



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

**TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNO DE PÁNICO:
HABILIDADES ADQUIRIDAS EN LA ESPECIALIZACIÓN**

- TUTORA: Lic. Romina Leardi
- ALUMNA: Lic. Mariela Fuentes
- TÍTULO A OBTENER: Especialista en Terapia Cognitiva
- FACULTAD EN LA QUE SE PRESENTA: Facultad de Psicología y Relaciones Humanas.
- FECHA: Septiembre 2022

INDICE

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Miedo y ansiedad ¿Es lo mismo?.....	6
3.1 Ansiedad funcional vs. disfuncional	8
4. Trastornos de ansiedad.....	11
4.1 Trastorno de Pánico	12
4.2 Criterios diagnósticos DSM V.....	13
5. Conceptualización y formulación de caso.....	15
5.1 Conceptuación caso Lucas.....	17
5.2 Conceptualización caso Ludmila.....	23
6. Modelo cognitivo para el Trastorno de Pánico.....	30
7. Intervenciones cognitivas	
7.1 Psicoeducación.....	32
7.2 Reestructuración cognitiva.....	33
7.3 Exposición interoceptiva.....	34
7.4 Respiración y relajación.....	35
8. Alianza terapéutica.....	37
9. Conclusión.....	39
10. Referencias.....	41

1. Resumen

La decisión de asumir el desafío de llevar a cabo la especialización en terapia cognitiva fue por el anhelo de adquirir habilidades que garanticen un mejor desempeño profesional.

El siguiente trabajo da cuenta los aprendizajes teóricos y por sobretodo prácticos que obtuve durante la formación a través del armado de la conceptualización y formulación de dos casos clínicos que comparten un mismo diagnóstico: trastorno de pánico.

De este modo, el recorrido será comenzando sobre conceptos claves para el entendimiento de la ansiedad disfuncional, seguido por aspectos de los trastornos de ansiedad en general para luego abordar el trastorno de pánico. Se continuará haciendo énfasis en el modelo cognitivo; principales intervenciones cognitivas aplicadas en ambos procesos y, por último, hablare sobre la alianza terapéutica.

Palabras claves: Terapia cognitiva; conceptualización y formulación de casos; Trastorno de pánico

2. Introducción

El modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento (Beck, 2010)

Esta afirmación representa un fundamento esencial de la teoría cognitiva. Por lo general a las personas les cuesta reconocer el modo en que sus pensamientos afectan su estado de ánimo y por consiguiente alteran sus conductas. Debido a la vivencia de la activación fisiológica intensa y casi incontrolable que suele pasar durante la crisis de ansiedad (pico agudo), es comprensible que para quienes la sufren no puedan reconocer sus bases cognitivas. Los sujetos suelen asumir que son los hechos los únicos responsables de su ansiedad sin tener en cuenta el peso que tienen las propias cogniciones de las situaciones en sí. (Clark & Beck, 2010)

Según Beck, Emery y Greenberg (1985) en la ansiedad existe un estado de mayor vulnerabilidad. Ellos definían vulnerabilidad “como la percepción que tiene una persona de sí misma como objeto de peligros internos y externos sobre los que carece de control o éste es insuficiente para proporcionarle una sensación de seguridad”. La sensación de vulnerabilidad se magnificaría por efecto de ciertos procesos cognitivos disfuncionales (pp. 67-68). En la ansiedad, este aumento de la sensación de vulnerabilidad se refleja en las valoraciones sesgadas y exageradas que hacen las personas del daño posible en respuesta a señales que son inocuas.

Por consiguiente, el interés de Beck no solo fue el brindar un marco conceptual cognitivo de los problemas emocionales sino también el de ofrecer procedimientos y técnicas de intervención. De esta manera, podríamos definir a la terapia cognitiva como un procedimiento de intervención estructurado, de tiempo limitado que aplica como estrategias de intervención el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis, para ayudar a las personas a aprender a identificar y contrastar sus pensamientos de tipo disfuncionales. La terapia cognitiva no sólo se centra en las distorsiones cognitivas de las personas, sino también en los problemas externos relacionados con su malestar. Por lo tanto, el terapeuta colabora activamente con el paciente con el fin de lograr la modificación de sus patrones cognitivos disfuncionales. (Fernández, Díaz & Villalobos, 2012).

A si mismo, la terapia cognitiva pretende eliminar a corto plazo los síntomas y creencias disfuncionales subyacentes que presenta cada paciente. Y al largo plazo busca que las personas adquieran las habilidades y recursos necesarios que le permitan a futuro corregir las nuevas distorsiones cognitivas. Es decir, busca incorporar actitudes y formas de funcionamiento adaptativos y racionales en el repertorio habitual de cada persona. (Fernández, Díaz & Villalobos, 2012).

3. Miedo y ansiedad ¿Es lo mismo?

Las investigaciones acerca de las emociones presentan diversas perspectivas e incluso opuestas sobre la naturaleza y función de las emociones en el ser humano. De lo que no hay duda alguna es que el miedo es una de las emociones básicas (Öhman & Wiens, 2004)

El miedo resulta como respuesta adaptativa adecuada ante una amenaza percibida o peligro para nuestra seguridad física o psíquica. Nos advierte de una inminente amenaza y de la necesidad de una acción defensiva (Beck & Greenberg, 1988; Craske, 2003). No obstante, el miedo puede convertirse en inadecuado/mal adaptativo ante una situación neutral o no amenazante que sea malinterpretada como peligro o amenaza potencial. En consecuencia, es de suma importancia poder distinguir la ansiedad del miedo como así poder determinar cuál es la reacción normal y adecuada frente a la anormal e inadecuada (Clark & Beck, 2010)

Definiendo el miedo y la ansiedad

Varias son las expresiones lingüísticas referidas a la experiencia subjetiva de la ansiedad, palabras como: susto, pánico, nervios, preocupación (Barlow, 2002). Esto ha generado cierta confusión e inexactitudes en el uso habitual del término ansioso. Sin embargo, cualquier teoría de la ansiedad que espere ser útil para la investigación o tratamiento de la misma debe poder diferenciar al miedo de la ansiedad (Clark & Beck, 2010)

Barlow (2002) afirmaba que el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción. La ansiedad, por el contrario, se definiría como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrollabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos” (p. 104).

A su vez Beck, Emery y Greenberg (1985) definían el miedo como el proceso cognitivo que conllevaba “la valoración de que existe un peligro real o potencial en una situación determinada” (1985). La ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo. En consecuencia, el miedo “es la valoración del peligro; la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo” (Beck et al., 1985, p. 9). Por lo tanto, Beck y Barlow coinciden en que el miedo es un constructo fundamental mientras que la ansiedad es una respuesta subjetiva más general.

El miedo tiene una función adaptativa que es esencial para nuestra supervivencia, dado a que el miedo advierte y prepara para la respuesta frente a los peligros que amenazan la vida y ante las emergencias (Barlow, 2002; Beck et al., 1985). Resulta difícil así poder encontrar a alguien que jamás haya experimentado miedo o haya vivenciado ansiedad en relación a un suceso inminente. Además, los miedos son habituales en la niñez y los síntomas de ansiedad leve se encuentran cotidianamente en gran parte de la población.

