

Universidad de Palermo
Trabajo integrador final.

**Estrategias terapéuticas dirigidas al abordaje
de trastornos de ansiedad comórbidos.**

Alumna: Ana Inés Arregui

Profesor tutor: Lic. Gabriela Ramos Mejía

Fecha de entrega: 17/07/2012

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1. Objetivos.....	4
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. Ansiedad normal y teorías del estrés.....	5
2.2. Ansiedad patológica: trastornos de ansiedad.....	8
2.3. Características específicas de algunos trastornos de ansiedad.....	9
2.4. Concepto de spectrum.....	11
2.5. Concepto de comorbilidad.....	12
2.6. Características generales del tratamiento de los trastornos de ansiedad.....	12
2.7. Estrategias terapéuticas utilizadas en los trastornos de ansiedad.....	13
2.8. Tratamientos integrados en la actualidad.....	17
2.9. Alternativas para que el tratamiento sea más efectivo.....	18
2.10. Principales trastornos con los que hay comorbilidad en los trastornos de ansiedad y estrategias terapéuticas para abordar la misma.....	19
3. METODOLOGÍA.....	23
3.1. Tipo de estudio.....	23
3.2. Participante.....	24
3.3. Instrumentos.....	24
3.4. Procedimiento de recolección de datos.....	25

4. DESARROLLO.....	26
4.1. Presentación del caso.	26
4.2. Características del trastorno de ansiedad generalizada, crisis de angustia con agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social específica en la paciente.....	27
4.2.1. Trastorno de ansiedad generalizada.....	27
4.2.2. Crisis de angustia con agorafobia.....	28
4.2.3. Trastorno obsesivo compulsivo.....	28
4.2.4. Fobia social específica.....	29
4.3. Análisis de las estrategias terapéuticas llevadas a cabo por los profesionales que intervienen en el caso.....	29
4.3.1. Terapia psiquiátrica.....	30
4.3.2. Terapia psicológica individual.....	30
<i>Conductuales.....</i>	30
<i>Cognitivas.....</i>	33
4.3.3. Terapia grupal.....	34
<i>El grupo de agorafobia.....</i>	34
<i>El grupo de TOC.....</i>	39
4.4. Análisis de las estrategias terapéuticas dirigidas al abordaje de la comorbilidad a lo largo del tratamiento.....	41
5. CONCLUSIONES.....	43
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

1. INTRODUCCIÓN

La práctica de habilitación profesional V se realizó en una Fundación (F), que se dedica al tratamiento de los trastornos de ansiedad: TAG, TOC, fobias y crisis de angustia. Se brinda asistencia psicológica, psiquiátrica y terapias grupales con orientación cognitivo conductual.

La práctica tuvo una duración total de 250 horas en un promedio de 20 horas semanales, las cuales se distribuyeron asistiendo a la Fundación, a los grupos terapéuticos y realizando sesiones de terapia expositiva comportamental (SATEC).

En la institución se realizaron durante el primer mes tareas administrativas con el fin de conocer el manejo de la Fundación, el modo de trabajo de los profesionales y el perfil de pacientes que acuden.

Durante todo el periodo se asistió una vez a la semana al grupo de agorafobia donde se realizaron viajes a diferentes destinos a manera de exposición, a las reuniones de coordinación donde se organizaron las visitas de dicho grupo, a los grupos de TOC y de fobia social donde se observó la dinámica y a sesiones SATEC donde se asistió a cinco pacientes con diferentes trastornos de ansiedad.

Se eligió el tema a partir del interés en particular sobre el abordaje terapéutico del caso de una paciente de 29 años con trastorno de ansiedad generalizada, crisis de angustia con agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo moderado y fobia social específica cuya empatía y apertura favoreció el proceso.

Con el fin de proteger la identidad de la paciente se la llamará Florencia.

1.1. Objetivos.

El objetivo general de este trabajo fue:

-Describir y analizar en el caso de una paciente con trastorno de ansiedad generalizada, crisis de angustia con agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social específica, las estrategias terapéuticas con las que se aborda la comorbilidad.

Los objetivos específicos fueron:

-Describir las características del trastorno de ansiedad generalizada, crisis de angustia con agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social específica en la paciente.

-Analizar las estrategias terapéuticas llevadas a cabo por los profesionales que intervienen en el caso.

-Analizar las estrategias terapéuticas dirigidas al abordaje de la comorbilidad a lo largo del tratamiento.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Ansiedad normal y teorías del estrés.

La ansiedad es un fenómeno que se da normalmente en el hombre y que cumple una función adaptativa. Se origina ante una amenaza inminente y real, y produce alteraciones tanto físicas como psicológicas.

Desde un punto de vista evolutivo, explica Chappa (2006 a), que la ansiedad es la herencia filogenética del sistema de alarma, al servicio de la adaptación, que permite a los animales anticipar peligros, detectar amenazas y la activación de las conductas para enfrentar, escapar o evitar las mismas.

Según Chappa (2006 a) en el hombre estos peligros no son solamente externos sino que pueden estar localizados en el mismo individuo, tanto en su cuerpo como autogenerados en su propia mente.

Como cita Bulacio (2004), Selye (1970) fue quien popularizó el término estrés y lo definió como una respuesta no específica del organismo. Él consideraba como estresor a todo agente que fuera nocivo para el equilibrio del sistema homeostático del individuo. Teniendo en cuenta este concepto, el estrés, por tanto, no es algo que por sí mismo se deba evitar, sino que cuando se dice que un individuo padece estrés, significa que éste es excesivo por lo cual implica un sobreesfuerzo del organismo para sobreponerse, como lo explica Selye (1974), citado en Bulacio (2004).

La respuesta del estrés está constituida por un mecanismo llamado síndrome general de adaptación, que considera el tiempo en que se da dicha respuesta, y en el que se diferencian, según Bulacio (2004), las siguientes etapas:

- A. Reacción de alarma. Se da cuando el cuerpo es expuesto repentinamente a varios estímulos a los que no está adaptado y se generan síntomas defensivos.
- B. Etapa de resistencia. Se produce cuando el organismo se adapta al estresor, por lo cual el cuerpo mejora y desaparecen los síntomas.
- C. Etapa de agotamiento. Si el cuerpo sigue expuesto por tiempo prolongado al estresor, entonces se pierde la adaptación y se agota.

Hay varias teorías que explican la presencia del estrés en las personas.

Se pueden categorizar en: aquellas que se basan en la respuesta, las basadas en el estímulo y las basadas en la interacción.

Con respecto a las teorías basadas en el estímulo, éstas asocian al estrés a características de los estímulos del ambiente. Estos estímulos pueden alterar el funcionamiento del organismo. La gente tiene ciertos límites de tolerancia que varían de una persona a otra. Cuando el estrés supera esos límites, se vuelve intolerable y aparecen daños fisiológicos y/o psicológicos (Bulacio, 2004).

Las teorías basadas en la interacción, por su parte, sostienen la relevancia que tienen los factores psicológicos que median entre los estímulos estresores y las respuestas de estrés. Su principal exponente es Lazarus (Bulacio, 2004).

Según esta teoría el sujeto realiza una evaluación cognitiva por medio de la que valora constantemente lo que está ocurriendo. Hay tres tipos de evaluación: primaria, secundaria y la reevaluación.

Según Bulacio (2004), la evaluación primaria se produce en cada encuentro con alguna demanda que puede ser evaluada como amenaza, daño, desafío o

beneficio. La evaluación secundaria, en cambio, se refiere a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación.

La reevaluación, explica Bulacio (2004) implica la interacción que acontece entre el sujeto y las demandas. Esta última etapa es importante dado que es la que permite que se corrijan las valoraciones previas.

Según Chappa (2006 a) está claro que el carácter peligroso constituye una valoración dada al objeto o situación temida de modo que la reacción habrá de estar relacionada con el significado. El observador, que desconoce ese significado, puede considerar desproporcionado e irreal el temor, o pensar que está motivado por procesos ajenos a la conciencia del sujeto.

Los significados personales, según Chappa (2006 a) son construcciones que resultan de la experiencia y por lo tanto, las amenazas resultarán reales para la persona que vivencia el temor. Solamente teniendo acceso a esos significados profundos podrán tornarse comprensibles las manifestaciones observadas. Este proceso de significación es nuclear en la conceptualización cognitiva de la ansiedad.

Como explica Bulacio (2004) el nivel de ansiedad experimentado puede ser manifestado a través de nuestro comportamiento. Las reacciones ocasionadas consisten en cambios en el sistema nervioso autónomo en el que se produce una activación noradrenérgica que prepara al organismo para huir o pelear, la inhibición de la conducta de huída (freezing) y la evaluación selectiva de señales del medio ambiente que puedan indicar peligro.

Ahora bien, según Carrión y Bustamante (2005) los niveles de ansiedad determinan si su efecto será positivo o negativo y expresan la calidad de la relación entre ansiedad y rendimiento. Por ello puede hablarse de un nivel óptimo de ansiedad cuando están relacionados la ansiedad y el rendimiento de manera adecuada, es decir, la ansiedad es funcional a la tarea que la situación demanda y luego se normaliza (Carrión & Bustamante, 2005).

2.2. Ansiedad patológica: trastornos de ansiedad.

En el caso de que el estado de ansiedad haya sobrepasado el nivel óptimo, ya no es funcional, entorpece el rendimiento y la ansiedad se vuelve patológica ya que presenta una magnitud exagerada. Es esta ansiedad patológica la que produce los trastornos de ansiedad en los que la sensación que prima es el malestar (Carrión & Bustamante, 2005).

Los síntomas característicos de los trastornos de Ansiedad, según Virues Elizondo (2005) difieren de los sentimientos habituales de nerviosismo, ya que tienen un carácter muy intenso y recurrente, generan incomodidad e interfieren significativa y negativamente en la vida de la persona en varios niveles.

