismo.

· El Test de la Casa, el Árbol y la Persona (H.T.P)

Resultados obtenidos en el test: Permeabilidad a las presiones ambientales, desconfianza, dependencia, aislamiento, rasgos obsesivos de la personalidad. Posible vivencia de daño yoico. Inmadurez emocional, dependencia, inseguridad, seducción, cierta agresividad, impulsividad.

Ubicación de la figura: omnipotencia, regresión.

Conclusión y relación con las técnicas administradas.

En síntesis, según lo descrito en el marco teórico, los criterios del DSM IV (2005) para el diagnóstico de Ataque de Pánico, que se cumplen en el caso J son: la aparición temporal y aislada de miedo intenso, acompañada de síntomas como la elevación de la frecuencia cardíaca, sensación de ahogo, opresión torácica, despersonalización, miedo a morir y sensación de escalofríos.

Ahora bien, en relación a las características diagnósticas para la Agorafobia, J refiere no poder viajar en colectivo ni quedarse sola en el hogar, por miedo a tener un ataque de Pánico y sentir que le falta el aire cada vez que esto sucede, como también evita salir sola del hogar, pudiendo solo hacerlo en compañía de algún conocido, es así como se cumplen los criterios “a” y “b” para el diagnóstico de la Agorafobia.

Los ítems mencionados anteriormente son suficientes para diagnosticar a J con un Trastorno de Pánico con Agorafobia. Se evidenció en la paciente cierta angustia, la misma manifestó sentirse deprimida a causa de lo que le ocurría, resaltando su falta de voluntad para superar la situación, así también su apariencia como aseo personal denotaban cierta apatía y abulia. Lo relatado por J afirmaría lo expuesto por Carrión y Bustamante (2008), quienes explican que los pensamientos negativos conducen tarde o temprano a niveles de depresión, no obstante a ello, aclaran que el pensamiento depresivo no causa depresión, sino que es parte de ella.

En la Argentina más del 50 % de los pacientes que padecen Trastornos de Ansiedad, se deprimen secundariamente.

La percepción de J sobre su capacidad de superación era negativa, manteniéndose en ella la respuesta de ansiedad (Bandura, 1977).

En la paciente se vieron presentes distorsiones cognitivas en torno a la percepción de peligros físicos o psicosociales, J expresó: “sentí miedo de que me pasara algo grave” (Carrión y Bustamante, 2008).

Luego de reiterados episodios con sintomatología pánicosa, J evita salir sola de la casa o lo hace en compañía de algún conocido, llevando a modo de protección su celular y un rosario. Se puede afirmar que dichas conductas u objetos fueron utilizados como “reaseguros” en la paciente (Cia, 2006).

Como sustancias que incrementan la ansiedad en la paciente, la misma consumía xantinas (mate-café) y nicotina en altas cantidades, que junto con la marihuana pueden desencadenar crisis de Pánico, sensibilizando los circuitos cerebrales relacionados con la alarma (Cia, 2006).

En la batería de tests administrados los rasgos de personalidad en J que mayor recurrencia presentaron fueron: histrionismo, omnipotencia, egocentrismo, inmadurez emocional, impulsividad, dependencia, inseguridad, aislamiento y desconfianza, evidenciando un afrontamiento cognitivo y motor hacia la emoción, una excesiva necesidad de aprobación, un pensamiento rígido o dicotómico y un gran nivel de imaginación.

En la personalidad de J predominan rasgos histriónicos y dependientes, sistemáticamente necesita de “un otro” que la contenga, de lo contrario se desestabiliza montando shows y exigiendo protección, es por ello que se evidencia cierta inmadurez emocional, manifestada en los resultados del test de Bender y el H.T.P. Como también manifiesta una tendencia a percibir las situaciones estresantes como peligrosas y a responder a estas con altos grados de ansiedad.

Las emociones que predominaron en su cuadro clínico fueron principalmente la culpa y el miedo (Bulacio, 2004).

Diagnóstico según los cinco ejes del DSM IV.

Eje I: Trastorno de Pánico con Agorafobia.

Eje II: el MMPI-2 no fue evaluado.

Eje III: ausencia de enfermedad actual manifiesta.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo: estrés familiar por divorcio de los padres.

Problemas económicos: economía insuficiente.

Eje V: EEAG 50.