A su vez, la ansiedad se describe como un estado más duradero de la amenaza, incluyendo factores cognitivos además del miedo como la adversidad percibida, la incertidumbre, la vulnerabilidad y la incapacidad para poder tener los resultados esperados (Barlow, 2002)

Por lo tanto, a fin de esclarecer las confusiones que suelen surgir a partir de la definición de ansiedad y su vínculo con el miedo, podemos destacar que desde el enfoque cognitivo se define al miedo como la valoración automática de una amenaza o peligro inminente mientras que la ansiedad es definida como la respuesta subjetiva y permanente ante la activación del miedo. Es decir que la ansiedad es un patrón de respuesta de tipo cognitiva, afectiva, fisiológica y conductual con más complejidad ante las situaciones interpretadas como amenazas. Siendo el miedo un proceso cognitivo básico que subyace a todos los trastornos de ansiedad. (Clark & Beck, 2010)

3.1 Ansiedad funcional vs disfuncional

Clark & Beck (2010) mencionan cinco criterios (no excluyentes) a tener en cuenta para poder distinguir estados disfuncionales de miedo y ansiedad

1) Cognición disfuncional: El miedo y la ansiedad anormales o disfuncionales devienen de una asunción falsa que implica la valoración errónea de peligro en una situación que no se confirma mediante la observación directa (Beck, 1985). Es decir que se produce una activación de las creencias disfuncionales sobre la amenaza y de los errores en el procesamiento cognitivo asociados genera un miedo excesivo que es incoherente con la realidad objetiva de la situación en cuestión. (Clark & Beck, 2010)

Por ejemplo, que una persona piense “estoy en peligro” ante la situación de encontrarse sola por la calle a altas horas de la noche escuchando que alguien camina por detrás pidiéndole plata, ese miedo experimentado es esperable, normal y lógico dado a que conlleva una deducción razonable basada en una observación precisa de la situación. Distinto es en el caso de Ludmila (caso a desarrollar más adelante) que activa el modo de amenaza “estoy en peligro” ante la situación cotidiana de trasladarse a su trabajo por el mismo camino que hace a diario hace años. La amenaza se activa incluso aunque la observación directa indique que esta situación no es amenazante.

2) Deterioro del funcionamiento: La ansiedad anormal o disfuncional interfiere directamente con el manejo efectivo y adaptativo ante una amenaza percibida, y como consecuencia, de forma más general en la vida social cotidiana y hasta en el funcionamiento laboral de la persona. (Clark & Beck, 2010)

La ansiedad disfuncional/patológica suele interferir también con la capacidad de la persona para disfrutar de una vida plena y satisfactoria. En consecuencia, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2000) se señala que la angustia o interferencia significativa con la rutina normal de la persona, con el funcionamiento ocupacional o con las actividades sociales y relacionales es uno de los criterios diagnósticos claves para la mayoría de los trastornos de ansiedad.

Por ejemplo, Lucas (caso a desarrollar) siente ansiedad frente a la idea de manejar la moto que recientemente se compró con su pareja. Cabe aclarar que el hecho de tener una moto facilita el acceso a encuentros sociales. Su miedo principal es el de descomponerse mientras está manejando. Al poner el foco de atención sólo en sus sensaciones físicas aumenta así las oportunidades de equivocarse con las maniobras que necesita aprender.

3) Persistencia: Se refiere a los casos en que la ansiedad persiste más de lo que podría permanecer en condiciones normales/esperables. Recordemos que la ansiedad genera una perspectiva orientada hacia el futuro que conlleva la anticipación de una amenaza o peligro (Barlow, 2002). Por lo tanto, la persona con ansiedad disfuncional puede sentir una sensación aumentada de aprensión subjetiva con sólo pensar en una amenaza potencial inminente, independientemente de que llegue o no a materializarse. Por tal motivo, las personas experimentan grandes niveles de ansiedad sostenidas en el tiempo. (Clark & Beck, 2010)

4) Falsas alarmas. En los trastornos de ansiedad con frecuencia se detectan las falsas alarmas. Barlow (2002) las explica cómo el miedo o pánico ante la ausencia de un estímulo amenazante, aprendido o no aprendido.

Un ejemplo frecuente son las crisis de angustia espontáneas. La presencia de crisis de angustia intensa, en ausencia de señales de amenaza o de la más mínima provocación de amenaza sugiere la presencia de un estado de ansiedad disfuncional que debe ser trabajado terapéuticamente. Tanto en Lucas como en Ludmila, aparecen estas falsas alarmas cotidianamente, lo cual los hace estar en un estado de hiperalerta continuo afectando así su calidad de vida. Este estado de hiperalerta se relaciona a su vez con el siguiente criterio a tener en cuenta

5) Hipersensibilidad a los estímulos: El miedo, según Öhman & Wiens (2004), es una respuesta aversiva provocada por un estímulo hacia una señal externa o interna que se percibe como amenaza potencial. No obstante, en los estados patológicos, el miedo es provocado por una gran cantidad de estímulos o situaciones en las que la intensidad de la amenaza es relativamente leve (Beck & Greenberg, 1988).

Las personas con trastorno de ansiedad interpretarían una serie mucho más amplia de situaciones como amenazantes en comparación con los individuos que no padecen el trastorno (Clark & Beck, 2010)

4.Trastornos de ansiedad

Según la American Psychiatric Association (APA 2014), en su Manual DSM-5 los trastornos de ansiedad son aquellos cuadros que comparten miedo y ansiedad excesivos como así las alteraciones conductuales asociadas.

Estos cuadros clínicos se diferencian del miedo o ansiedad normal propio y esperables del desarrollo por ser de carácter excesivos y/o persistir en el tiempo. Lo que diferencia cada trastorno de ansiedad es el tipo de objeto o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas como así también la cognición específica que se manifiesta en cada trastorno. Aunque los trastornos de ansiedad suelen ser comórbidos entre sí, pueden ser diferenciados a través del análisis del tipo de situaciones que se temen o se evitan y el contenido de los pensamientos asociados en cada caso. (Clark & Beck, 2010)

Los trastornos de ansiedad descritos en el DSM V son: Trastorno de ansiedad por separación, Mutismo selectivo, Fobia específica, Trastorno de ansiedad social (fobia social), Trastorno de pánico, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno por estrés postraumático, Agorafobia, Trastorno de ansiedad inducido por sustancias /medicamento, Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y Trastorno de ansiedad no especificado. (APA 2014)

Con respecto a la comorbilidad, la presencia de un trastorno de ansiedad aumenta notoriamente la probabilidad de sufrir uno o más trastornos adicionales de ansiedad. Por cierto, los trastornos de ansiedad puros son mucho menos frecuentes que la ansiedad comórbida. (Clark & Beck, 2010)

Brown, DiNardo, Lehmann y Campbell (2001) comprobaron que la comorbilidad de otro trastorno de ansiedad oscila entre el 27%, para la fobia específica y el 62%, para el trastorno por estrés postraumático (TEPT). El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) era el trastorno de ansiedad secundario más común, seguido por la fobia social. Para el TEPT, que presentaba el mayor índice comórbido de otro trastorno de ansiedad, la crisis de angustia y el TAG eran las condiciones secundarias de ansiedad más comunes. La fobia social y el TAG tendían a preceder a muchos de los restantes trastornos de ansiedad. El análisis de los diagnósticos de

la vida completa revelaba incluso índices superiores de aparición de un trastorno secundario de ansiedad.

4.1 Trastorno de pánico

En el trastorno de pánico se vivencian recurrentes e inesperadas crisis de pánico y una persistente intranquilidad o preocupación sobre tener nuevas crisis o bien cambia de manera desadaptativa el comportamiento del sujeto debido a las crisis. Estas crisis de pánico pueden ser esperadas o inesperadas. Es decir que pueden ocurrir en respuesta a objetos o situaciones típicamente temidas u ocurrir sin razón aparente. Se manifiestan por la aparición súbita de miedo o malestar muy intensos que alcanza su nivel máximo solo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas tanto físicos como cognitivos. (APA, 2014)

Tanto la frecuencia como la gravedad de los ataques de pánico varían notoriamente dado a que algunas personas pueden vivenciar las crisis de manera moderada (como ser una vez por semana), con más periodicidad (diariamente) o algunas cada varios meses. En cuanto a la gravedad, las personas pueden padecer ataques completos (cuatro o más síntomas) o limitados (menos de cuatro síntomas) y el número y tipo de síntomas difieren entre un ataque de pánico y el próximo. De todas maneras, es necesario más de una crisis inesperada con síntomas completos para poder lograr el diagnóstico correcto. (APA, 2014)

Según la American Psychiatric Association, APA (2014) los ataques de pánico pueden actuar como un especificador descriptivo de cualquier trastorno de ansiedad, así como de otros trastornos mentales. En el DSM-5 a su vez, el trastorno de pánico y agorafobia están dissociados. A partir del último manual, la Agorafobia deja de ser un especificador y pasa a ser un trastorno independiente. La co-ocurrencia del trastorno de pánico y la agorafobia se debe codificar con dos diagnósticos.