Las principales respuestas de ansiedad según Virues Elizondo (2005) son:

-Cognitivos o subjetivos: preocupación, impaciencia, inseguridad, miedo, pensamientos negativos, anticipación de peligro, dificultad de concentración, dificultad para la toma de decisiones, sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

- Motores u observables: hiperactividad, paralización motora, movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal, conductas de evitación fisiológicas o corporales y síntomas cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios, sexuales, neuromusculares y neurovegetativos muy diversos.

Cabe destacar, además que existen evidencias que indican que para que se desencadene un trastorno de ansiedad, se deben reunir un factor determinante, además de uno desencadenante.

Según Carrión y Bustamante (2005), existe una predisposición biológica a sufrir trastornos de ansiedad en tres de cada diez personas. Estos sujetos poseen además una cierta vulnerabilidad psicológica por lo que en cualquier momento de la vida de una persona predispuesta, a causa de diversos factores desencadenantes, puede desarrollarse un ataque de pánico.

Con respecto al mecanismo neurofisiológico que interviene en los pacientes con trastornos de ansiedad, se sabe que la mono amino oxidasa, una enzima plasmática, se encuentra aumentada y que cuando se bloquea la enzima con medicación, se produce un gran cambio en el paciente. Esta es la razón por la cual la medición de dicha enzima es parte de la batería de tests que se realiza a quien se presume que tenga cualquier tipo de trastorno de ansiedad (Carrión & Bustamante, 2005).

2.3. Características específicas de algunos trastornos de ansiedad.

Cada trastorno de ansiedad tiene, a su vez, características más específicas, así es como siguiendo los criterios del manual DSM IV TR (American Psychiatric Association, 2003) pueden diferenciarse:

La crisis de angustia, cuando hay aparición temporal y aislada de miedo intenso, que suele acompañarse de varios síntomas ansiosos y alcanza su máxima expresión en los primeros diez minutos.

El trastorno de angustia con agorafobia cuando hay crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado, entendiendo a la agorafobia como la aparición de ansiedad en situaciones donde escapar puede resultar difícil, o donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca una crisis de angustia. Estas situaciones se evitan o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas (DSM IV TR, American Psychiatric Association, 2003)

El trastorno de ansiedad generalizada, cuando existe una preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos que se prolongan más de 6 meses (DSM IV TR, American Psychiatric Association, 2003) la ansiedad y preocupaciones suelen asociarse a la impaciencia, fatiga, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular, perturbaciones del sueño, etc. (Bados, 2009).

Como se cita en Virues Elizondo (2005), Beck (1985), referente de psicología cognitiva, describe en el modelo cognitivo de la ansiedad generalizada, que el sujeto

a lo largo de su desarrollo ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones. Esa activación, explica Virues Elizondo (2005), pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos que producirían a su vez la activación emocional a nivel conductual. Como se cita en Virues Elizondo (2005), Beck (1985) refiere que la percepción del individuo es incorrecta, ya que está basada en falsas premisas. Esas percepciones se refieren a contenidos amenazantes sobre peligros para el sujeto y su incapacidad para afrontarlos.

Según el DSM IV TR (American Psychiatric Association, 2003) la fobia social específica es un temor que aparece ante situaciones sociales determinadas o actuaciones en público. El individuo teme actuar de un modo que sea humillante, y al hablar de especificidad, se entiende como tal cuando la fobia social no se da en todas las situaciones sociales, sino sólo en algunas.

Explica el National Institute of Mental Health (2009) que las personas con fobia social tienen miedo intenso, persistente, y crónico de ser observadas y juzgadas por los demás y de hacer cosas que les producirán vergüenza. Se pueden sentir preocupadas durante días o semanas antes de una situación que les produce temor. Este miedo puede tornarse tan intenso, que interfiere con su trabajo, estudios, y demás actividades comunes, y puede dificultar el hacer nuevas amistades o mantenerlas.

Como describe el National Institute of Mental Health (2009) los síntomas físicos que acompañan con mayor frecuencia a la fobia social incluyen enrojecimiento, transpiración intensa, temblor, náuseas y dificultad para hablar. Cuando estos síntomas ocurren, las personas con fobia social sienten que todas las personas los están mirando.

En relación al trastorno obsesivo compulsivo, se presentan obsesiones que causan ansiedad y malestar significativos o compulsiones cuyo propósito es neutralizar esa ansiedad.

Las obsesiones son ideas, imágenes o impulsos persistentes que el paciente percibe como irracionales y lucha contra ellas. Generalmente se refieren a temas de contaminación, de duda o religiosos. Las compulsiones son actos motores o mentales repetitivos. Son frecuentes las tareas de lavado, limpieza o exigencias de orden con rituales altamente complejos (DSM IV TR, American Psychiatric Association, 2003).

2.4. Concepto de spectrum.

Se han intentado delimitar, entonces, los alcances de cada término que describe a cada trastorno, sin embargo, como expresa Chappa (2006 a) las definiciones categoriales, como las del manual DSM suelen dejar por fuera que los pacientes con ciertos trastornos pueden manifestar una serie de síntomas asociados que pueden aparecer en otros trastornos aún cuando no lleguen a cumplir con todos los criterios para representar un trastorno comórbido.

Como se cita en Chappa (2006 a), Cassano et al. en 1997 proponen el concepto de spectrum para referirse a: síntomas típicos, atípicos y subclínicos del eje I del DSM; a signos, síntomas aislados, clusters de síntomas o patrones de comportamiento relacionados con los síntomas típicos que pudieran ser prodrómicos, precursores de un cuadro aún no completamente desarrollado, para secuelas de un trastorno previo que evolucionó con síntomas completos; y para rasgos de personalidad.

Dice Chappa (2006 a) que tener en mente este concepto es crucial para programar el tratamiento.

El spectrum pánico- agorafobia (PAS) abarca: síntomas típicos, atípicos, expectativa ansiosa, agorafobia típica y atípica, búsqueda de reaseguro de objetos y de los demás manifestando muchas veces dependencia, sensibilidad a los medicamentos y drogas, al estrés y a la separación, hipocondría y fobia a las enfermedades (Chappa, 2006 a).

Se incluyen entre las manifestaciones del spectrum: la claustrofobia, algunas formas de fobia social, los síntomas hipocondríacos, rechazo a tomar medicamentos, la fobia a ir a la cama, a ser anestesiado y algunos síntomas fóbicos situacionales,

tales como tormentas, viento o truenos. Estas manifestaciones son todas comunes al temor de perder el control que se da en las personas ansiosas (Chappa, 2006 a).

2.5. Concepto de comorbilidad.

Feinstein (1970), (como cita Chappa 2006 a) introdujo el concepto de comorbilidad y lo definió inicialmente como aquella entidad clínica que hubiera existido o que se presente durante el curso de otra afección en una persona. Luego, este concepto se extendió para referirse además de a trastornos, a síntomas.

Estos trastornos pueden darse de forma aislada o conjunta y según el DSM IV TR (American Psychiatric Association, 2003) cuando dos o más trastornos o diagnósticos coexisten en una misma persona en un determinado momento se habla de comorbilidad. Estos diagnósticos pueden pertenecer a un mismo eje o estar combinados en diferentes ejes.

Como explican Sánchez, Calvo y Nieto (2001) ha habido una falta de consenso con respecto a la definición del término comorbilidad, que ha ocasionado que haya dificultades para desarrollar estudios epidemiológicos dado que algunos tratan de establecer comorbilidad como la asociación entre grupos de síntomas aislados y una patología dada, más que entre trastornos psiquiátricos.

Tal como sostiene Van Praag (1996) (citado en Sánchez, Calvo & Nieto, 2001) la investigación en comorbilidad plantea un debate entre aquellos que están a favor de la división descriptiva de los trastornos mentales en unidades cada vez más específicas y los que favorecen la investigación en conjunto de los trastornos mentales.

2.6. Características generales del tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Según Escobar (2003) los trastornos de ansiedad cursan de forma crónica, con algunos períodos de remisión y de exacerbación. Pero si los pacientes reciben un tratamiento adecuado los períodos críticos disminuyen. Sólo de un tercio a la mitad de los enfermos presentan una forma crónica y persistente aún recibiendo tratamiento. Otro tercio mejora completamente.

Como explica Escobar (2003) el objetivo principal del tratamiento de los trastornos de ansiedad es aliviar los síntomas, tratando de impedir que haya recaídas y procurando un funcionamiento global de la persona que sea adecuado, de forma que pueda realizar sus actividades laborales o de formación, normalmente.

La mayoría de los pacientes requieren un manejo ambulatorio y son raros los casos que ameritan hospitalización (Escobar, 2003).

Además, explica Escobar (2003), es importante establecer una buena alianza terapéutica y psicoeducar al paciente y su entorno acerca de el o los trastornos de ansiedad que presenta, llevando un seguimiento permanente de los síntomas y asegurando la asistencia continua, para que el paciente se encuentre más tranquilo y coopere con el tratamiento.

Sugiere Escobar (2003) realizar una evaluación médica general y psiquiátrica detallada antes de iniciar el tratamiento.

Una vez hecho el diagnóstico clínico y descartadas condiciones médicas y uso de sustancias, Escobar (2003) propone iniciar un manejo biopsicosocial, es decir, utilizar recursos de diversas áreas como el uso de fármacos, de técnicas psicoterapéuticas y socioterapia.

2.7. Estrategias terapéuticas utilizadas en los trastornos de ansiedad.

Históricamente, los sujetos ansiosos que no habían recibido tratamiento se consideraban candidatos a psicoterapias prolongadas con orientación introspectiva. Pero no existen estudios que demuestren que esta terapia sea superior al placebo, la farmacoterapia u otras terapias y su indicación se basa en opinión de expertos. En la actualidad los estudios muestran que la mejoría se produce con psicoterapia cognitiva, conductual y con farmacoterapia (Escobar, 2003).

Hay diversas estrategias para el abordaje de los trastornos de ansiedad, que se definen y diferencian según el modelo teórico en el que se basan, que pueden también combinarse.