Por último, es importante señalar que, si bien la residente no tuvo acceso a presenciar y observar las sesiones individuales de J con la psicóloga, se puede decir que: el tratamiento psicológico seleccionado estuvo basado en la teoría Cognitiva- Comportamental, y en el método integral de tratamiento para el Trastorno de Pánico con Agorafobia.

Teniendo en cuenta las particularidades de la paciente, tales como las características personales de J, sus circunstancias y los problemas que refiere (Carrión & Bustamante, 2008). J se encontraba en tratamiento .

Durante el transcurso de los cinco años de tratamiento, la paciente recibió asistencia psicológica y psiquiátrica, a través de un plan de tratamiento integral . Como primer paso, la psicóloga le realizó

a J un completo diagnóstico multidimensional y le brindó nueva información en relación a sus síntomas con el objetivo de desarrollar y fortalecer sus capacidades de afrontamiento.

Como cada paciente de la fundación, J aparte de recibir asistencia psicológica, tenía un plan de tratamiento farmacológico, llevado a cabo por su psiquiatra. La información sobre los medicamentos administrados se encontraba en la historia clínica de la paciente.

La medicación administrada para el caso J fue la siguiente: Lamotrigina 100 mg – Tranicilpromina 10 mg – Quetiapina 25 mg – Clonazepan 2 mg, teniendo como función: compensar y equilibrar los trastornos metabólicos que predisponen a la ansiedad (Carrión y Bustamante, 2008).

Por otra parte, la paciente participaba en los grupos de Agorafóbicos, en donde realizaban exposiciones en vivo todos los sábados. Pero, J tuvo una pelea con uno de los coordinadores del grupo, por lo cual la psicóloga decide que la misma empiece a realizar exposiciones individuales junto a una acompañante terapéutica.

Es así que, en el mes de abril la pasante ingresa a la fundación y le asignan el rol de acompañante terapéutica, llevando a cabo las exposiciones con J. Como se mencionó en el punto anterior, la pasante solo pudo participar e intervenir en las actividades de exposición, no así en las sesiones de terapia.

Desde el ingreso de la residente, la psicóloga empieza a reprogramar un plan de tratamiento con el fin de obtener beneficios para la paciente.

La licenciada M junto con la residente, planificaban cuales iban a ser las técnicas a utilizar en cada exposición, ya que las mismas debían ser coherentes con lo tratado en terapia.

Durante la observación de J, la residente registró el tratamiento psicológico a través de dos vías, la primera fue mediante la lectura de la historia clínica, donde la psicóloga dejaba plasmada la evolución semanal de la paciente, y la segunda vía de recolección de información se dio mediante la participación de la pasante en las actividades de exposición en vivo junto con la paciente.

Las sesiones con la psicóloga duraban aproximadamente 40 minutos, y tenían una frecuencia de una vez por semana. Por otro lado, y a modo de complementar la terapia psicológica individual, las exposiciones en vivo llevadas a cabo por la residente, tenían una duración de 30 minutos a 2 horas y una frecuencia de salida de dos veces por semana.

La residente puso énfasis en saber cuales eran las características del trastorno, donde, cuando y con que frecuencia este ocurría, con el objetivo de diagramar diferentes estrategias de intervención para cada exposición.

Con el paso del tiempo J comenzó a demostrar avances terapéuticos en las actividades de exposición. Así también, los avances fueron percibidos por la psicóloga en cada sesión.

5.2 Actividades de exposición como intervención en la rehabilitación y mejora de calidad de vida de la paciente con Trastorno de Pánico con Agorafobia.

A continuación se describen las actividades de exposición en vivo, que fueron llevadas a cabo junto a la paciente y utilizadas como técnica Cognitivo- Conductual, las mismas han sido complementadas con otras herramientas como: la técnica de relajación, el registro de observaciones, la tarea para el hogar, la reestructuración cognitiva y la psicoeducación.

Cabe señalar que en J, las técnicas de respiración y relajación fueron adquiridas y entrenadas como parte del tratamiento integral llevado a cabo por la profesional a cargo.

Las exposiciones en vivo fueron realizadas a lo largo de tres etapas y supervisadas por la Lic.V, cada etapa contó con una meta general planteada en terapia con el propósito de analizar la evolución de la paciente, y con diferentes metas específicas planificadas por la residente, en el comienzo de cada exposición diaria.