4.2 Criterios diagnósticos del Trastorno de pánico

A continuación, se detallan los siguientes criterios diagnósticos para describir el cuadro de ansiedad, según la American Psychiatric Association, APA (2014), en su Manual DSM-5:

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

- Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración.
- Temblor o sacudidas.
- Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
- Sensación de ahogo.
- Dolor o molestias en el tórax.
- Náuseas o malestar abdominal.
- Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
- Escalofríos o sensación de calor.
- Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
- Miedo a perder el control o de "volverse loco".
- Miedo a morir.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes:

- Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, "volverse loco").
- Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).
- La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).
- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

5. Conceptualización y formulación de casos clínicos

Uno de los aprendizajes más significativos que obtuve a lo largo de la especialización fue el conocer y poder aplicar la herramienta de recolección y organización de información para cada caso de los Modelos de Judith S. Beck y Jacqueline B. Persons. El desarrollo de habilidades de formulación de caso fue indispensable para mi desarrollo profesional ya que me permite hacer más eficiente mi labor clínica a través de concebir cada caso de una manera organizada y práctica.

Los Modelos de Judith S. Beck y Jacqueline B. Persons enseñan una manera organizada y clara para la recopilación de datos, el seguimiento de los avances y su utilización para evaluar la adecuación de la formulación y el tratamiento. La conceptualización del caso tiene implicaciones para el desarrollo de planes de intervención que respondan a las variables posiblemente causales identificadas, para el logro de objetivos terapéuticos y para el desarrollo de modelos que permitan presentar una visión organizada de la información del consultante, la identificación de variables relevantes y modificables, y adicionalmente, la disminución de sesgos en el juicio clínico (Virués Ortega & Haynes, 2005).

Según López Pell & Brasca (2013) para lograr una correcta conceptualización y formulación de casos se necesita alcanzar lo siguiente:

- Activar e identificar pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias nucleares del paciente.
- Reconocer e inducir en el paciente la expresión emocional y activación conductual adecuada para los diferentes momentos de formulación.
- Realizar un uso adecuado del tiempo y establecimiento de tareas
- Utilización adecuada del descubrimiento guiado: técnica que consiste en una serie de preguntas de carácter inductivo capaces de revelar patrones de pensamiento desadaptativos (Hales & Yudofsky, 2004)

- Identificar precipitantes y situaciones activadores
- Establecer una hipótesis acerca del modo como el paciente llegó a desarrollar su trastorno psicológico particular, que sirva como base para armar un plan de tratamiento que se adecue al caso particular.
- Realizar una integración conceptual pertinente para proveer información al paciente acerca del tratamiento adecuado, proponerlo y de obtener el consentimiento para proseguir (Persons, 2008).

A su vez, para facilitar el armado de la conceptualización de casos, también fue necesario utilizar la técnica de la flecha descendente. Dicha técnica tiene como objetivo principal dilucidar la cadena de inferencias que guían al sujeto para establecer una conclusión a partir de un hecho concreto (Burns, 1980), con el fin de develar una creencia subyacente (Beck, 2000). Partiendo de la identificación del nivel más superficial de la cognición (Pensamientos Automáticos), se sigue esta cadena de inferencias o asociaciones, para llegar a la identificación de supuestos e inferencias, con el propósito final de develar la creencia nuclear básica. (López Pell & Palumbo, 2013).

A continuación, se desarrollarán dos casos clínicos bajo los Modelos de Judith S. Beck y Jacqueline B. Persons para la correcta conceptualización y formulación de caso.

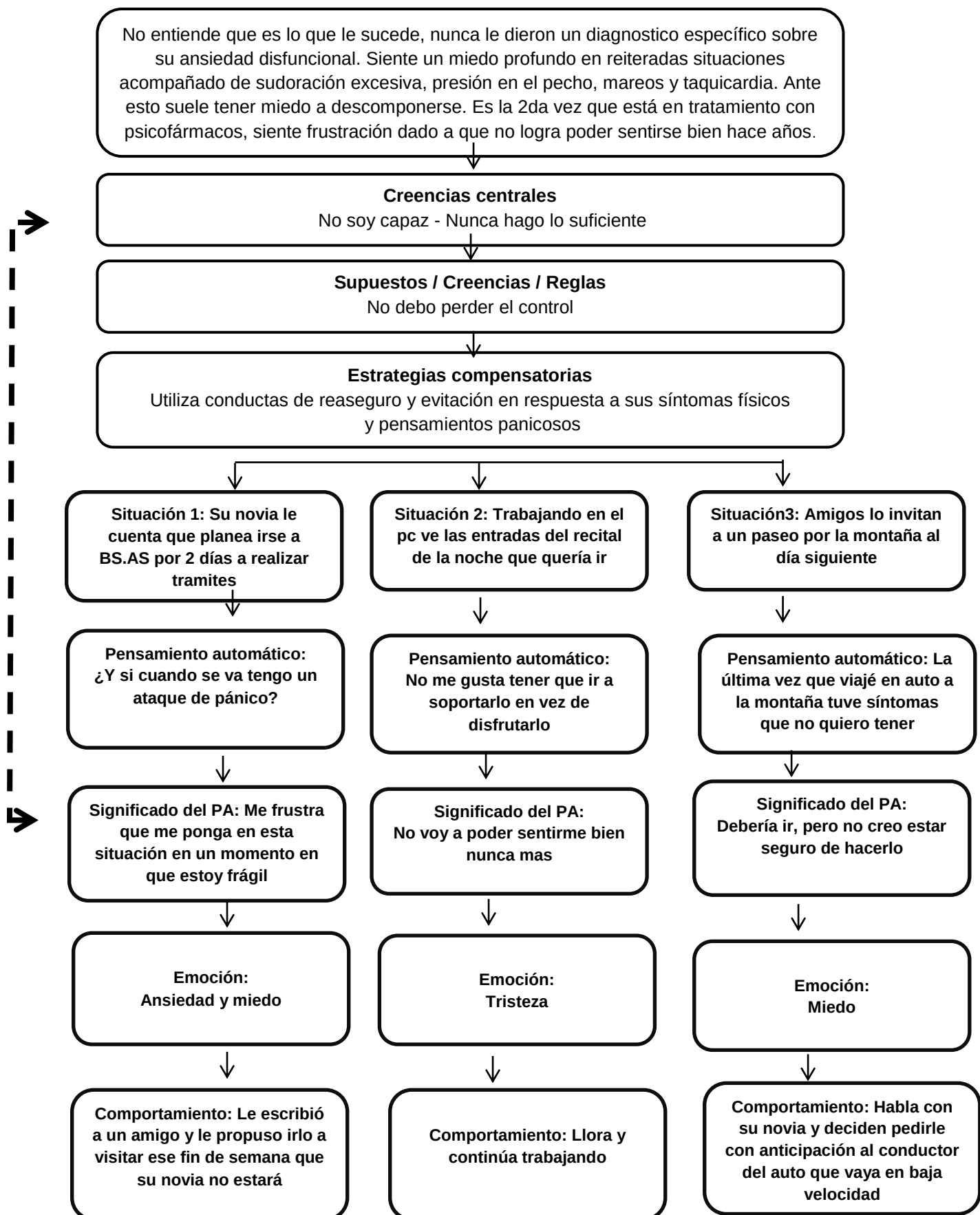
5.1 Conceptualización caso Lucas

Lucas tiene 30 años, vive en Córdoba en la localidad de La Falda hace un año. Menciona que la pandemia fue la excusa justa para irse de Buenos Aires junto con su novia Daniela. Ella se dedica a restaurar arte y están juntos hace 4 años. Él trabaja en una empresa de marketing de forma remota hace 8 años, se dedica a hacer inteligencia sobre los comentarios que la gente hace en redes sociales. Suele ser un trabajo mecanizado, no menciona ningún tipo de inconveniente en esta área, al contrario, sostiene que la modalidad de su trabajo favoreció la migración de Buenos Aires a Córdoba.