Se describen los que resultan más pertinentes por ser aquellos de los cuales hay mayores evidencias de efectividad: modelo cognitivo, de la exposición, de la emoción oculta y biológico.

El modelo cognitivo se funda en la idea de que los pensamientos negativos son los que producen ansiedad, por ende confrontándolos y modificándolos se llega al alivio (Burns, 2006).

Explica Bustamante (2011) que este modelo busca cambiar patrones afectivos y conductuales a través de procesos relacionados con el aprendizaje, por lo tanto son modificables y es allí donde las variables cognitivas operan y procesan el cambio. El terapeuta evalúa entonces los procesos desadaptados del paciente para organizar las experiencias que alterarán las cogniciones. Y así a través de una serie de intervenciones puede llegar a reestructurar los pensamientos desajustados.

Según Burns (2006) el modelo de la exposición se basa en la idea de que la causa de toda ansiedad es la evitación, por ello, se vencen los miedos cuando la persona se enfrente a lo temido.

Describe Burns (2006) al modelo de la emoción oculta como aquel que se basa en la idea de que la causa de toda ansiedad es la amabilidad, o la tendencia a querer agradar a la gente, huyendo de los conflictos y sentimientos negativos.

Es así como estas personas esconden sus problemas para no trastornar a nadie pero luego vuelven a salir sus sentimientos negativos en forma de preocupaciones y ansiedad. Según este modelo, la ansiedad desaparece cuando se dejan de ocultar los sentimientos negativos y se resuelven los problemas que inquietan al sujeto (Burns, 2006).

El modelo biológico, explica Burns (2006) se basa en la idea de que la ansiedad es consecuencia de un desequilibrio químico en el sistema nervioso, cuya estrategia se encuentra en la medicación.

En el marco de la teoría cognitivo conductual y el modelo de exposición, Virues Elizondo (2005) describe las siguientes técnicas para el tratamiento de los trastornos de ansiedad:

. Técnicas de relajación que inducen la distracción cognitiva y habilidad para la reducción de la activación ansiógena.

. El entrenamiento asertivo: dirigido a aumentar la habilidad de autoafirmación del sujeto y la reducción de inhibiciones conductuales.

. Las técnicas de exposición en las que el sujeto puede aprender a enfrentar las situaciones de ansiedad sin evitarlas (en vivo y/o en imaginación) de modo que se habitúe a ellas y no confirme sus expectativas.

Acerca de las técnicas de exposición, Carrión y Bustamante (2005) describen las cuatro siguientes modalidades:

1. Exposición prolongada en vivo.

Con presencia del terapeuta se le presenta un estímulo que le genere ansiedad, que se irá reemplazando con otros estímulos que ofrezcan mayor dificultad. Gradualmente el terapeuta se retira para dejar al paciente solo frente al estímulo.

2. Práctica reforzada graduada.

La actividad comienza con una expectativa de éxito, cuando hay síntomas de ansiedad se vuelve al punto de partida y se evalúa positivamente el tiempo y la distancia recorrida.

3. Autoexposición controlada más autoobservación.

Consiste en exponer al paciente durante un tiempo razonable, hasta que se ponga ansioso y tenga que salir de la situación. El terapeuta no está presente, por lo tanto no hay reforzadores positivos.

4. Práctica programada.

Por medio de un cronograma se vuelcan la información y datos de la situación temida a la que se expone al paciente. El paciente es acompañado a hacer afrontamientos y exposiciones.

Esta práctica tiene, a su vez, cuatro pasos:

a) La actividad comienza seleccionando el objeto o situación a enfrentar de una lista que se construye asignándole prioridades según el nivel de temor de cada situación.

b) Se presenta al paciente un estímulo que le da ansiedad, que irá reemplazando aumentando el grado de dificultad, en caso de que se comience con presencia del terapeuta, se irá retirando progresivamente para finalmente dejar solo al paciente ante lo temido.

c) Se evalúan los grados de ansiedad que le genera el acercarse al evento ansiógeno y si este es evitado habitualmente.

d) Se vuelca la información de las exposiciones en un cronograma que servirá para evaluar el grado de afección y evolución del paciente.

Profundizando acerca de las técnicas de relajación, explica Bulacio (2004) que son procedimientos cuyo objetivo es enseñar a una persona a controlar su propio nivel de activación sin ayuda de recursos externos. La relajación produce efectos contrarios al de la tensión reiterada: disminuye la tensión muscular, la frecuencia cardíaca y respiratoria, y los niveles de secreción de adrenalina y noradrenalina, es decir, la actividad del sistema autónomo simpático en general.

Se distinguen la relajación muscular progresiva y las técnicas de respiración.

1. Relajación muscular progresiva: esta técnica según Bulacio (2004) sirve para relajarse por medio de ejercicios en los que se tensa y relaja alternativamente los distintos grupos musculares. La persona identifica de esta manera los indicios fisiológicos de sus músculos cuando están en tensión y comienza a ser capaz de implementar los recursos aprendidos para reducirla.

2. Técnicas de respiración: el objetivo de estas técnicas es establecer un control voluntario de la respiración, para luego llegar a automatizar ese control y poder mantener así su regulación incluso en las situaciones problemáticas o de elevada ansiedad (Bulacio, 2004).

Según Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992) la finalidad de las técnicas cognitivas, en general, es facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales, y una vez detectados comprobar su validez. Y la finalidad de las técnicas conductuales, proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades. Como citan Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992), las principales técnicas cognitivas desarrolladas por Beck son: detección de pensamientos automáticos, clasificación de las distorsiones cognitivas, búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos, concretizar hipótesis, retribución, descentramiento, descatastrofización y uso de imágenes.

Según Escobar (2003) la técnica cognitiva conductual engloba varios tratamientos como la psicoeducación, la vigilancia continuada de la angustia, la reestructuración cognoscitiva y la exposición in vivo.

2.8. Tratamientos integrados en la actualidad.

Las modalidades terapéuticas para las que se dispone de pruebas considerables de la eficacia en el tratamiento del trastorno de ansiedad son la terapia cognitivo conductual (TCC) y la farmacoterapia (Escobar, 2003).

Siendo muy eficaces ambas, cuando hay una integración en el tratamiento, la eficacia se potencia.

Como sostienen Hollon y Beck (1993) (citados en Bustamante, 2011) la eficacia aumenta en un 10-15% cuando se combina terapia cognitiva con medicación, actuando más rápido la medicación y a través de la terapia se pueden prevenir recaídas y evitarlas.

Galli et al. (2000) investigaron lo que los profesionales de la salud mental creen que es lo más conveniente para el tratamiento de la ansiedad. Establecen que

en un estudio en Perú los psiquiatras se inclinan en un 85.4% por la combinación de tratamientos y los psicólogos encuestados también la consideran la primera elección. Los médicos no psiquiatras favorecen el tratamiento en combinación en un 54.0%. El trastorno obsesivo compulsivo, en opinión de los médicos psiquiatras, debiera ser tratado con psicoterapia y farmacoterapia en un 83.3% y los psicólogos opinan que en primer lugar debería elegirse la terapia combinada. Los médicos no psiquiatras en un 21.5% se inclinan por la farmacoterapia.

2.9. Alternativas para que el tratamiento sea más efectivo.

Escobar (2003) plantea que la psicoterapia de grupo es efectiva en algunos pacientes y explica que un grupo puede brindar más apoyo que el terapeuta solo y además ayuda a puntualizar las inconsistencias en el pensamiento y conducta ansiosa, es decir a que el paciente contraste los pensamientos distorsionados.

Según el National Institute of Mental Health (2009) muchas personas con trastornos de ansiedad se benefician al unirse a un grupo de apoyo y de compartir sus problemas y logros con otros.

Carrión y Bustamante (2005) establecen la necesidad de asistir a grupos terapéuticos como parte del tratamiento, donde se realice descondicionamiento y deshabitación de la fobia o ansiedad. En dichos grupos se comparten experiencias entre pacientes que están atravesando situaciones similares, o que las han pasado y han logrado recuperarse sin manifestar en la actualidad síntomas inesperados.

El grupo puede operar también como una forma de salir del aislamiento social al que muchos pacientes son condenados, de luchar contra la incomprensión de la sociedad y en lo posible de suprimir la sintomatología (Carrión & Bustamante, 2005).

Además las técnicas de manejo del estrés y de meditación pueden ser una alternativa para que el tratamiento sea más efectivo, ya que puede ayudar a las personas con trastornos de ansiedad a calmarse y mejorar los efectos de la terapia (National Institute of Mental Health, 2009).

Según el National Institute of Mental Health (2009) hay evidencia de que los ejercicios aeróbicos pueden tener un efecto calmante.

La familia es muy importante para la recuperación de una persona que padece de trastorno de ansiedad. Los miembros de la familia no deben subestimar el trastorno o exigir una mejoría sin que la persona reciba tratamiento (National Institute of Mental Health, 2009).

Además, identificar personas interesadas en el paciente ayuda a hacer más poderosa la psicoterapia brindada (Escobar, 2003).

Según Chappa (2006 b) como las recaídas son muy frecuentes, el paciente debe ser advertido, al finalizar su tratamiento, respecto de este riesgo. Hechos de la vida que signifiquen tensión, aumento de las responsabilidades, promociones laborales o académicas, que activan el conflicto dependencia-autonomía, generarán ansiedad y predispondrán a las crisis. Asimismo, los estudios de seguimiento arrojan alguna luz sobre aquellos factores que permiten mantener la recuperación obtenida o los beneficios logrados de acuerdo al tipo de tratamiento.

Debido a que la cafeína, ciertas drogas ilegales, algunos medicamentos de uso común no recetados por un médico pueden agravar los síntomas de los trastornos de ansiedad, éstos deben evitarse (National Institute of Mental Health, 2009).

2.10. Principales trastornos con los que hay comorbilidad en los trastornos de ansiedad y estrategias terapéuticas para abordar la misma.

Cuando un mismo sujeto presenta dos o más trastornos en un determinado momento, el tratamiento multidisciplinario y la interrelación entre los miembros profesionales del equipo es lo fundamental.