Con el objetivo de una mejor organización y lectura, se han agrupado las exposiciones y detallado las más significativas, puntualizando las técnicas utilizadas y administradas a J.

Al final de cada cuadro se realizará una articulación teórico-práctica de lo sucedido en las actividades de exposición, y de ésta manera, se dará cuenta del alta de la paciente.

Exposición. Meta Específica.

Técnica Utilizada.

Observaciones.

1 – 6.

Salir del hogar, en compañía de la acompañante terapéutica.

- Exposición prolongada en vivo.

“El solo hecho de pensar en salir me produce mareos y taquicardia.”

7 – 12.

Viajar con la acompañante terapéutica en asientos separados.

- Repetición de la exposición prolongada en vivo.

- Relajación progresiva.

“Al comienzo me sentí tensionada pero no fue tan difícil como pensaba.”

“Aunque todavía me sudan las manos y me siento tensa.”

En la primera etapa de las exposiciones, se estableció como meta general de las mismas, la evaluación, discriminación y eliminación de las conductas de evitación en J. Las conductas evitativas debían de estar bien definidas, dado que, cuanto mas generales son menor efectividad en el tratamiento tienen, y cuanto más específicas, mayor eficacia demostrada poseen.

En las exposiciones agrupadas de la 1 a la 6, se utilizó como técnica a la exposición prolongada en vivo, en donde la pasante acompaña a la paciente en el afrontamiento del estímulo fóbico.

Fue necesario establecer una alianza terapéutica sólida, ya que la exposición en vivo es una técnica que genera inicialmente una gran ansiedad.

La actividad consistió en ir al Congreso de la Nación, utilizando como medio de transporte el colectivo, viajando ambas en asientos continuos, y teniendo una duración de exposición de 30 minutos. La paciente expresó: “el sólo hecho de pensar en salir me produce mareos y taquicardia”.

El uso de dicha técnica tuvo por objetivo exponer a la paciente a estímulos fóbicos y a situaciones ansiógenas, sin la conducta de escape y hasta que la ansiedad remita. La exposición prolongada en vivo, es el tratamiento conductual más eficaz actualmente disponible (Marks, 1992).

En las exposiciones agrupadas de la 7 a la 12 se siguió trabajando con la técnica de exposición prolongada en vivo, pero en ésta oportunidad la pasante se retiró dejándola sola a J, quien de modo progresivo se expuso al estímulo ansiógeno (Carrión & Bustamante, 2008).

La salida tuvo como destino un paseo de compras, el medio de transporte utilizado fue el colectivo y la exposición duro 1 hora. Lo que se pretende es que la paciente mediante la repetición de exposiciones, pueda impedir que la evitación se convierta en una señal de seguridad, habituándose a los estímulos ansiógenos y a la respuesta de tensión experimentada durante la confrontación; como también, poder producir en J un cambio de expectativas relacionadas tanto a los resultados, como a la autoeficacia.

Luego de terminada la exposición, J refirió: “al comienzo me sentí tensionada, pero no fue tan difícil como pensaba”, “aunque todavía me sudan las manos y me siento tensa”. A razón de lo dicho por la paciente, la pasante le administró la técnica de relajación, invitándola a sentarse en un sillón del patio de comidas y enseñándole a tensar y relajar distintas partes de su cuerpo, por lo cual le pide que cierre los ojos y la guía en la relajación, comenzando por las extremidades superiores, siguiendo por la cabeza y el cuello, continuando por el tronco (hombros, pechos, espalda y estómago), y finalizando con las extremidades inferiores.

La técnica de relajación progresiva utilizada con J, ha sido desarrollada por Jacobson en 1929 y está dirigida a poder conseguir niveles profundos de relajación muscular.

Exposición. Meta Específica.

Técnica Utilizada.

Observaciones.

13 a 23.

Ir a una “Plaza”, en colectivo, sola.

Encontrarse con la acompañante terapéutica, una vez que llegue.

Reestructuración Cognitiva.

Psicoeducaci3n.

Exposici3n pr3ctica programada.

Tarea para el hogar.

“Estuvo bueno llegar sola, si bien me sentí un poco nerviosa, la situaci3n estuvo completamente manejable.”