Lucas es derivado por una psiquiatra debido a su sintomatología panicosa sostenida a lo largo del tiempo. Refiere haber tenido hace un año atrás ataques de ansiedad que luego con el tiempo desaparecieron hasta hace aproximadamente 6 meses que volvieron a suceder de forma aguda. Dice sentirse culpable de lo que le ocurre y que está desesperanzado luego de transitar una terapia psicoanalítica por más de 10 años y no notar mejoría en cuanto a sus síntomas de ansiedad. Menciona no querer ser un peso para nadie, menos para su pareja. A su vez teme el día de mañana tener un hijo y que tenga esta la misma problemática.

Refiere tener actualmente una vida social complicada principalmente porque hace poco se mudaron a un nuevo barrio y no conoce a la gente de su alrededor y también por sus ataques de ansiedad debido a que evita salidas recreativas o sociales quedándose de esta manera mucho tiempo en su casa sin interacciones con otros. Menciona que su entorno destaca como cualidad que se lo observa como una persona muy relajada y que ese contraste con lo que realmente él siente internamente (elevada ansiedad constantemente) le hace sentir angustia.

A Lucas le gusta la jardinería y la escritura. Son cosas que disfruta hacer sintiéndose bien por los resultados que logra. Años atrás estudió Filosofía y Letras como así también Sociología, pero en ambos casos ha decidido abandonar las carreras.



A. Lista de problemas

- 1) “Quiero moverme y sentirme cómodo por esta ciudad y no puedo por la ansiedad que siento constantemente”
- 2) “No se cómo tolerar mis emociones”
- 3) “Me siento incapacitado, deseo ser la persona autónoma que alguna vez fui”
- 4) “No tengo un para que en mi vida

B. Diagnóstico presuntivo: Según DSM V

- Trastorno de pánico (F41.0)

Al menos tres situaciones problemáticas típicas, con sus pensamientos automáticos, emociones, conductas y significado que les da (Beck):

a) Acostumbra asociar lugares (viaje en auto, calles o partes específicas de algún camino en las sierras) donde a sentido síntomas intensos de ansiedad con una condena a sentirse mal por siempre en ese mismo lugar. Si se expone a estos lugares ya marcados mentalmente tiene la sensación de una pérdida de control del momento, quedando así en un estado de hiperalerta y miedo con pensamientos mágicos y supersticiosos acerca del lugar y el futuro iniciando así el ciclo de la ansiedad una y otra vez.

b) En las últimas semanas ha sentido enojo hacia su pareja cuando ella le propone salidas o planes por fuera de la rutina diaria, considera en lo inmediato que no toma dimensión de cuál es su sufrimiento actual y no lo tiene en cuenta. El enojo y preocupación aparece ante situaciones donde él tiene que decidir si accede o no a un plan o salida y busca excusas para evitar situaciones o momentos que lo hagan sentir fuera de su control, generándole así grandes niveles de ansiedad y preocupación excesiva.

c) Cuando logra conectarse con alguna actividad de disfrute y reconoce emociones agradables inmediatamente se cuestiona y las inhabilita llegando al punto de transformarlas en sensaciones de culpa y malestar. En esos momentos

aparecen pensamientos del tipo deberías que frenan disfrute por completo como ser “Ahora deberías estar trabajando”

C1. Creencias intermedias (supuestos y estrategias)

Tengo miedo a descomponerme y que los demás se den cuenta.

No quiero que me tengan lastima.

C2. Creencias nucleares con respecto a:

- a) **De mí mismo:** No soy suficiente ni capaz de solucionar mi problema
- b) **De los otros:** Son mejores
- c) **De la vida:** Debo estar atento, constantemente hay peligros
- d) **Del futuro:** Incertidumbre difícil de tolerar.

C3. Orígenes de estas creencias

Lucas refiere sentir ansiedad desde muy pequeño, aproximadamente desde la separación de sus padres, la cual la recuerda como una situación estresante y conflictiva. Menciona haber transitado momentos de sobreadaptación y mucha exigencia por parte de su madre, a quien define como una persona rígida y fría a la hora de empatizar con un otro. Su madre ha pasado por un tratamiento específico por depresión y ansiedad.

C4. Precipitantes

Decidió comenzar un proceso terapéutico a partir de nuevos ataques de ansiedad transcurridos en los últimos meses. Decidió esta vez intentar mejorar a través de un tratamiento cognitivo y conductual más allá de los prejuicios personales del mismo

C5. Situaciones activadoras

Son variadas las situaciones que activan el ciclo de ansiedad en Lucas. Puede ser desde un paseo en auto o por las sierras, una caminata o el estar en su casa cocinando. Su calidad de vida se ve totalmente afectada dado a que todo gira entorno de evitar crisis de ansiedad

C6. Resumen de la hipótesis del trabajo

Poder construir una buena alianza terapéutica que nos permita desarticular las conductas evitativas producidas por lo grandes montos de ansiedad. Poder a su vez identificar y modificar creencias disfuncionales, desarrollar una óptima psicoeducación de la ansiedad y poder armar en conjunto exposiciones graduales con el fin de adquirir herramientas para tolerar y afrontar la ansiedad para sí lograr una mejor calidad de vida.

C.7 Fortalezas y ventajas del paciente

El paciente tiene un gran deseo de cambio y mejoraría por más que en tenga momentos de desesperanza. Se nota respetuoso en cuanto a la asistencia y cumplimiento de tareas iniciales.

D. Plan de tratamiento

E1. Objetivos y como se los medirá

- Establecer alianza terapéutica a través de un buen rapport
- Aprender la práctica de la relajación y respiración para atravesar las distintas situaciones que disparen su ansiedad como así adquirir los recursos necesarios para afrontar y dejar de evitar.
- Fomentar espacios en el aquí y ahora para permitirse sentirse en tranquilidad

Se llevará registro de cada encuentro, se pautarán tareas semanales como ser: registros de pensamientos, exposiciones planificadas. Los objetivos se medirán mensualmente.

E2. Formato y frecuencia

El tratamiento con modalidad individual virtual, una vez por semana.

E3. Intervenciones que se utilizarán

- ✓ Psicoeducación tanto lo que es el trastorno de pánico y la ansiedad como así de las características y formas de emplear la terapia cognitiva.
- ✓ Reestructuración cognitiva de distorsiones cognitivas de tipo deberías, dicotómico, mágicas y catastróficas.
- ✓ Exposiciones interoceptivas: A partir de la elaboración de un listado acerca de los síntomas físicos más temidos/intolerables.
- ✓ Entrenamiento en respiración, relajación y Mindfulness
- ✓ Prevención de recaídas: Poder instruirlo de abstenerse de realizar cualquier conducta (evitativa o de reaseguro) para que pueda reducir las consecuencias temidas no deseadas de sus pensamientos panicosos.

E4. Otros tratamientos que hacen falta

Actualmente está hace una semana en tratamiento psicofarmacológico, el cual es necesario para apaciguar su sintomatología y poder trabajar de manera efectiva con su ansiedad.

E5. Obstáculos que se anticipan en el curso de la terapia

El obstáculo principal de este paciente es la falta de información sobre la efectividad de los tratamientos cognitivos en trastornos de ansiedad como así lo aferrado que está a conceptos psicoanalíticos antiguos e incorrectos de esta problemática.