Es muy probable que un trastorno de ansiedad esconda algún otro trastorno de ansiedad, o varios. Y también lo es, que el trastorno de ansiedad oculte otra enfermedad, como depresión, desordenes alimenticios, alcoholismo o abuso de sustancias químicas (Carrión & Bustamante, 2005).

En las crisis de angustia, por ejemplo, explica Keegan (2003) que es muy frecuente que se den cuadros de comorbilidad con otros trastornos. Diferentes datos muestran que la frecuencia de comorbilidad se presenta con valores de entre un 51% a un 83%, según la investigación que se considere. Y se da generalmente con: la fobia social, las fobias específicas, la depresión mayor, el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos por stress postraumático y el abuso de sustancias.

Tal y como los demuestran estas evidencias, la mayoría de los trastornos que son comórbidos a las crisis de angustia, son también trastornos de ansiedad.

Por su parte, Chappa (2006 b) coincide con que tres de las condiciones que se han visto con mayor frecuencia asociadas al pánico, con o sin agorafobia son la depresión, la obsesividad y la fobia social.

Aparece nuevamente el riesgo de padecer depresión en los pacientes con trastornos de ansiedad, este no es un tema menor y aunque excede los alcances de este trabajo, vale la pena destacar que, como indican Bittner et al. (2004) estos pacientes tienen mayor riesgo de padecer depresión mayor durante la evolución del trastorno.

Es por eso que se recomienda advertir al paciente de esa posibilidad para que si, una vez recuperado, reaparecen síntomas mínimos de depresión, consulte prontamente. Es parte de la tarea psicoeducacional enseñarle al paciente a detectarlos (Chappa, 2006 b).

La comorbilidad de trastornos ansiosos con el trastorno obsesivo compulsivo, explica Chappa (2006 b), hace al tratamiento más resistente.

En un estudio con pacientes con agorafobia, el tiempo de recuperación resultó sensiblemente mayor cuando los puntajes de obsesividad fueron altos (Chappa, 2006 b).

Es habitual que los pacientes durante la implementación del tratamiento que se lleva a cabo en los casos de trastornos de ansiedad muestren avances y retrocesos.

Cuando estos pacientes además de otros trastornos de ansiedad, presentan trastorno obsesivo compulsivo, frecuentemente expresan necesidades de reaseguro y requieren que las explicaciones les sean detalladamente repetidas. Esta, explica Chappa (2006 b) podría ser la razón por la que el tiempo de recuperación sea mayor.

Además tienden a estar dominados por dudas respecto a su habilidad para llevar a cabo las tareas o sobre la eficacia del tratamiento (Chappa, 2006 b).

Con respecto a la fobia social, explica Chappa (2006 b), este trastorno influye principalmente después de completado el tratamiento del otro trastorno de ansiedad. Esto ocurre porque en general, el paciente con fobia social continúa evitativo.

Según Chappa (2006 b) el tratamiento en estos casos debe seguir los lineamientos del tratamiento cognitivo conductual de la fobia social.

Particularmente habría que centrarse en la detección y resolución de las conductas de seguridad que podría exhibir, esta vez en función del comportamiento social, y que ha sido demostrado relevante como factor de mantenimiento (Alden & Bieling, 1998).

Ahora bien, teniendo en cuenta la comorbilidad en los trastornos ansiosos en general, explica Keegan (2003) que en una mesa redonda que se hizo en Granada en el año 2000, Margraf, Badow y Craske, coinciden en señalar que la terapia cognitivo conductual muestra eficacia sobre el trastorno de ansiedad generalizada aún cuando este no sea el blanco del tratamiento, sino la crisis de angustia, y lo que es interesante es que este efecto resultaba perdurable a lo largo del tiempo.

Entonces como la psicoterapia cognitiva demuestra eficacia en los trastornos primarios y comórbidos, podría no ser necesario realizar un tratamiento en dos tiempos (Keegan, 2003).

Esto aporta una evidencia más de que la terapia cognitivo conductual sería la más adecuada por su duración y costo, en las crisis de angustia comórbidas.

También se realizaron otros estudios orientados a establecer los métodos más efectivos para lograr aliviar los trastornos de ansiedad cuando se presentan en comorbilidad con otros trastornos, muy frecuentemente también de ansiedad.

Como cita Keegan (2003) el estudio de Tsao, Mystrowski, Zucker y Craske (2002) que se hizo en tres centros distintos, se llevó a cabo con una muestra de 77 pacientes con: pánico con y sin agorafobia en comorbilidad con TAG, fobia específica, depresión mayor, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés post-traumático y otros, de acuerdo a un diagnóstico obtenido a través del ADIS-IV (Anxiety Disorders Interview Schedule).

La muestra estaba conformada fundamentalmente por pacientes con fobia específica, fobia social, TAG y depresión mayor. Un 61% de mujeres y un 31% de hombres, con una edad media de 34,27%, con un DS de 10,08 y un rango de 18 a 55. El 17,6% de los pacientes presentaban una agorafobia leve o ausente y un 82,4% una agorafobia moderada o severa. No había correlación entre el nivel de comorbilidad y el uso de medicación (Keegan, 2003).

En dicho estudio, explica Keegan (2003) la medicación se mantuvo estable durante todo el tratamiento, para dejarlo como variable extraña, pero al ser constante hizo que no incidiese, esto es interesante para ver qué es lo que hace la terapia cognitiva.

Otro dato, que resulta importante para Argentina, dice Keegan (2003), es que también incluyeron allí a otras personas que estuvieran haciendo psicoterapia de largo plazo, pero que era por otros motivos y no por el pánico, como terapia a plazo indefinido.

Las conclusiones a las que se pueden arribar por medio del estudio de Tsao, Mystrowski, Zucker y Craske (2002), según Keegan (2003) son:

1. La terapia cognitivo-conductual para el pánico comórbido es eficaz para la patología principal y la secundaria, con efectos perdurables a 6 meses. Pero aquí es importante analizar de qué tipo de comorbilidad se trata.

2. El estudio mostró, como muchos otros, que el pánico comórbido es un fenómeno muy frecuente.

3. La previa comorbilidad y su severidad no afectaron los resultados.

Se sabe que la ansiedad patológica genera: atención selectiva; hipervigilancia; alteración en la estimación de probabilidad; pensamiento extremista y catastrófico, que es un puente importante a la depresión mayor; estilo evitativo; y por último, elevada activación simpática.

La terapia cognitiva es efectiva en casos de comorbilidad porque se trata de una terapia centrada en la adquisición de habilidades.

Según Keegan (2003) estas habilidades el paciente las desarrolla a partir de hacer el tratamiento cognitivo-conductual y sirven para ser aplicadas en muchas situaciones que no son necesariamente las derivadas del trastorno de pánico o del trastorno de ansiedad que se esté tratando.

De manera que éstas resultan útiles más allá de las fronteras diagnósticas.

Esto explicaría también por qué los trastornos de ansiedad son los que mejor responden a un tratamiento no dirigido a ellos.

Es decir, las habilidades que desarrolla el paciente para manejar la ansiedad inespecíficamente vinculada al pánico resulta sencillamente aplicable a las cuestiones que le plantea el otro trastorno de ansiedad (Keegan, 2003).

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio.

Estudio descriptivo. Descripción de caso único.

3.2. Participante.

Mujer de 29 años soltera con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, crisis de angustia con agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo moderado y fobia social específica para relacionarse con personas del sexo opuesto que le parecen atractivas realizado en la F..

Sigue un tratamiento psiquiátrico, psicológico y terapia grupal con orientación cognitivo conductual en dicha Fundación desde el mes de mayo de 2011.

Vive sola en Capital Federal. Terminó la instrucción secundaria en el año 2003. Desde entonces no trabaja ni estudia, por su enfermedad.

Su familia vive en provincia de Buenos Aires, en la localidad de Ituzaingó. Esta se compone de su mamá y su hermano menor, su padre falleció a finales del 2011.

3.3. Instrumentos.

Se analizó una parte de la Historia Clínica de la paciente.

Se realizaron cuatro entrevistas semidirigidas: a la paciente, a su terapeuta y a dos coordinadoras del grupo terapéutico de agorafobia.

Las áreas a explorar en las entrevistas fueron:

A la paciente: actividades del tratamiento que la ayudan, momentos en que se produjeron mejoras, percepción de evolución.

A la terapeuta: síntomas, actitud ante el tratamiento, estrategias terapéuticas implementadas a lo largo del tiempo, abordaje de la comorbilidad, evolución, pronóstico: dificultades y fortalezas.

A las coordinadoras: síntomas, actitud ante el tratamiento, estrategias terapéuticas particulares para la paciente, influencia de la comorbilidad en la evolución de la paciente, pronóstico: dificultades y fortalezas.

Observación participante en grupo terapéutico de agorafobia y registro de dicha observación.

Observación no participante en grupo terapéutico de TOC y registro de dicha observación.

Sesiones de terapia expositiva comportamental. Fueron cinco sesiones en las que se expone a la paciente a viajar en colectivos, combi y tren, se la acompañó, se interrogó el nivel de ansiedad en cada momento y la forma en que la enfrentó.

3.4. Procedimientos de recolección de datos.

Se analizó parte de la Historia Clínica de la paciente en presencia de su terapeuta.

Se realizaron cuatro entrevistas semidirigidas:

1. A la paciente se la entrevistó en el momento de recreación de una sesión SATEC (Sesiones de Terapia Expositiva Comportamental). El miércoles 22 de mayo. Duración: 40 minutos.
2. A su terapeuta se la entrevistó en su consultorio en la Fundación. El día miércoles 9 de mayo. Duración: 45 minutos.
3. A dos coordinadoras del grupo terapéutico de agorafobia. Se las entrevistó por separado, luego de dos reuniones de coordinación, en dos diferentes semanas en la Fundación. Una entrevista se realizó el jueves 10 y la otra el 17 de mayo. Duración aproximada: 30 minutos cada una.