En la segunda etapa de las exposiciones, se estableci3 en terapia como meta general, trabajar en la modificaci3n del contenido de las estructuras racionales en la paciente, y como meta específica más relevante de dicha agrupaci3n de exposiciones, se ha citado a la actividad en la cual se le propone a J viajar sola en colectivo, para luego encontrarse con la acompañante terapéutica.

Una vez concluida la exposici3n, la paciente manifiesta: “Estuvo bueno llegar sola, si bien me sentí un poco nerviosa, la situaci3n estuvo completamente manejable”. Se utiliz3 como técnica a la reestructuraci3n cognitiva, con el objetivo de que J pueda llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas, corrigiendo los constructos err3neos, para de ésta manera poder producir una mejoría clínica (Méndez Carrillo, Olivares & Moreno Gil, 2001).

Así también, mediante la psicoeducaci3n, la pasante le brinda informaci3n a J con el propósito de que la misma pueda comprender los procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos que se ponen en juego; es decir, que la paciente logre entender el mecanismo de incubaci3n del miedo y la evitaci3n como mecanismo perpetuante.

Dentro de dicha etapa se utiliz3 también, la técnica de pr3ctica programada, con la cual la pasante y J armaron un cronograma con datos relacionados a las situaciones que la paciente teme. Esta informaci3n ha sido importante para poder evaluar el grado de afecci3n y evoluci3n en la paciente.

Conjuntamente a la técnica mencionada, se le pidi3 a J que como “tarea para el hogar” elabore una lista en donde figuren los lugares que evita concurrir, porque le producen miedo, y los que no. Es así, como J junto a la pasante trabajaron en la identificaci3n y modificaci3n de las cogniciones desadaptativas referidas a los lugares de la lista y a las emociones asociadas, siendo sustituidas por otras cogniciones mas adecuadas. Anexo I.

El compromiso y responsabilidad de la paciente en el cumplimiento de las tareas dadas, fue necesario para poder comprometerla íntimamente, es decir, dejar de ser una paciente pasiva para transformarse en una paciente operante.

Como en todas las etapas, una vez que la paciente finaliz3 su actividad, se utiliz3 el reforzamiento positivo con el objetivo de poder mantener en J la conducta adaptativa lograda hasta el momento.

Exposici3n. Meta Específica. Técnica

Utilizada.

Observaciones.

24 – 34.

Ir sola a la casa de las amigas y volverse en subterráneo.

- Auto-exposición controlada y autoobservación.

- Psicoeducación.

“Siento que quiero avanzar más, logre mucho, estoy feliz”

“Pensar en tomarme un subte sola me pone nerviosa”

-Reforzamiento positivo.

- Tareas para el hogar.

“Si ya pude tomar un subte sola, podré volver a hacerlo.”

Objetivos primavera – verano.

En ésta última etapa de exposiciones, se estableció como meta general del tratamiento psicológico, poder reforzar positivamente la autoestima y la autoconfianza en J, para que de ésta manera, pueda recuperar un estilo de vida más adecuado y funcional, en virtud de una mejor calidad de vida.

Se trabajó con la técnica de autoexposición controlada y auto-observación, en la cual, J se expuso sin la presencia de la pasante, viajó sola en el subterráneo y fue a visitar a las amigas.

La autoexposición controlada funcionó como un complemento del tratamiento y como medida de resultados. Se la administró con el objetivo de reducir la dependencia en la paciente, acortar el tiempo de tratamiento y facilitar el mantenimiento de los resultados.

Por otro lado las expectativas de autoeficacia en J, motivaron y facilitaron la ejecución de las tareas, y a su vez, la autoexposición realizada con éxito potenció el cambio de expectativas (refuerzo positivo). Situación que se hizo evidente en el relato de la paciente: “siento que quiero avanzar mas, logré mucho, estoy feliz”.

Se utilizó también como principal herramienta de intervención a la psicoeducación, en virtud de que J pueda instruirse sobre los mecanismos que desencadenan y mantienen los cuadros de ansiedad, permitiendo de esta forma, que la paciente reinterprete sus síntomas físicos y psíquicos. “Pensar en tomarme un subte sola me pone nerviosa”. De manera tal, que el significado atribuido a los signos y síntomas se transformen en una interpretación no catastrófica, reduciendo así a la ansiedad. “Si ya pude tomar un subte sola, podré volver a hacerlo”.

Finalmente, y como cierre de la tercer etapa, la pasante le propone a J que como tarea para el hogar elabore un listado de objetivos correspondientes a la temporada “primavera- verano”.