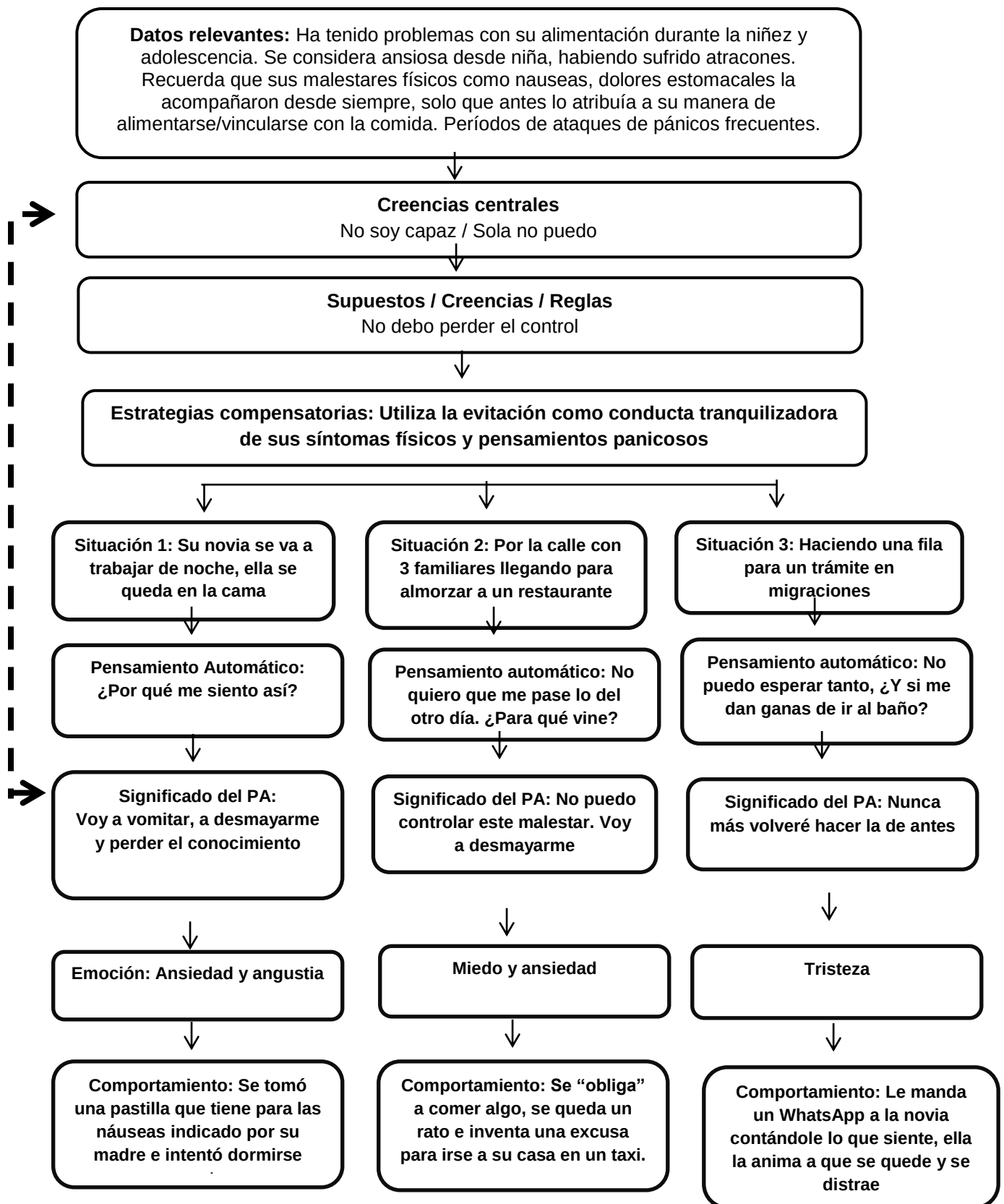
5.2 Conceptualización caso Ludmila

Ludmila tiene 25 años y es venezolana. Vive en Argentina hace 5 años, actualmente convive con su pareja de hace 2 años. Refiere tener ataques de pánicos frecuentes, casi todos los días en distintas situaciones cotidianas: en el trabajo, transporte, paseos, cocinando en su casa. Refiere que estos problemas estuvieron siempre en ella de manera transitoria y cíclica pero que, en los últimos 8 meses se ha vuelto muy difícil de sobrellevar.

Con respecto a su familia refiere que tanto su madre como su abuela son muy ansiosas y que su padre tuvo antecedentes de depresión con tratamiento psicofarmacológico años atrás. Su madre es médica, se comunican varias veces al día y ante cada malestar ella se lo informa buscando que su madre le indique la medicación correspondiente para poder sentirse mejor. Por ejemplo, ante sus ganas de vomitar, dolores estomacales, de cabeza. De todas maneras, es muy responsable de su salud y cuenta con todos los chequeos médicos al día descartando así cualquier problema orgánico.

Ludmila es diseñadora gráfica, le gusta su trabajo, pero menciona que le cuesta lidiar con los distintos síntomas físicos que aparecen a lo largo de su jornada laboral. Tiene buen vínculo con sus compañeros de trabajo, aunque haya momentos como el almuerzo, que refiere sentirse muy incómoda buscando excusas para poder evitarlos.

Tiene poca vida social dado a que le cuesta poder disfrutar las salidas al aire libre, prefiere quedarse en su casa. Con respecto a su pareja, menciona que tienen un vínculo basado en la comunicación y compañerismo. Menciona que le cuesta disfrutar de su vida sexual ya que durante el coito suele sentir dolor en su vagina. Esto hace que sienta temor ante la posibilidad de tener un encuentro sexual con su pareja por querer evitar el dolor. Refiere no tener dificultades con su pareja ya que es un tema hablado y no son de tener encuentros íntimos contidamente. Ha ido a consulta ginecológica y la médica le recomendó trabajar esta dificultad con un psicólogo/a.



A. Lista de problemas

- 1) “Mis ataques de pánico no me dejan disfrutar de las cosas o momentos lindos que está teniendo hoy mi vida”
- 2) “Necesito poder hacer algo con mi ansiedad”
- 3) “Mis vínculos sociales cada vez son menos, me angustia sentirme sola”
- 4) “Moverme por la calle o pasear ya es un problema para mí. Deseo poder hacerlo sin la compañía de nadie”

B. Diagnóstico presuntivo: Según DSM V

- Trastorno de pánico (F41.0)
- Trastorno de dolor génito pélvico, de por vida/ moderado (F52.6)

Al menos tres situaciones problemáticas típicas, con sus pensamientos automáticos, emociones, conductas y significado que les da (Beck):

a) En las últimas semanas evitó de forma reiterada irse de su casa por temor a descomponerse. En su casa se siente un poco más segura por tener el kit con medicamentos cerca y la posibilidad de llamar a su mamá, médico o pareja inmediatamente ante el primer malestar. Suele comer antes de salir de su casa para prevenir malestar estomacal durante el paseo. Por ejemplo, si se junta almorzar con una amiga, ella come antes y solo bebe algo en la reunión. Su preocupación ronda en la falta de explicación de por qué tiene ganas de vomitar si lo que come es liviano y sano. Frecuentemente atribuye a su malestar a la ingesta de determinados alimentos. Sus miedos son: a vomitar, tener diarrea, desmayarse, perder el control de la situación.

b) Los viajes hacia y de regreso de su trabajo en colectivo suelen ser difícil de atravesar para Ludmila. Refiere sentir mucho dolor de cabeza, lo atribuye al movimiento del mismo. Atraviesa esta situación, pero con grandes montos de ansiedad, angustia y temor a tener diarrea. Su novia a veces la va a buscar para regresar juntas en el viaje. En algunas situaciones alterna el viaje en colectivo y caminata.

c) Por lo general en el área laboral se siente ansiosa en el horario del almuerzo. Refiere sentirse incomoda si la ven comer y que ante esto le cuesta con gran dificultad poder tragar la comida. Su garganta se le cierra y aparecen pensamientos automáticos referidos a la lectura negativa de pensamiento ajeno junto con síntomas físicos como angustia en el pecho, temblores y excesiva sudoración. Su gran temor es a vomitar o morir ahogada ese momento frente a todos.