Se observó cómo se desenvuelve la paciente y los profesionales a cargo en los encuentros semanales en el grupo terapéutico de exposición de pacientes con agorafobia y en dos encuentros del grupo terapéutico de pacientes con TOC. Los grupos de agorafobia tienen una duración de 3 horas una vez por semana, excepto una vez al mes que se realiza un viaje largo y la exposición dura entonces 6 horas. En los encuentros del grupo de agorafobia se participó coordinando la salida de la

paciente, esto es: observarla, preguntarle como ha estado en la semana y en la exposición del día, acompañarla y asistirle si siente ansiedad en algún momento.

Sesiones de Terapia Expositiva Comportamental (SATEC).

Fueron cinco sesiones en las que se expuso a la paciente a viajar en colectivos, combi y tren, se la acompañó, interrogó el nivel de ansiedad en cada momento y la forma en que la enfrenta. El destino del viaje fue en todas las oportunidades el mismo (Ituzaingó, lugar de residencia de su madre y hermano) y se llegó en diferentes medios de transporte con el fin de que estuviera preparada para llegar sola en cualquier medio.

4. DESARROLLO

4.1. Presentación del caso.

Florencia comenzó terapia en el año 2003 luego de sufrir ataques de pánico reiterados al viajar en subte y colectivo. Se encontraba culminando sus estudios secundarios, pudo finalizarlos pero no inició estudios universitarios como había planeado por sufrir de crisis de angustia con agorafobia en varias oportunidades.

Recibió asistencia psicológica psicoanalítica durante siete años aproximadamente con el mismo profesional y según lo que ella comentó en la entrevista realizada, pudo mejorar pocos síntomas gracias a ese tratamiento, pero “siempre estaba mal, no avanzaba”.

En el mes de mayo del año 2011 ingresó a la F., en donde realizó la entrevista de admisión con un psiquiatra. Además se le administró una batería de tests, compuesta por:

- MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnessotta).
- Test HTP (Casa-Árbol-Persona).
- Test de Bender.

-PMK (Psicodiagnóstico mioquinético).

Entrevistas estructuradas:

-BDI (Inventario de depresión de Beck).

-ACQ (Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas)

-BSQ (Cuestionario de Sensaciones Corporales).

-MI (Inventario de Movilidad para agorafobia).

-SAS (Escala de Ansiedad Social de Liebowitz).

-Y-BOCS (Escala para el Trastorno Obsesivo Compulsivo de Yale Brown).

4.2. Características del trastorno de ansiedad generalizada, crisis de angustia con agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social específica en la paciente.

Se describen los principales síntomas que presenta la paciente siguiendo la conceptualización del manual DSM IV TR (American Psychiatric Association, 2003) de los trastornos que posee. Esta descripción no es exhaustiva, sino de los síntomas más salientes.

4.2.1. Trastorno de ansiedad generalizada.

La psicóloga indica que Florencia presenta: preocupaciones excesivas, anticipación negativa, angustia, queja recurrente, dificultad para resolver problemas y dificultad para priorizar.

Según dos coordinadoras del grupo de agorafobia, Florencia presenta muchas dificultades para tolerar la espera. Esto tiene que ver con la impaciencia, como síntoma de las preocupaciones ansiosas, ya que como dice Bados (2009), la ansiedad y preocupaciones suelen asociarse a la impaciencia, entre otros síntomas.

Esto se ha evidenciado también durante las sesiones SATEC, cuando hubo que esperar los medios de transporte (tren y colectivos), Florencia se puso ansiosa la

mayoría de las veces, recurriendo a la conversación continua como medio para evadir la situación y hacer más amena la espera.

Una de las coordinadoras del grupo de agorafobia también destacó que Florencia suele ponerse molesta cuando se la saca de una rutina, cuando se presentan situaciones inesperadas, esto se relaciona con el temor a perder el control del que habla Chappa (2006 a), que se da en personas con trastorno de ansiedad generalizada.

4.2.2. Crisis de angustia con agorafobia.

Su psicóloga describe la evitación y ansiedad ante la exposición (palpitaciones, mareos, inestabilidad, desmayos) como los principales síntomas de este trastorno.

Florencia, comenzó el grupo de agorafobia sin poder hacer viajes en ningún medio de transporte sin sufrir de una elevada ansiedad, esto lo explicó ella misma en la entrevista que se le realizó.

Expresó que había sufrido varias crisis de angustia antes de comenzar el grupo, siempre relacionadas con situaciones donde escapar podría resultar difícil. Es por esto que no podía salir a realizar las exposiciones sin que haya algún coordinador en el mismo medio de transporte, tal y como lo describe el manual DSM IV (American Psychiatric Association, 2003) que ocurre ante las situaciones temidas, que se evitan o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

4.2.3. Trastorno obsesivo compulsivo.

Como principal característica de este trastorno en Florencia su psicóloga indica el ritual de chequeo de la llave de gas.

En las observaciones hechas en el grupo de TOC se advirtió que Florencia revisa varias veces la llave de gas y también la de agua antes de salir de la casa, lo que implica bastante tiempo e incomodidad, ya que una vez que sale de la casa, el pensamiento de que pudo no haberlas cerrado hace que varias veces tenga que regresar a chequear nuevamente.

Es decir, presenta obsesiones que causan ansiedad y malestar significativos y compulsiones cuyo propósito es neutralizar esa ansiedad, tal y como lo dice el manual DSM IV (American Psychiatric Association, 2003).

También de las observaciones realizadas en el grupo de TOC se infirió que presenta excesiva ansiedad ante situaciones como pagar las cuentas, en que se requiere una responsabilidad en una fecha determinada.

4.2.4. Fobia social específica.

Florencia presenta fobia social específica ante el sexo opuesto. Su psicóloga cuenta que Florencia nunca tuvo pareja, que le agradan los varones pero a los que considera atractivos los evita por la incomodidad que le generan. Comenta también que en algunas oportunidades le ha bajado la presión al verse expuesta con algún varón.

Esto también se observó en ciertas situaciones en que se salió con ella a realizar exposiciones para tratar la agorafobia, lo notaron sus coordinadores de grupo de agorafobia y se hizo notorio en las sesiones SATEC. En una oportunidad, por ejemplo, estaba en una combi para realizar un viaje, tuvo un inconveniente con el asiento y un chico se acercó a ayudarla, se puso muy ansiosa y actuó de forma muy torpe moviendo su asiento bruscamente hacia adelante y hacia atrás reiteradas veces.

4.3. Análisis de las estrategias terapéuticas llevadas a cabo por los profesionales que intervienen en el caso.

El tratamiento que se lleva a cabo en el caso de Florencia es integrado, es decir una combinación entre terapia cognitivo conductual y medicación, que es el tratamiento más eficiente según lo estudiado (Escobar, 2003).

Como sostienen Hollon y Beck (1993) (citados en Bustamante, 2011) la eficacia aumenta en un 10-15% cuando se combina terapia cognitiva con medicación, actuando más rápido la medicación y a través de la terapia se pueden prevenir recaídas y evitarlas.

4.3.1 Terapia psiquiátrica.

Florencia toma medicación y va a consultas psiquiátricas una vez al mes. Los medicamentos que toma son: Alprazolam (Alplax), que es un ansiolítico y Lamotrigina (Lamictal), un antiepiléptico con efectividad clínica en el caso de Trastorno Bipolar.

4.3.2 Terapia psicológica individual.

Las principales estrategias terapéuticas llevadas a cabo por su psicóloga son:
Conductuales

Según Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992) la finalidad de las técnicas conductuales es, proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.

Las técnicas conductuales utilizadas en el caso de Florencia fueron la exposición directa o “en vivo” y las de relajación.

Se explican según la conceptualización que se sigue en la Fundación, de los autores Carrión y Bustamante (2005), salvo en los casos que se cita otro autor.

Exposición directa o “en vivo”.

Sus cuatro variables han sido llevadas a cabo por Florencia en algún momento del tratamiento.

1. Exposición prolongada en vivo.

Con presencia del terapeuta se le presenta un estímulo que le genere ansiedad, que se irá reemplazando con otros estímulos que ofrezcan mayor dificultad. Gradualmente el terapeuta se retira para dejar al paciente solo frente al estímulo.

En el caso de Florencia el estímulo ansiógeno a enfrentar en las sesiones SATEC era el viaje a I. en cualquier medio de transporte. Se realizaron cinco viajes con la alumna acompañante.

Los tres primeros en diferentes colectivos, en trayectos cada vez más largos, el cuarto en combi y el quinto en el tren.

Se realizó un viaje por semana acompañada y el mismo viaje debía repetirlo Florencia en la misma semana pero sola. Se acordó que si la exposición podía ser lograda, se seguía con el siguiente paso y sino, se repetía con la acompañante.

No hubo que repetir ningún viaje. Al finalizar esta serie de exposiciones Florencia prácticamente no presentaba síntomas de ansiedad.

2. Práctica reforzada graduada.

Florencia realizó esta práctica en algunos encuentros del grupo de agorafobia, la actividad comienza con una expectativa de éxito, cuando hay síntomas de ansiedad se vuelve al punto de partida y se evalúa positivamente el tiempo y la distancia recorrida. Esto se practicó con varios destinos diferentes sobre todo las primeras veces que Florencia fue al grupo y el refuerzo fue realizado por los coordinadores.

3. Autoexposición controlada más autoobservación.

Consiste en exponer al paciente durante un tiempo razonable, hasta que se ponga ansioso y tenga que salir de la situación. El terapeuta no está presente, por lo tanto no hay reforzadores positivos.

Florencia no sólo realizó este tipo de exposición por indicación de su psicóloga, sino también por la de la terapeuta que coordina el grupo de TOC, que se detallará más adelante para disminuir los rituales de control de las llaves de agua y de gas.

Su psicóloga utilizó esta estrategia terapéutica para tratar la dificultad que Florencia tiene para esperar, se le asignó como tarea hacer alguna compra en días y horarios en que hay mucha gente en el supermercado, teniendo que exponerse así a la espera en la fila para abonar, en un principio Florencia no lograba concretar la compra y se retiraba en el momento que sentía gran ansiedad.