Anexo II.

5.3 Evolución de la paciente a lo largo del tratamiento y de las actividades de exposición.

Pasado un tiempo, J evolucionó de manera positiva, evidenciando grandes avances en el tratamiento, es por esto, que la acompañante terapéutica (residente) junto con la Lic. M

consideran que la misma ya estaría en condiciones de obtener el alta, ya que no presenta síntomas del trastorno, logrando poder quedarse sola en su hogar, como poder utilizar cualquier medio de transporte.

No sólo se hicieron evidentes los cambios conductuales a lo largo de cada exposición, sino también los de la esfera cognitiva tratados en cada sesión individual junto con la psicóloga.

Cabe destacar, que la paciente venía exponiéndose con el grupo de autoayuda desde años anteriores al ingreso de la residente, pero el salto cualitativo en su tratamiento se dio mediante la realización de actividades de exposición individuales, y por el hecho de poder complementar y reforzar los logros conductuales obtenidos, con la terapia psicológica individual.

Se ha arribado a dicho pronóstico por medio de la técnica conductual “tarea para el hogar”, en la cual la residente le ha dado a J como consigna: escribir los objetivos para la temporada “primavera- verano” y siendo los mismos en su mayoría cumplidos.

5.4 Estrategias de Intervención Alternativas para optimizar la calidad de vida de la paciente y producir mejoras en la evolución del tratamiento psicológico.

En todo tratamiento psicológico la mejora en la calidad de vida del paciente es un objetivo tácito y universal (Bulacio, 2004).

Es así que, como parte del tratamiento integral de J, se utilizaría a la psicoeducación como herramienta esencial para fortalecer sus capacidades de afrontamiento ante las diversas situaciones de un modo más adaptativo, incrementando su autonomía y responsabilidad en su cuidado, elevando de ésta manera la autoestima y la propia valoración.

Debido a los avances demostrados por la paciente, tanto en las exposiciones en vivo junto a la pasante como en la terapia individual, se considera conveniente comenzar a espaciar las actividades de exposición de manera progresiva, hasta llegar a tener exposiciones con la acompañante terapéutica de una vez cada 15 días. Con la finalidad de prevenir futuras recaídas.

En cuanto a las estrategias de intervención alternativas, se considera prudente continuar en la misma línea teórica utilizada hasta el momento, esto es terapia Cognitiva y Conductual.

Asimismo, las técnicas que se utilizarán en el seguimiento de J, tienen como objetivos poder lograr que la misma, evalúe y ponga a prueba sus pensamientos automáticos, emociones, creencias y conductas; evitando posibles recaídas.

Se recomienda el uso de la técnica de autorregistro, con el propósito de que la paciente pueda observar y registrar a lo largo del día cuando los síntomas se hacen presentes, bajo que circunstancias y con que frecuencia.

Por otro lado, y teniendo en cuenta los objetivos “primavera-verano” planificados en terapia con J, se recomienda antes de rendir un examen utilizar la técnica de respiración, con el propósito de que la paciente logre voluntariamente controlar la respiración, para posteriormente automatizar este control de forma tal que su regulación se mantenga incluso en las situaciones problemáticas.

Así también, es recomendable que ante la mínima manifestación sintomatológica, J practique en terapia la técnica de “exposición interoceptiva” para el control del pánico. La misma consiste en

exponer a la paciente al conjunto de sensaciones interoceptivas que recuerdan las de los ataques; es decir, tratar de crear mini ataques de pánico, para que así J pueda abandonar la interpretación catastrófica que posiblemente le a dado a éstos (Barlow, 2002).

Es importante para la prevención de recaídas, que la paciente de modo regular se auto exponga, como también lo es el poder contar con cierto apoyo social, tanto de su grupo primario, como secundario.

Por último se propone la “técnica prospectiva”, la cual forma parte de una de las técnicas para fomentar el desarrollo de la creatividad en la paciente, de modo que pueda encontrar soluciones alternativas a una misma situación. La prospectiva permitiría que J imagine en tiempo presente, como si estuviera allí, un futuro ideal.

Lo esperado sería que J incremente su capacidad para controlar los fenómenos que le pudieran perturbar, logrando de esta manera, reducir los efectos sintomatológicos negativos.