C1. Creencias intermedias (supuestos y estrategias)

Lo peor que puede pasarme es perder el control y descomponerme al punto de desmayarme y perder el conocimiento.

C2. Creencias nucleares con respecto a:

- a) De mí mismo: No soy capaz, sola no puedo, soy una carga para los demás
- b) De los otros: Deben pensar que algo falla en mí, que soy rara. No me van a querer más
- c) De la vida: Es muy difícil, me sobrepasa
- d) Del futuro: Es una amenaza constante

C3. Orígenes de estas creencias

Ludmila refiere sentir ansiedad desde chica. Recuerda que a sus 8/10 años tenía un vínculo problemático con la comida, cuenta haber tenido atracones y mala digestión debido a pensar siempre que no debía comer para no sentirse mal después. Menciona ya no tener atracones y tener un vínculo sano con la comida hace más de 15 años, pero sí que persiste el miedo a descomponerse. Menciona

que en su adolescencia ha realizado tratamiento psicológico por somatizar su estrés. Varios profesionales de la salud la han ayudado momentáneamente pero luego de un tiempo, los pensamientos y malestares físicos regresan. Su madre reiteradas veces le ha dado explicaciones medicas a sus malestares físicos reforzando así la conducta de reaseguro a través de la ingesta de medicación para calmar los síntomas físicos de su ansiedad.

C4. Precipitantes

Decidió comenzar un proceso terapéutico dado a que a partir de la vuelta (parcial) a la presencialidad a su trabajo comenzó a sentir mucha angustia y ansiedad limitándola diariamente.

C5. Situaciones activadoras

Son diversas las situaciones que activan sus pensamientos sobre los peligros de poder volver a vivir un ataque de pánico. Por ejemplo, actividades específicas dentro de su hogar como el salir hacer compras, o algunas salidas sociales y/o recreativas con su pareja y grupo de amigos. Sus malestares físicos se agudizan a tal punto de no poder soportarlos produciéndose así conductas de evitación afectando su calidad de vida.

C6. Resumen de la hipótesis del trabajo

Poder construir una buena alianza terapéutica que nos permita desarticular las conductas evitativas producidas por lo grandes montos de ansiedad. Poder identificar y modificar creencias disfuncionales, lograr una óptima psicoeducación de la ansiedad, poder armar en conjunto exposiciones graduales con el fin de adquirir herramientas para tolerar y afrontar la ansiedad para sí lograr una mejor calidad de vida.

C.7 Fortalezas y ventajas del paciente

La paciente se encuentra decidida a comenzar un proceso terapéutico. Se muestra comprometida asistiendo semanalmente a cada encuentro. Se informo acerca de la

terapia cognitiva y su eficacia en trastornos de ansiedad, por lo cual se encuentra entusiasmo en probar por primera vez este tipo de tratamiento.

D. Plan de tratamiento

E1. Objetivos y como se los medirá

- Establecer alianza terapéutica a través de un buen rapport
- Aprender la práctica de la relajación y respiración para atravesar las distintas situaciones que disparen su ansiedad como así adquirir los recursos necesarios para afrontar y dejar de evitar.
- Afrontar las situaciones temidas a través de exposiciones previamente diseñadas /jerarquizadas en conjunto.
- Fortalecer su autoestima

Se llevará registro de cada encuentro, se pautarán tareas semanales como ser: registros de pensamientos, exposiciones planificadas. Los objetivos se medirán mensualmente.

E2. Formato y frecuencia

El tratamiento con modalidad individual presencial, una vez por semana.

E3. Intervenciones que se utilizarán

- ✓ Psicoeducación
- ✓ Reestructuración cognitiva
- ✓ Eliminación de pensamientos catastróficos
- ✓ Desensibilización sistemática
- ✓ Exposiciones
- ✓ Ensayo conductual
- ✓ Entrenamiento: Respiración y relajación
- ✓ Prevención de recaídas: Poder instruirla de abstenerse de realizar cualquier conducta (evitativa o de reaseguro) para que pueda reducir las consecuencias temidas no deseadas de sus pensamientos panicosos.

E4. Otros tratamientos que hacen falta

Comenzó en conjunto tratamiento con psiquiatra.

E5. Obstáculos que se anticipan en el curso de la terapia

El obstáculo principal de esta paciente es la rigidez en su pensamiento y que los tratamientos anteriores los ha abandonado al comenzar a sentirse mejor.

6. Modelo cognitivo para el trastorno de pánico

Clark & Beck (2010) mencionan que desde el modelo cognitivo hay cinco objetivos principales de tratamiento para el trastorno de pánico

1. Reducir la sensibilidad a las sensaciones físicas y mentales relevantes a la angustia.
2. Debilitar la malinterpretación catastrófica y los esquemas hipervalentes subyacentes de amenaza de los estados corporales o mentales.
3. Aumentar las capacidades de revaloración cognitiva que derivarán en la adopción de una explicación alternativa más benigna y realista de los síntomas molestos.
4. Eliminar la evitación y otras conductas maladaptativas de búsqueda de seguridad.
5. Aumentar la tolerancia a la ansiedad o a la incomodidad y restablecer la sensación de seguridad.

A su vez, los autores destacan que para alcanzar estos objetivos se necesita de los siguientes componentes (Clark & Beck, 2010)

- Formación sobre el modelo de terapia cognitiva para la angustia
- Activación esquemática e inducción de síntomas
- Reestructuración cognitiva de la malinterpretación catastrófica
- Puesta a prueba de hipótesis empíricas de explicación alternativa
- Exposición gradual in vivo
- Tolerancia a los síntomas y reinterpretación de la seguridad
- Prevención de recaídas
- Reentrenamiento (opcional) en respiración

Lejos de ser redundante con los aspectos teóricos sobre la terapia cognitiva y los trastornos de ansiedad, específicamente del trastorno de pánico. A continuación, hare énfasis en las principales intervenciones aprendidas a lo largo de la especialización que fueron llevas a cabo en los casos clínicos presentados con anterioridad.

Si bien Lucas y Ludmila comparten los criterios para el trastorno de pánico, cada caso tiene su particularidad y su desarrollo específico. Pero con el fin de que este trabajo no se corra de su objetivo, que es dar cuenta de las habilidades adquiridas agrupare las intervenciones más significantes que desarrolle en ambos casos ejemplificando experiencias.

7. Intervenciones cognitivas

7.1 Psicoeducación

Bregman (2006) define a la psicoeducación como una intervención que busca facilitar el aprendizaje sobre un rango de dificultades emocionales y comportamentales, sobre sus efectos como así también las estrategias para manejarlas. El conocimiento permite aumentar los recursos para afrontar las adversidades. Psicoeducar es brindar información detallada y sistematizada acerca de la etiología de sus síntomas, de los mecanismos que participan para que se sostengan y de las consecuencias de los mismos. Implica proveer y corregir información con el paciente.

La ansiedad es incertidumbre no resuelta que provoca en muchas personas desorientación y confusión, por eso el poder manejar la información correcta y específica tiene un inmediato efecto en la disminución de los niveles de la ansiedad. (Bregman, 2006)

En la primera parte de los tratamientos de Lucas y Ludmila hice hincapié en poder instruirlos sobre la explicación cognitiva tanto para la ansiedad como el trastorno de pánico. Esto generó un notorio impacto positivo en ellos. Sobre todo para Lucas que venía de una experiencia de diez años de terapia bajo el modelo psicoanalítico. No solo fue modificar conceptos erróneos de la ansiedad sino brindar información para el entendimiento de su problemática.

Tanto Lucas como Ludmila han realizado como primeras tareas intersesión el registro de pensamiento propuesto por Beck (1979). El registro está dividido en 5 columnas. En la primera se anota el día y hora en la que ocurren los acontecimientos, específicamente en estos casos en momentos de elevada ansiedad. En la segunda se especifican las situaciones concretas indicando en cada una de ellas dónde estaba y qué estaba pasando cuándo sucedió. En la tercera se completan los pensamientos, en la cuarta la o las emociones y su intensidad en porcentaje del 1 al 100%. Y por último se describe el comportamiento que realizó durante la situación registrada.