4. Práctica programada.

Florencia realizó prácticas programadas en las sesiones SATEC, con la alumna acompañante, para enfrentar el miedo a viajar a l. sola.

Por medio de un cronograma se vuelcan la información y datos de la situación temida a la que se expone al paciente. El paciente es acompañado a hacer afrontamientos y exposiciones.

Esta práctica tiene cuatro pasos:

a) La actividad comienza seleccionando el objeto o situación a enfrentar de una lista que se construye asignándole prioridades según el nivel de temor de cada situación. Florencia construyó junto a su psicóloga una lista de situaciones que le generan ansiedad. Las jerarquizó y se arribó a que la situación más temida sería viajar a l. en el tren .

b) Se presenta al paciente un estímulo que le dé ansiedad, que irá reemplazando aumentando el grado de dificultad, en caso de que se comience con presencia del terapeuta, se irá retirando progresivamente para finalmente dejar solo al paciente ante lo temido. Así fue como Florencia comenzó las sesiones en presencia de la acompañante y progresivamente se fue retirando hasta que la última sesión la realizó sola.

c) Se evalúan los grados de ansiedad que le genera el acercarse al evento ansiógeno y si este es evitado habitualmente. El nivel de ansiedad que le generaban los viajes fue variando, disminuyendo siempre paulatinamente.

d) Se vuelca la información de las exposiciones en un cronograma que servirá para evaluar el grado de afección y evolución del paciente. Esto se realiza luego de cada exposición. En el caso de Florencia se realizaba luego de cada exposición un informe de cada sesión. Esta tarea la realizaba la acompañante y lo entregaba a la psicóloga de Florencia para tener un constante seguimiento y evolución del caso.

Técnicas de relajación.

Tal como explica Bulacio (2004) son procedimientos cuyo objetivo es enseñar a una persona a controlar su propio nivel de activación sin ayuda de recursos

externos. La relajación produce efectos contrarios al de la tensión reiterada: disminuye la tensión muscular, la frecuencia cardíaca y respiratoria, y los niveles de secreción de adrenalina y noradrenalina, es decir, la actividad del sistema autónomo simpático en general.

Florencia comentó que las técnicas que ella más utiliza son la relajación muscular progresiva y técnicas de respiración.

1. Relajación muscular progresiva: esta técnica según Bulacio (2004) sirve para relajarse por medio de ejercicios en los que se tensa y relaja alternativamente los distintos grupos musculares. La persona identifica de esta manera los indicios fisiológicos de sus músculos cuando están en tensión y comienza a ser capaz de implementar los recursos aprendidos para reducirla.-

Florencia realiza estos ejercicios en su casa y además su psicóloga le recomendó que comience Pilates y asiste a esas clases semanalmente donde también realiza estos ejercicios por iniciativa propia.

Además de ser muy positivo que Florencia incorpore a su rutina la realización de estas técnicas, como dice el National Institute of Mental Health (2009) hay evidencia de que los ejercicios aeróbicos pueden tener un efecto calmante y por eso se vislumbra en esta “recomendación” de su psicóloga, otra estrategia terapéutica.

2. Técnicas de respiración: Florencia realiza una serie de respiraciones en las que cuenta cinco tiempos para inhalar y otros cinco para exhalar rítmicamente. Esto lo practica de manera lenta en series de diez. Es uno de los principales recursos con los que cuenta al sentir ansiedad en las exposiciones y lo utiliza mucho.

Cognitivas

Según Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1992) la finalidad de las técnicas cognitivas es facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales, y una vez detectados comprobar su validez.

Autoregistro de pensamientos automáticos.

La detección de los pensamientos automáticos es una de las principales técnicas cognitivas desarrolladas por Beck.

Como se cita en Virues Elizondo (2005), Beck (1985), describe que el sujeto a lo largo de su desarrollo ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones. Esa activación, explica Virues Elizondo (2005), pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos que producirían a su vez la activación emocional a nivel conductual.

Florencia registra de forma escrita los pensamientos automáticos que irrumpen ante ciertas situaciones.

4.3.3. Terapia grupal

Florencia concurre a dos grupos terapéuticos. El grupo de agorafobia y el de trastorno obsesivo compulsivo.

El grupo de agorafobia.

El encuentro del grupo comienza cuando todos sus integrantes se encuentran en un bar cercano a la F., allí se permanece media hora aproximadamente en la que los miembros firman un acta de presencia y los pacientes entregan un boletín en el que se puntúan con un número del uno al diez para indicar como están para la exposición del día, que representa el nivel de ansiedad al momento teniendo en cuenta cómo transitaron la semana en cuanto a los momentos de ansiedad de la actividad que los atemoriza y también el estado de ánimo en general.

Si es su deseo, pueden escribir allí también lo que quieran, contar algo que sucedió, alguna dificultad o avance.

Ese boletín se lo entregan cerrado a una de las coordinadoras que es una paciente recuperada.

Florencia en general siempre se puntúa bajo, sus calificaciones desde el mes de abril hasta mediados de junio nunca han sido diferentes a 2 o 3.

Esto se le señaló, varios coordinadores le dijeron que ella no estaba siempre igual, que registre sus cambios y avances, pero su exigencia en la autoevaluación no cambió.

Durante el momento en el que se permanece en el bar, quienes lo desean pueden desayunar. Se tiene en cuenta que muchos vienen de lejos y durante la exposición no pueden tomar ni comer nada, a menos que sea parte de la exposición el almuerzo. Esto ocurre sólo los primeros sábados de cada mes en que se hace un viaje más largo. Florencia consume siempre un té.

Hay varias leyes en el grupo orientadas a que el paciente aproveche más la exposición, no tenga reaseguros ni recursos para evitar el momento. Estas son, como se dijo anteriormente, no comer ni tomar nada, además: no escuchar música, no comer chicle, no usar el teléfono a menos que se pierdan durante el recorrido o no logren hacer lo acordado y haya que irlos a buscar a otra parte, algo que a Florencia no le ocurrió nunca. Tampoco pueden hablar con otros compañeros de la medicación. El fundamento de esta última indicación es que los pacientes no hablen siempre de lo mismo y no comparen sus tratamientos psiquiátricos.

Además los pacientes no saben el destino del día, a veces y dependiendo del caso, inclusive se enteran al llegar al cruce de calles que se le indica, el objetivo es que no sientan ansiedad anticipatoria, una de las coordinadoras cuenta que muchas veces pensando en lo que puede llegar a pasar si se visita uno u otro lugar, el paciente determina no ir por todas las dificultades que imaginó que podrían surgir, esto ocurre mucho en las salidas nocturnas y en los viajes largos.

Ambas son exposiciones que se hacen una vez al mes. El viaje largo se hace uno de los sábados del mes (el primero), comienza por la mañana en el horario habitual (10 hs) y finaliza más tarde, en vez de a las 13 hs, a las 16 hs aproximadamente.

Las salidas nocturnas se realizan los terceros jueves del mes de 20 a 22 hs.

En estas dos situaciones, se sale de lo que es más conocido por los pacientes, y en general van muy pocos pacientes en relación a los encuentros cortos

de los sábados, precisamente por la ansiedad anticipatoria que hace que anticipen los acontecimientos negativamente, algo frecuente en los pacientes que padecen trastornos ansiosos.

En el bar una de las coordinadoras es la encargada de indicar qué coordinador se hará responsable de cada paciente, ese día. A veces, se hace coordinación de más de un paciente, esto depende del número de miembros que asistan.

En las reuniones de coordinación se charla de cada caso y luego se arma el informe de cada encuentro por lo cual cada coordinador sabe cuáles son las dificultades de cada uno y qué tipo de viaje indicarles.

Desde el mes de septiembre del 2011, cuando Florencia comenzó a ir al grupo de agorafobia, la primera actividad que realizó fue exponerse a andar en subte. Era de sus principales dificultades y por eso comenzó con pocas estaciones (entre dos y tres) y continuaba el recorrido en colectivo que le costaba menos. Además los primeros días iba acompañada durante el viaje con un coordinador. Luego los coordinadores cambiaron de vagón del subte, luego pudo hacerlo sola y con un coordinador en el subte siguiente y por último logró llegar en subte mientras el coordinador iba de otra forma, en colectivo, por ejemplo.

Además con el paso de los encuentros iba logrando hacer cada vez más recorrido, hasta que completó el recorrido de varios subtes, con combinaciones, y sola.

Su avance fue notorio y según sus coordinadoras, esto fue posible porque ella practicaba mucho sola en la semana además de en el grupo. Florencia cuenta que “se cansó de practicar” y que ya no le cuesta nada viajar en subte, que le gusta viajar así porque conoce cómo manejarse.

Luego siguió practicando andar en colectivo ya que le costaban sobre todo los viajes largos. Y también logró el objetivo de manejarse en cualquier colectivo a

cualquier destino sin presentar síntomas. Reforzó el último tiempo con las sesiones SATEC para hacer el viaje a Ituzaingó y las coordinadoras indican un gran cambio en ese período en que coincidieron las sesiones, los encuentros grupales y la práctica que ella realizaba sola.

El siguiente objetivo de los encuentros grupales en torno a Florencia fue hacer que practicara la espera. Por ejemplo, se le ha indicado que espere que pasen cuatro colectivos en la parada antes de subirse al siguiente, y recién después ir al destino del día. También practicó salir en el primer colectivo pero esperar en un lugar distinto al punto de encuentro con el grupo, hacerla esperar en ese lugar parada veinte minutos y que su coordinador del día fuera a buscarla para ir al destino final.

Además se agregaron tareas para vencer la ansiedad ante la espera en otros contextos aparte de en las paradas o en destinos. Por ejemplo, se la ha hecho hacer filas largas para comprar algo en lugares con mucha gente o para pagar alguna cuenta de algún coordinador por ejemplo, se le entregaba el dinero y se controlaba el horario de ingreso y el de pago que figuraba en el ticket. Esto en el tiempo de hacer el viaje, y luego viajaba y llegaba al punto de encuentro.