6. CONCLUSIÓN.

La Ansiedad es un fenómeno netamente humano y conforma la más común de las emociones básicas, aunque en determinadas culturas y situaciones permanecieron ocultas durante siglos.

Actualmente el Trastorno de Pánico constituye un problema universal. Según diferentes estudios epidemiológicos la prevalencia de por vida del Trastorno de Ansiedad, con y sin Agorafobia, en la población general oscila entre el 2 y el 5 % (Cia, 2006).

Los Trastornos de Ansiedad son enfermedades crónicas y altamente incapacitantes para quienes los padecen, pero de excelente pronóstico. Lo cual confirmaría la importancia de un diagnóstico certero, diferencial y multidimensional, permitiendo al paciente su pronta recuperación.

La psicoterapia en cualquiera de sus diferentes enfoques es una pieza fundamental de todo tratamiento científico para la curación de los Trastornos de Ansiedad.

La Terapia Cognitiva se está convirtiendo en un puente necesario entre la Psicología y las Neurociencias y se está consolidando por sus diferentes elementos que hacen a una mejor evolución. No sólo para explicar los fenómenos patológicos sino para mostrar los fenómenos normales.

Así mismo, la psicofarmacología, es vista como una herramienta esencial en la terapia de dichos trastornos, y dado que la efectividad de la medicación varía en cada individuo según su constitución genética, es indispensable una correcta elección del fármaco.

Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo, además de un deterioro social y laboral en las diferentes actividades del individuo.}

Quienes padecen de Trastorno de Pánico con Agorafobia, experimentan sensaciones de terror que les llegan repentina y repetidamente, durante la crisis el paciente siente que se va a morir, desmayar, descontrolar o enloquecer.

El presente trabajo surge luego, y en virtud de poder describir un caso único, demarcando las características principales del Trastorno de Pánico con Agorafobia.

J, de 25 años de edad, al momento de ingresar a la fundación se encontraba con un cuadro de Pánico con Agorafobia. Una vez que la misma forma parte de la institución, y es abordada de manera interdisciplinaria, se empieza a evidenciar una ligera recuperación.

El trabajo realizado conjuntamente entre la psicóloga y la residente, logró obtener los resultados deseados, a saber, la neutralización de los síntomas y la estabilización de la paciente.

No obstante, a la obtención de los avances terapéuticos en J mediante la administración de las técnicas de exposición en vivo, es importante señalar que dichas exposiciones tienden a reducir sólo las conductas de evitación tratadas, es decir, que su capacidad de generalización es muy reducida. Pero, por otra parte, pueden aplicarse con muy buenos resultados a corto plazo y en forma inmediata.

En el tratamiento cognitivo- conductual llevado a cabo en J, permanentemente se utilizó como herramienta complementaria la psicoeducación, con el objetivo de que la paciente pueda mantener y mejorar las capacidades y habilidades aprendidas.

Es así, como J finaliza el tratamiento llevando consigo conocimientos relacionados al tipo de trastorno que padece, y adquiriendo las herramientas y técnicas necesarias, para ayudarla a mantener su nivel de ansiedad en relación a lo normal en mujeres de sus mismas características.

En cuanto a la experiencia personal, poder hacer un seguimiento, una observación y una descripción de un caso, resultó sumamente satisfactorio y gratificante, pudiendo en cierta forma lograr una aproximación a la realidad laboral en el campo de la salud mental. Como también, el poder intervenir en calidad de acompañante terapéutico, ha sido muy enriquecedor, obteniendo los conocimientos necesarios para agudizar la percepción clínica que todo psicólogo debe tener.

A lo largo del tiempo transcurrido, se pudo detectar como debilidad en el desempeño del residente, la falta de experiencia y práctica a la hora de analizar los informes clínicos, en los cuales se detallaban los diferentes resultados obtenidos de la toma de test. Aunque, es valedero mencionar la capacidad de escucha, compromiso y predisposición en el trabajo que la alumna en su rol de pasante universitario ha demostrado.

La institución brinda un servicio interdisciplinario, el cual está integrado por diferentes psicólogos y psiquiatras idóneos en el tema, observándose el buen desenvolvimiento de los mismos, ya sea en la atención a los pacientes, como durante los espacios de supervisión institucional.