Mediante el cuestionamiento socrático pude ir explorando sus experiencias durante el episodio de angustia y su interpretación de los síntomas. El registro ayudó para apoyar las explicaciones acerca del modelo cognitivo, el ciclo de la ansiedad, el circuito del miedo y el desarrollo de los ataques de pánico. De esta manera ambos dejaron de catastrofizar y mantuvieron una mirada más abierta y realista de su problemática.

Por último, Bergman (2006) sostiene que la psicoeducación es un proceso que no solo permite a las personas informarse sino desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar situaciones específicas y eso lo pude ver en todos los pacientes que he tenido hasta el momento.

7.2 Reestructuración cognitiva

Clark & Beck (2010) mencionan que la reestructuración cognitiva cumple dos funciones en la terapia cognitiva del pánico. Por un lado, presenta evidencias que desmienten la errónea interpretación catastrófica como también ofrece una explicación alternativa para las sensaciones internas. En el trastorno de angustia la recogida de pruebas, identificación de errores cognitivos (es decir, exagerar la probabilidad y gravedad del peligro inminente) y la producción de explicaciones alternativas resulta muy útil.

Otro aspecto de la explicación alternativa que se destaca es la función que tienen los pensamientos y las creencias catastróficas. En este caso, nosotros como terapeutas podemos formular explicaciones alternativas como posibles o generar hipótesis que invite al paciente a investigar la validez de cada explicación constituida recopilando pruebas que las confirmen o desmientan (Clark & Beck, 2010)

El objetivo de la reestructuración cognitiva en Lucas y Ludmila fue que puedan reconocer que la ansiedad y su sintomatología se deben a sus creencias erróneas sobre que algunas sensaciones físicas son sinónimos de peligro y descontrol.

En mi experiencia la reestructuración cognitiva no fue un proceso fácil ni lineal de llevar a cabo, dependerá también de la flexibilidad o rigidez y el grado de ansiedad

vivenciad en cada paciente. A lo largo de los tratamientos se muestra el rol de las creencias y pensamientos catastróficos en la perpetuación de los síntomas de ansiedad. En el caso de Ludmila tuve que ser muy paciente e insistente en este punto ya que contaba con una gran rigidez en su pensamiento.

7.3 Exposición interoceptiva

Una característica de la terapia cognitiva para la angustia es el uso de los ejercicios durante la sesión para inducir las sensaciones físicas temidas por los pacientes (Beck & Greenberg, 1988). Se puede recurrir a distintos ejercicios de inducción a lo largo de todo el tratamiento sobre la base de los efectos positivos de la exposición interoceptiva en la reducción de la angustia (White & Barlow, 2002).

La exposición interoceptiva simula los síntomas de ataque de pánico para que el paciente pueda experimentarlos en un contexto controlado. La inducción controlada y repetida de las sensaciones físicas debilita la respuesta emocional ante ellas (condicionamiento interoceptivo). (Fernández, Díaz & Villalobos, 2012)

Los ejercicios de exposición interoceptiva permiten la activación de los esquemas de amenaza y nos da la oportunidad de poder desafiar las erronas interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales según cada caso. El paciente aprende que las sensaciones físicas no tienen por qué ser atemorizantes y que no necesariamente desembocan en un escenario catastrófico (Clark & Beck, 2010)

Antes de llevar a cabo la exposición interoceptiva verifique que los pacientes, Ludmila y Lucas, no tengan ninguna contraindicación medica para realizar los ejercicios. Al comenzar hicimos la exposición durante unos minutos en tiempo de sesión y luego, como tarea intersesión en situaciones neutrales para luego en situaciones que les generen ansiedad.

En el caso de Lucas realizamos en conjunto el listado de las sensaciones físicas de menor a mayor malestar según él. Siendo el resultado: sensación de irrealidad seguido por las palpitaciones y, por último, siendo este síntoma el menos tolerable, las náuseas. Se le explicó el objetivo de la actividad y el efecto buscado de lograr la

habituaación del síntoma para alcanzar a su vez el cambio de creencia ante estos síntomas. Por ejemplo, para lo que fue el síntoma mareo, la exposición interoceptiva pensada fue el girar alrededor de sí mismo sentado en una silla de escritorio con rueditas por 10 segundos. Al ser el síntoma que más temor le temía, fui exponiéndolo de una manera segura y respetada. Hoy en día, la técnica funcionó perfectamente y Lucas interpreta dichos síntomas de una manera realista, quitándole la connotación catastrófica.

7.4 Respiración y relajación

El entrenamiento en respiración es una de las estrategias de relajación que se utiliza en las primeras sesiones de la terapia cognitiva para el trastorno de angustia (Beck & Greenberg, 1988).

La hiperventilación conlleva una respiración rápida y corta, la cual es un factor importante en el desarrollo de las crisis de angustia. Por este motivo se sugiere que el entrenamiento sea en una respiración lenta que debería contrarrestar los síntomas de angustia (Jones & Clark, 1986).

La respiración de tipo abdominal o diafragmática es la forma más habitual de reentrenamiento en respiración utilizada para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Esta postura asume que la hiperventilación juega un papel crítico en el origen de la angustia provocando una reducción aguda en la presión arterial parcial de dióxido de carbono (pCO_2), denominada hipocapnia, que a su vez genera una amplia variedad de sensaciones orgánicas desagradables como lo son por ejemplo los mareos, palpitaciones, falta de aliento, hormigueo en extremidades. Estas sensaciones son interpretadas por los sujetos como una grave amenaza médica (Meuret, Ritz, Wilhelm & Roth, 2005).

El principal objetivo del entrenamiento en respiración es lograr un patrón respiratorio apropiado fisiológicamente que será adecuado para disminuir las distintas alteraciones respiratorias. De todas maneras, cada intervención de esta índole elegida tendrá su propio objetivo. (Fernández, Díaz & Villalobos, 2012).

Por lo general los distintos ejercicios implican series de inspiración y espiración con pausas intermedias, incluyendo modificaciones como ser el ritmo, la intensidad o las distintas posiciones y movimiento del cuerpo (Speads, 1988).

En el caso de Ludmila, ella ya tenía práctica en respiración y relajación por haber hecho yoga, lo cual facilitó el desarrollo de esta habilidad. Se sentía más cómoda utilizando respiraciones guiadas dentro de meditaciones y en los casos que no podía detenerse a escuchar, pudo empezar aplicar la respiración cuadrada (respirar en 4 tiempos). Con respecto a Lucas fue el adquirir por completo este recurso, lo cual fue progresivo hasta que pudo incorporarlo como un hábito y herramienta de autorregulación. Él, además de utilizar la respiración cuadrada (4x4), pudo ir aplicando en distintos momentos la respiración abdominal, utilizando la metáfora del globo (cuando entra el aire al estómago, este se hincha como un globo y al salir el aire, ese globo se deshinchaba).

Por último también quiero destacar que utilice distintos recursos del Mindfulness. El tratamiento basado en la atención plena (Mindfulness) es una de las terapias cognitivas de tercera generación (TTG). Según Miró & Simon (2011) el uso de la práctica de Mindfulness en los tratamientos de los trastornos de ansiedad pueden requerir un cambio en la perspectiva por parte del terapeuta, dado a que el objetivo no es necesariamente reducir la ansiedad y los síntomas vinculados a ella sino en poder cambiar la forma en que los pacientes responden y se relacionan con dichos síntomas, ayudándoles a construir una vida que merezca la pena a pesar de su experiencia de ansiedad. De esta manera la reducción de la ansiedad sería una consecuencia secundaria.