Las últimas estrategias en el grupo fueron tratar la fobia social específica de Florencia y su dificultad para cambiar de rutinas. Por ello en algunas ocasiones se la hizo viajar con compañeros varones a los que debía preguntar cosas y también preguntar en los comercios a algún hombre que le pareciera atractivo. Y se le cambiaba los medios de transportes que ella ya conocía por otros nuevos para que no le resultara tan familiar.

Luego de la exposición de cada día cada uno de los pacientes llega al punto de encuentro, los destinos son variados, museos, shoppings, plazas, parques, edificios importantes de la ciudad, etc. Allí se encuentra con su coordinador si llegaron en transportes separados y con los otros miembros del grupo. Y se pasea por el lugar, luego cada integrante se vuelve solo a su casa, con algún compañero o con algún familiar en caso de que no pueda regresar sin un acompañante, pero no

con coordinadores. Al comienzo la mamá de Florencia la iba a buscar y luego pudo comenzar a regresar sola.

Unos minutos antes de irse se charla sobre la exposición entre todos, se aplauden los logros, se habla y se recibe apoyo del resto de los miembros.

Como plantea Escobar (2003) un grupo puede brindar más apoyo que el terapeuta solo y además ayuda a puntualizar las inconsistencias en el pensamiento y conducta ansiosa, es decir a que el paciente contraste los pensamientos distorsionados.

Florencia comentó en su entrevista cuánto le ha servido darse cuenta que a otras personas les pasaba lo mismo que a ella y también escuchar sus pensamientos “en boca de otras personas, le ha hecho notar lo ridículos que pueden llegar a ser esos pensamientos”, según sus propias palabras.

Carrión y Bustamante (2005) establecen la necesidad de asistir a grupos terapéuticos como parte del tratamiento de descondicionamiento y deshabitación de fobia o ansiedad.

En dichos grupos se comparten experiencias entre pacientes que están atravesando situaciones similares, o que las han pasado y han logrado recuperarse sin manifestar en la actualidad síntomas inesperados. En este grupo la mayoría de los coordinadores son pacientes recuperados que colaboran con la institución siendo verdaderos testimonios para los miembros del grupo de que se puede mejorar el trastorno siguiendo el adecuado tratamiento. Florencia dijo que eso fue una de las cosas que más hizo que sintiera contención al comenzar el grupo de agorafobia.

El grupo de TOC.

El grupo de TOC se realiza cada quince días en la Fundación.

Florencia comenzó el grupo , una semana después que el grupo de agorafobia.

Este grupo está coordinado por una psicóloga de la Fundación.

Hablan todos los integrantes del grupo sobre cómo han estado en la semana, cómo les fue con las tareas asignadas y todos pueden opinar sobre todos los casos, hacen preguntas, sugerencias, comparten sus pensamientos, e interviene mucho la psicóloga confrontando muchas de las ideas y pensamientos que traen los pacientes, además les asigna diferentes tareas para hacer en el período hasta volver a encontrarse.

En uno de los encuentros, por ejemplo, a Florencia se le indicó que practicara la técnica de autoexposición controlada más autoobservación para tratar de disminuir los síntomas de ansiedad en situaciones en que se requiere una responsabilidad en una fecha determinada. La psicóloga le indicó que dejara de pagar alguna cuenta de servicios, esperando que se llegue al primer vencimiento, con el fin de que Florencia tome conciencia de que no pasa nada grave si no paga las cuentas en primera fecha. Lo hizo varias veces y exitosamente.

Además se le indicó realizar esta técnica también para tratar de disminuir el ritual de chequeo de la llave de gas y de agua.

Se le pidió que deje correr el agua y deje la llave de gas abierta y se fuera un rato de su casa. No pudo concretarlo, antes de irse de su casa sintió un nivel de ansiedad muy elevado y debió cerrar las llaves.

En el encuentro siguiente se le dio otra indicación. Se le dijo que haga el ritual que hace habitualmente pero de forma más lenta para tomar conciencia de que ya había realizado la actividad de controlar que estuvieran cerradas las llaves para tratar de evitar los pensamientos intrusivos y pudiera permanecer fuera de su casa sin tener que volver cuando salía. Este objetivo si fue cumplido y la ansiedad disminuyó un poco.

Se sigue trabajando con autoexposiciones para lograr disminuir la cantidad de chequeos y la ansiedad e incomodidad que le generan.

De todas estas estrategias terapéuticas, Florencia expresa que el grupo de agorafobia le gusta porque ahí se animó a hacer cosas que no pensaba que podría hacer, “además siempre nos preguntan cómo estamos y me gusta ir”, agregó.

El grupo de TOC le gusta porque comparte sus experiencias, “aunque me cuesta más practicar porque tengo que practicar en mi casa y es más difícil”, contó que al principio, a veces no practicaba.

Además Florencia dice que las sesiones SATEC le ayudaron mucho. “Lo que es muy bueno de las sesiones SATEC es que son personalizadas”, dijo también que “en el grupo (de agorafobia) compartimos en grupo y aprendemos que a todos nos pasan cosas parecidas, pero antes cuando había muchos chicos en el grupo a veces por coordinador había cuatro o cinco pacientes, entonces no era tan a medida y las sesiones SATEC sí son para cada uno en especial.”

Concluyendo, Florencia expresa que nota que le han sido de mucha utilidad para su tratamiento principalmente las exposiciones del grupo de agorafobia y las sesiones SATEC.

También señala Florencia que su psicóloga en varias sesiones ha intervenido diciéndole algo que le sirvió y provocó grandes cambios.

Dice Florencia “a veces le digo a mi psicóloga que nunca se equivoca y hasta me da un poco de bronca, que siempre tiene razón” confío mucho en ella, siento una gran confianza y apoyo de su por parte”. Esto habla de la excelente alianza que se ha co-construido con su terapeuta.

4.4. Análisis de las estrategias terapéuticas dirigidas al abordaje de la comorbilidad a lo largo del tratamiento.

Según Carrión y Bustamante (2005) es muy probable que un trastorno de ansiedad esconda algún otro trastorno de ansiedad, o varios, como en el caso de Florencia.

La terapia cognitiva es efectiva en casos de comorbilidad, como este, porque se trata de una terapia centrada en la adquisición de habilidades.

Florencia, según cuenta en la entrevista realizada, ha adquirido en cada espacio terapéutico herramientas que le sirven para vencer la ansiedad de cualquiera de sus trastornos. Por ejemplo, cuando utiliza la autoexposición controlada más autoobservación para controlar síntomas de diversos trastornos. Florencia realiza este tipo de exposición por indicación de su psicóloga y por la de la terapeuta que coordina el grupo de TOC

“Hay tareas que me dan en el grupo de agorafobia que son para vencer otros problemas que tengo, como ponerme nerviosa si tengo que esperar algo”. Explica Florencia.

Este tema ha sido investigado por Keegan (2003) y se concluyó que es habitual que las habilidades que desarrolla el paciente para manejar la ansiedad inespecíficamente vinculada al pánico resultan aplicables a las cuestiones que le plantea otro trastorno de ansiedad que padezca.

Según Keegan (2003) las habilidades que el paciente desarrolla a partir de hacer el tratamiento cognitivo-conductual, sirven para ser aplicadas en muchas situaciones que no son necesariamente las derivadas del trastorno de pánico o del trastorno de ansiedad que se esté tratando.

De manera que éstas resultan útiles más allá de las fronteras diagnósticas.

A su vez, explica Keegan (2003) que Margraf, Badow y Craske, coinciden en señalar que la terapia cognitivo conductual muestra eficacia sobre el trastorno de ansiedad generalizada aún cuando este no sea el blanco del tratamiento, sino la crisis de angustia, y lo que es interesante es que este efecto resulta perdurable a lo largo del tiempo.

Entonces como dice Keegan (2003), la psicoterapia cognitiva demuestra eficacia en los trastornos primarios y comórbidos, podría no ser necesario realizar un tratamiento en dos tiempos, como en el caso de Florencia en que todos los trastornos se tratan a la vez, centrándose en unos u otros en algunos momentos, pero siempre tratándolos todos, como explica su terapeuta en la entrevista que se realizó.

Según su psicóloga la cuestión de la comorbilidad se tiene en cuenta en la terapia individual y se aborda teniendo en cuenta lo que Florencia trabaja en el grupo de agorafobia a través de prácticas reforzadas graduadas y en el de TOC; y la práctica programada y exposición en vivo prolongada llevadas a cabo en las sesiones SATEC.

Se mantiene un continuo contacto entre todos los profesionales que trabajan en el caso y teniendo mucho respeto de cada espacio, es decir, sin contradecirse en las indicaciones que se brindan en cada lugar. Esto es muy importante ya que cuando un mismo sujeto presenta dos o más trastornos en un determinado momento, el tratamiento multidisciplinario y la interrelación entre los miembros profesionales del equipo es lo fundamental.

Las coordinadoras del grupo de agorafobia indicaron que cuando un paciente concurre al grupo, en el primer encuentro en el que se hace una entrevista individual, se le preguntan detalles acerca de todos los trastornos que presenta, de forma de poder ayudar en el grupo de varias formas, y al agregar actividades propias para cada uno, el encuentro se vuelve más provechoso para todos los pacientes más allá del diagnóstico de agorafobia.

En el caso de Florencia hubo que trabajar bastante con sus diferentes trastornos y poco a poco, explica una de las coordinadoras del grupo de agorafobia, “primero fuimos trabajando y acentuando todo lo referente a su agorafobia, luego combinamos que tuviera trato en el viaje con compañeros por su fobia social y tratamos que cambie las líneas de colectivos y subtes por su TOC”. Esto se realizó a través de prácticas reforzadas graduadas.

Dijo Florencia en la entrevista que cree que lo que más ayuda al tratamiento es que todos los profesionales que la atienden tienen comunicación entre ellos, que se conocen y respetan mucho.