No obstante a lo mencionado anteriormente, en algunas ocasiones se pudo observar una línea muy delgada entre el concepto de paciente y el concepto de cliente, poniéndose en tela de juicio la "ética profesional" a la hora de derivar. Como también la poca participación de los familiares en el tratamiento de los pacientes con algún tipo de Trastorno de Ansiedad, siendo que es necesaria la colaboración de un otro significativo para el paciente, con el objetivo de que puedan comprender la sintomatología y contribuir en la recuperación del mismo (Cia, 2007).

Se debe decir que, cuenta con la higiene y seguridad necesaria en toda institución, como también brinda la posibilidad de acudir en forma gratuita a charlas informativas sobre los Trastornos de Ansiedad.

Los Trastornos de Ansiedad y problemas derivados constituyen la primera causa de consulta psicológica y psiquiátrica. Se han convertido en un problema sanitario creciente debido al aumento de personas afectadas que acuden a distintas consultas médicas, como ser consultas: cardiológica, neurológica, clínica, etc.

Se hace cada vez más necesaria la formación especializada de profesionales altamente calificados para abordar esta problemática desde una perspectiva multidisciplinar.

Actualmente, puede lograrse la recuperación en los pacientes diagnosticados con cualquier tipo de Trastorno de Ansiedad, por lo cual sería de gran importancia, promover la difusión de información para el conocimiento de estos trastornos en la población general, trabajando en la integración de la psicoeducación, la farmacoterapia específica y los recursos cognitivos- conductuales.

7. REFERENCIAS.

American Psychiatric Association. (2005). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Texto revisado. Barcelona: Masson.

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

Bandura, A. (1977). Self- efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change.

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

Barlow, D.H. (2004). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: The Guilford Press.

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

Beck, A. T & Emery, G (1985). Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive

Perspective. Citado en: Cia, A.H. (2007). La Ansiedad y sus Trastornos.

Manual diagnóstico y terapéutico. Buenos Aires: Editorial Polemos.

Beck, A. T, Freeman, A. & Davis, D. D. (2010). Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad. Buenos Aires: Paidós.

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

Bender, L. (1987). El test gestáltico visomotor. Buenos Aires: Paidós.

Bulacio, J.M. (2004). Ansiedad, estrés y práctica clínica. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.

Bustamante, G. (2004, octubre). ¿Qué hay de nuevo en psicoterapia?. Trabajo presentado en VI Congreso Regional Sudamericano de Investigación en Psicoterapia, realizado en Ciudad Autónoma de Buenos Aires del 29 al 30 de octubre de 2004.

Carrión, O. & Bustamante, G. (2008). Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad. Cómo reconocerlos, cómo superarlos. Buenos Aires: Galerna.

Cia, A.H. (2006). Como superar el Pánico y la Agorafobia. Manual de autoayuda. Buenos Aires: Editorial Polemos.

Cia, A.H. (2007). La Ansiedad y sus Trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico. Buenos Aires: Editorial Polemos.

COP (s.f). Terapia Cognitiva. Recuperado el 28 de Octubre de 2010, de <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/terapiacognitiva11.pdf>

Gómez, M.C. & Marzucco, V.D. (2009). ¡No puedo dejar de preocuparme! ¿Usted tiene TAG?: estrategias para identificar y vencer el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Buenos Aires: Galerna.

Hammer, E. (1969). Test proyectivos gráficos. Buenos Aires: Paidós.

IntraMed (2008). Terapia cognitivo-conductual. Recuperado el 27 de Octubre de 2010, de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=56726>

Lazarus, R.S. (1966). Psychological stress and the Coping process. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R.S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39: 124- 129.

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

Marks, I. M. (1992). Tratamiento de exposición en la agorafobia y el pánico. Madrid: Pirámide.

Méndez Carrillo, F., Olivares, J. & Moreno Gil, P. (2001). Técnicas de reestructuración cognitiva. Madrid: Biblioteca Nueva.

Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15,375-387.

Rachman, S. (1991). Neo-conditioning and the classical theory of fear acquisition. Citado en: Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología. Madrid: Mc Graw Hill. Volumen II.

Spielberger, C.D, Pollans, C.H & Worden, T.J. (1984). Anxiety disorders. Citado en: Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología.

Madrid: Mc Graw Hill. Volumen II.

8. ANEXOS.

8.1 Técnica conductual: Tarea para el hogar.

8.2 Objetivos primavera- verano.