Utilicé, por ejemplo, la técnica “5-4-3-2-1” de Ellen Hendriksen (2019), la cual es una herramienta de autoobservación y autorregulación que ayuda a poner la mente en el aquí y ahora y colabora a reestablecer el equilibrio mental, corporal y emocional en momentos de ansiedad a través de que el sujeto pueda ubicar en el espacio 5 cosas que pueda ver, 4 que pueda sentir/tocar, 3 que pueda escuchar, 2 cosas que pueda oler y 1 que pueda disgustar. También utilice la técnica “Body Scan” (escaneo corporal) y Mindfulness en el caso de Ludmila.

8. Alianza terapéutica

La relación terapéutica implica un canal a través del cual transcurre la psicoterapia y por lo tanto es la condición de posibilidad del tratamiento. La psicoterapia no se podría percibir sin el establecimiento de una relación entre el paciente y terapeuta. (Corbella, Balmaña, Fernández-Álvarez, Saúl, Botella y García, 2009).

Bordin (1979) conceptualizó a la alianza terapéutica como: acuerdo en las tareas, acuerdo en las metas y vínculo positivo. La solidez de la alianza depende del grado de acuerdo entre paciente y terapeuta sobre las metas y tareas terapéuticas como así de la calidad del vínculo entre ambos. Por lo tanto, la relación entre el paciente y terapeuta es un elemento esencial de la psicoterapia.

La sola adherencia a técnicas ha probado ser insuficiente para asegurar buenos resultados, y se ha comprobado que una terapia competente requiere que los pacientes perciban a sus terapeutas como empáticos y con una actitud no crítica y congruente. En este punto el esfuerzo empático del terapeuta ayuda a “co-crear” una articulación de la experiencia implícita del paciente, comprobando permanentemente su nivel de comprensión. Si el paciente percibe que el profesional lo escucha y entiende se animará a ir más allá (Bohart & Tallman, 1997)

A pesar que la evolución de los tratamientos impulsó grandes avances en cuanto a las técnicas utilizadas, el vínculo es crucial en cuanto a los resultados que puedan alcanzarse. No obstante, una cálida y afectuosa relación terapéutica no es suficiente para que se cumplan los objetivos de la terapia. Puesto que, a pesar de sus efectos intrínsecamente benéficos, puede alimentar una ilusión antes que acercar una verdadera solución a los problemas planteados. (Fernández-Álvarez, 1999)

Si bien Beck ha destacado junto a otros colegas la importancia del “empirismo cooperativo”. Es decir, la necesidad de que los terapeutas logren relaciones cooperativas con sus pacientes para lograr ayudarlos a descubrir las percepciones que son incongruentes con la realidad (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Beck & Emery, 1985; Beck & Young, 1985)

Beck y Young (1985) mencionan que para lograr establecer una buena cooperación terapéutica, los terapeutas tienen que ser auténticamente cálidos, empáticos, sinceros y atentos como así no representar el papel de “experto absoluto”. Poder contribuir a inspirar confianza y a contrarrestar la desesperanza que puede aparecer inicialmente en el paciente. Parte del proceso de entablar una buena relación cooperativa implica trabajar junto con el paciente para fijar objetivos terapéuticos, determinar prioridades y acordar un orden del día para cada sesión.

La primera tarea del terapeuta es desarrollar un sentido de colaboración y establecer expectativas realistas. Por lo tanto, es fundamental que pueda transmitir que los objetivos constituyen responsabilidades compartidas, a los que deberán ajustarse a lo largo del proceso. La terapia cognitiva no implica que el terapeuta solo se encargue de brindar soluciones dejando al paciente en un rol pasivo, por el contrario, el paciente y terapeuta deben acordar los términos de su contrato terapéutico. Los objetivos constituyen responsabilidades compartidas a los que deberán ajustarse a lo largo del proceso. (Shrick Tryon & Winograd, 2002).

Es por todo lo anteriormente mencionado que como primer objetivo en los casos expuestos fue primordial poder establecer una buena alianza terapéutica con Ludmila y Lucas. Sin una buena alianza terapéutica y un vínculo sólido constituido en base a confianza y apoyo hubiese sido imposible alcanzar los objetivos propuestos. Por supuesto que no hay una única manera de consolidar la alianza terapéutica, dependerá de las características de personalidad de cada paciente y también las propias de cada terapeuta. Pero sin dudas el poder lograr esta alianza es uno de los desafíos más valioso en mi profesión.

9. Conclusiones

La especialización me permitió perfeccionarme sobre la manera (poco experta) que tenía para aplicar toda la teoría aprendida hasta el momento. Mis comienzos en la profesión fueron con algunos miedos y muchas autoexigencias. Siempre intenté apoyarme en aspectos teóricos para poder ir avanzando de manera responsable y éticamente correcta, por eso tengo el interés y motivación de una formación de calidad continua.

Llegué a la especialización con el deseo de poder adquirir herramientas prácticas ya que sentía que de teoría tenía una gran base. No sólo por mi desempeño en la formación de grado sino porque luego he realizado distintas formaciones que ampliaron y consolidaron aspectos teóricos.

El poder asimilar que la terapia cognitiva no consiste en la aplicación de técnicas de forma automática y uniforme a los pacientes como regla universal marcó un cambio radical en mí. Me permitió relajarme, flexibilizarme y creer más en mis capacidades. Me permitió también ver qué habilidades tengo como terapeuta y cuáles son aquellas que quiero desarrollar. Los casos de Ludmila y Lucas fueron cuidadosamente conceptualizados dentro del marco teórico cognitivo, pero como todo aprendizaje, me ha llevado tiempo poder adaptarme a la forma de volcar los datos en el diagrama de formulación y conceptualización de caso dado a que fue un concepto totalmente novedoso. En cada taller práctico a lo largo de estos años he podido afianzarme en identificar, recolectar y organizar la información que presenta cada paciente para posterior lograr un correcto diseño de tratamiento.

Sin dudas pude mejorar la forma de evaluar, diagnosticar y desarrollar los tratamientos de una manera más integrativa, práctica, dinámica y segura. El poder adquirir la habilidad para lograr una adecuada conceptualización y formulación de caso marcó un antes y un después en mi desempeño profesional. Me siento más organizada.

Por supuesto que aún queda mucho camino por recorrer, teorías que aprender y habilidades para desarrollar. Sin lugar a dudas, continuaré por los lineamientos de la

terapia cognitiva apostando a la psicoterapia basada en la evidencia para garantizar a mis pacientes un servicio de calidad y efectividad.

10. Referencias

American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.)*. Editorial Médica Panamericana.

Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Bregman, C (2006). *Psicoeducación en los trastornos de ansiedad*. Revista Argentina de Clínica Psicológica Vol.15, 135-139

Clark y Beck (2010). *Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad*. España. Editorial Desclée De Brouwer, S.A.

Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L., y García, F. (2009). *Estilo Personal del Terapeuta y teoría de la mente*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 18, 125-133.

Gómez, B. (1997). *Formación y entrenamiento en psicoterapia. Una perspectiva cognitiva*. En H. Fernández-Álvarez (Comp.), *Desarrollos en Psicoterapia* (pp. 27-47). Buenos Aires: Editorial de Belgrano.

Gómez, B. (2010). *La relación terapéutica en Terapia Cognitiva*. Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República de Argentina, 3(1), 1-21.

López Pell, A. F., y Palumbo, A. C. (2013). *Métodos y técnicas: Descubrimiento guiado*. Buenos Aires. Universidad Abierta Interamericana.

López Pell, A. F., y Palumbo, A. C. (2013). *Técnicas cognitivas: Flecha descendente*. Buenos Aires. Universidad Abierta Interamericana.

López Pell, A., Brusca, L. (2013). *Conceptualización y formulación de casos clínicos desde los modelos de Judith S. Beck y Jacqueline B. Persons*. Universidad Abierta Interamericana.

Ruiz Fernández, Díaz García y Villalobos Crespo (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual*. España. Editorial Desclée De Brouwer, S.A.

Vásquez Dextre, E. R. (2016). *Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas*. Revista de NeuroPsiquiatría, 79(1), 42-51