5. CONCLUSIONES

Al comenzar este trabajo, se presentaron los primeros interrogantes en torno al diagnóstico. En una misma persona coexistían varios trastornos y con la contingencia adicional de que eran todos trastornos ansiosos.

Se investigó sobre comorbilidad y sobre los diversos criterios para realizar diagnósticos y se logró determinar formalmente que Florencia tiene varios trastornos que pueden delimitarse para su clasificación y para facilitar su conceptualización. Pero a su vez se decide no dejar a un lado el hecho de que sean todos trastornos de ansiedad que comparten características similares, estrategias terapéuticas que producen alivio sin distinguir las fronteras diagnósticas, por lo cual se opta por considerar el concepto de spectrum ansioso.

Los objetivos de este trabajo fueron cumplidos. Ya que, en forma global, se logró describir y analizar en el caso de Florencia, quien presenta trastorno de ansiedad generalizada, crisis de angustia con agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social específica, las estrategias terapéuticas con las que se aborda la comorbilidad.

Centrándose en los objetivos específicos para arribar a dicha descripción, se han podido describir las características de los síntomas de los diversos trastornos en la paciente, logrando que su psicóloga y dos de las coordinadoras del grupo de agorafobia brindaran mucha información y detalles acerca de cómo se presenta en Florencia puntualmente cada característica.

A su vez se tuvo mucha relación con Florencia, ya que se la coordinó varias veces en el grupo de agorafobia, se compartieron las salidas de las sesiones SATEC que fueron de varias horas en cada encuentro (un promedio de seis horas) y se realizaron las observaciones en el grupo de TOC. Esto permitió que Florencia tomara

confianza y cuando se le hiciera la entrevista se brindara con mucha disponibilidad a responder, tomándose el tiempo necesario para cada respuesta y haciéndolo con muy buena predisposición.

Además el mantener un continuo contacto hizo que Florencia se acercara en muchos momentos a comentar cómo se sentía o a hacer comentarios sobre alguna exposición, logro o dificultad. Se logró conocerla con cierta profundidad, con sus rasgos de personalidad, sus principales fortalezas y dificultades, que se consideran importantes para poder comprender más cabalmente el caso y todos sus aspectos.

En torno a esto último se indagó también a los profesionales entrevistados sobre cuáles características de Florencia percibían como debilidades o fortalezas, todos coinciden en que su tenacidad y perseverancia han sido grandes recursos que le dieron a Florencia constancia en el tratamiento. También se indicaron la necesidad de cambio y la conciencia de patología como fortalezas a destacar.

Una de las coordinadoras del grupo de agorafobia dijo que “Florencia es muy voluntariosa, hace todo lo que se le indica para mejorar.” Y la otra expresó: “creo que su pronóstico es muy bueno porque es una persona que cumple puntualmente con el tratamiento, va a las sesiones, realiza las tareas y concurre al grupo.”

Con respecto a la percepción subjetiva de progreso Florencia dice “puedo hacer muchas cosas que antes no podía, vencí miedos y mejoré.”

Como principal dificultad de Florencia su psicóloga nombró el perfeccionismo, ya que eso no le permite reconocer sus logros.

Florencia lo manifiesta en la entrevista diciendo “antes estaba muy mal y no quiero volver a estar así. En mi vida perdí tiempo y a veces me pone mal pensar todo lo que podría haber hecho y no hice por la enfermedad. Igual, me falta mucho, quiero estar bien y todavía no lo logro.”

No se considera de mayor importancia su elevada autoexigencia dado que podría evaluarse como parte del problema, en cambio sí las fortalezas podrían ser vistas además de como recursos en la vida de Florencia, como recursos terapéuticos

o bases sobre las cuales apoyarse en el diseño de las estrategias terapéuticas. Esto no fue tenido en cuenta de esta forma por los profesionales de la Fundación y se cree que se podrían haber aprovechado más.

El estar bastante tiempo en la Fundación durante el primer mes, permitió conocer los horarios, tiempos, modalidades de cada profesional, para lograr acceso a ellos para hacer consultas. Se entrevistó a su psicóloga que a su vez es la coordinadora de quienes realizan prácticas en la institución y al contar ella con una buena relación con Florencia y un contacto directo con todos los profesionales que abordan el caso, pudo dar cuenta de lo que ocurre en terapia pero también de datos de Florencia sobre su desempeño en otros espacios terapéuticos y dar una evaluación temporal de sus logros y dificultades.

Con respecto al análisis de las estrategias terapéuticas dirigidas al abordaje de la comorbilidad a lo largo del tratamiento, no se obtuvieron tantos datos como para los otros objetivos específicos del trabajo. Tal vez hubiera sido productivo acercarse a alguno de los fundadores de la institución, para entrevistarlos acerca de la modalidad de trabajo, dado que se infiere que se trabaja de manera integral en todos los casos, pero hubiera sido muy bueno hablar con ellos para que comenten qué los lleva a abordar de esa manera los casos, algo que puede leerse en los libros que ellos mismos han escrito, pero hubiera resultado enriquecedor mantener una conversación con ellos dado que se hubiera podido tener acceso porque trabajan en el mismo edificio de la Fundación al que yo asistía.

La experiencia de la práctica ha sido muy fructífera, se incorporaron nuevos conceptos, varios recursos específicos para utilizar en casos de ansiedad y además permitió comprender varias cuestiones acerca de la relación terapeuta-paciente, del trato entre profesionales, del respeto a la estructura de una institución para trabajar con coherencia con el resto de los miembros, entre otras. Las expectativas de contar con nuevos conocimientos, aprender sobre los trastornos de ansiedad y saciar muchas dudas fueron satisfechas y se despertaron otras tantas, la mayoría sobre la práctica de la profesión que hacen que crezca aún más que antes el deseo de ejercer.

Resultó placentero tener acceso a escuchar los relatos de Florencia y también estar presente y guiar sus exposiciones. Fue grande el impacto de su historia.

Realizar este trabajo permitió focalizar, jerarquizar y organizar la gran cantidad de información que brinda un paciente desde su presencia, sus síntomas, dificultades, entorno, miedos, etc, relativizando ciertos detalles que no hacían ningún aporte para colaborar con Florencia y tratando de percibir y destacar todo aquello que si pudiera ser útil para ella, como por ejemplo al organizar los paseos de las sesiones SATEC, intentar reforzar sus pensamientos positivos, que no eran muchos y desoír los negativos confrontando sus miedos y preocupaciones.

También fue de suma importancia que Florencia cuente con un contexto familiar que la apoya y alienta su tratamiento. En momentos de vacilación de Florencia con respecto al tratamiento, su familia intervino positivamente. Florencia se mudó para poder explotar al máximo las propuestas de la Fundación. Sin duda, para ello, necesitó el respaldo económico y fundamentalmente emocional de su familia, el cual obtuvo.

Según el National Institute of Mental Health (2009) la familia es muy importante para la recuperación de una persona que padece de trastorno de ansiedad. Si los miembros de la familia no subestiman el trastorno ni exigen una mejoría sin que la persona reciba tratamiento, se genera el contexto nutricional para que el paciente sea exitoso en su lucha por lograr el bienestar.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alden, L.A. & Bieling, P. (1997). Interpersonal consequences of the pursuit of safety. *Behaviour Research and Therapy*. 36, 53-64
- American Psychiatric Association (2003). *DSM IV TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV*. Barcelona: Masson.
- Bados, A. (2009). Trastorno de ansiedad generalizada. *Universitat de Barcelona*. Barcelona. 5 (6) 1-89.
- Bittner, A., Goodwin, R.D., Wittchen, H. U., Beesdo, K., Hofler, M., & Lieb R. (2004) What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder?. *The journal of clinical psychiatry*, 65 (5), 618-626.
- Bulacio, J.M. (2004). *Ansiedad, estrés y práctica clínica*. Buenos Aires: Librería Akadia.
- Burns, D.D. (2006). *Adiós ansiedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Bustamante, G. (2011). Terapia cognitiva: su evolución. Sus aplicaciones en los trastornos de ansiedad. Nuevas tendencias. *Revista del XV Aniversario de la Fundación Fobia Club*. 22-30.
- Carrión, O. & Bustamante, G. (2005). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad*. Buenos Aires: Galerna.
- Chappa, H. J. (Ed.). (2006a). *Tratamiento integrativo del trastorno de pánico. Manual práctico*. Buenos Aires: Paidós.
- Chappa, H. J. (2006b). Trastorno de pánico. Resistencia terapéutica y prevención de las recaídas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2 (2) 25-38.
- Escobar, F. (2003). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Guía neurológica. Asociación Colombiana de Neurología*. (5), 177-189.
- Recuperado de http://publicaciones.acnweb.org/index.php?option=com_content&view=article&id=508:diagnostico-y-tratamiento-de-los-trastornos-de-ansiedad&catid=60&Itemid=123

- Galli, E., Heinze, G., Escalante, C. A, Fernández Labriola, R., León, C., Moreno, R. A. et al. (2000). Encuesta Latinoamericana sobre la Actitud de los Profesionales de la Salud hacia la Prescripción de los Psicofármacos. Estudio comparativo con la Realidad Peruana. *Revista Médica Herediana*, 11 (3), 79-88.
- Keegan, E. (2003). Pánico comórbido. Un abordaje cognitivo. *En Seminario intensivo de trastornos de ansiedad*, Buenos Aires.
- National Institute of Mental Health (NIMH). Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. (2009) *Trastornos de ansiedad*. Recuperado de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad/trastornos-de-ansiedad.pdf>
- Ruiz Sánchez, J. J. & Cano Sánchez, J.J. (1992). Teoría y fundamentos. *Manual de psicoterapia cognitiva*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual.htm>
- Sánchez, R., Calvo, J.M. & Nieto, K. (2001). Patrones de comorbilidad en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Revista colombiana de psiquiatría*, 30 (1), 21-37.
- Virues Elizondo, R.A. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica.com*, 7 (15). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html>