



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

“PROPUESTA TERAPEÚTICA EN UN CASO DE TRASTORNO DE
ANSIEDAD CON CRISIS DE PÁNICO BASADOS EN LA TERAPIA
COGNITIVO CONDUCTUAL”.

TRABAJO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autora: Andrea Patricia Cordero Almache.

Director: Dr. Juan Aguilera

Cuenca- Ecuador

2010

DEDICATORIA

Dedico este trabajo investigativo a mis padres Xavier, Rosario, Amada, quienes han sido para mi un ejemplo de vida. A mis hermanas Rosi, Gaby, Ani, por apoyarme en todo momento y a mis queridos sobrinos Martina, Joaquín por ser mi alegría de vivir.

AGRADECIMIENTO

Agradezco sinceramente al Dr. Juan Aguilera. Director de la Monografía. A los miembros del tribunal: Dr. Alfonso Calderón, Mstr. Mario Moyano, quienes con su esfuerzo y dedicación supieron guiarme desinteresadamente en la realización de este trabajo investigativo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria	I
Agradecimientos	II
Índice de Contenidos	III
Resumen	IV
Abstract	V
Introducción	1
CAPÍTULO 1: Teoría de la ansiedad	2
Introducción	2
1.1 Definición de ansiedad	2
1.2 Tipos de ansiedad.	4
1.2.1 Crisis de Pánico.	4
1.2.2 Agorafobia.	5
1.2.3 Trastorno de Angustia.	6
1.2.4 Fobias.	7
1.2.4.1 Fobia específica.	8
1.2.4.2 Fobia social.	9
1.2.5 Trastorno Obsesivo- compulsivo.	11

1.2.6 Trastorno por estrés postraumático.	12
1.3 Ansiedad según diferentes autores.	13
1.3.1 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)....	13
1.3.2 Teorías Conductistas.	14
1.3.3 Teoría Psicodinámica.	14
1.3.4 Teoría Cognitiva de la Ansiedad.	15
1.4 Trastorno de ansiedad con crisis de pánico según el modelo cognitivo-conductual.	18
Conclusión:	19
CAPÍTULO 2 RECURSOS Y ESTRATEGIAS.	20
Introducción	20
2.1 TÉCNICAS APLICABLES.	20
2.1.1 Psicoeducación.	20
2.1.2 Reestructuración cognitiva.	21
2.1.3 Control respiratorio.	22
2.1.4 Entrenamiento y relajación.	23
2.1.5 Visualización.	23
2.1.6 Exposición.	24
2.2 MATERIAL PARA APLICACIÓN DE DIFERENTES REACTIVOS	25

2.2.1 Test de la Familia.	25
2.2.2 Test de ansiedad, “Test de Hamilton”.	26
2.2.3 Cuestionario de Autoevaluación Estado- Rasgo (STAI). Ansiedad	26
2.2.4 Cuestionario APGAR familiar.	26
Conclusión	28
CAPÍTULO 3: Tratamiento.	29
Introducción	29
3.1.1 Tipos de Tratamiento.	29
3.1.2 Tratamiento Cognitivo- Conductual: Trastorno de ansiedad con crisis de pánico.	31
Conclusión	32
CAPÍTULO 4 Diagnóstico	33
Introducción	33
4.1 Entrevista psicológica.	33
4.2 Historia clínica.	34
4.3 Resultado de la aplicación de reactivos.	41
4.4 Diagnóstico.	43
4.5 Diagnóstico diferencial.	44
CAPÍTULO 5 PLAN DE APLICACIÓN	46
Introducción	46

5.1 Establecer número de sesiones.	46
5.2 Establecer hora y día de terapia por semana.	50
5.3 Establecer el tiempo de duración de la terapia.	50
Conclusión	50
Conclusiones Generales	51
Recomendaciones	52
Bibliografía	53
Anexos	54

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo es crear un plan terapéutico en el caso específico de Trastorno de Ansiedad con crisis de pánico en una paciente de 25 años, basándonos en la Teoría Cognitivo- Conductual. Para lograr esto se realiza un estudio detallado acerca de la ansiedad, definición, principales características y síntomas tanto físico, cognitivos y conductuales. Se va detallando los diferentes tipos de ansiedad, diversas técnicas y de igual manera los diferentes tipos de tratamientos a los cuales se podrían recurrir.

Dado que la sintomatología que presenta la paciente le está causando un malestar significativo en su vivir diario, se ha desarrollado un plan terapéutico que consta de diez sesiones, las cuales se llevaran a cabo una por semana en un tiempo aproximado de dos meses y medio con el objetivo de que la paciente aprenda durante este tiempo a reconocer sus distorsiones cognitivas y a controlar por si sola este tipo de ideas y sensaciones para que se pueda desenvolver en su medio tanto familiar como social y laboral.

ABSTRACT

The objective of this thesis is to create a therapeutic plan for a specific case of Anxiety Disorder with panic attacks in a 25-year-old patient based on Cognitive-Behavioral Theory. To achieve this, a detailed study of anxiety was done including its definition, principal characteristics and symptoms – physical, cognitive and behavioral. The different types of anxiety are detailed along with various techniques and the diverse types of treatments which may be used.

Given that the symptoms that the patient presents are causing significant discomfort in daily life, a therapeutic plan that consists of ten sessions has been developed, which will take place once a week for approximately two and a half months. The objective of these sessions is for the patient to learn to recognize their cognitive distortions and control these types of ideas and sensations by themselves in order to be able to develop in the domestic, social and labor setting.



A handwritten signature in black ink, enclosed within a hand-drawn oval. The signature appears to read "M. Isabel Pino E." with a stylized flourish at the end.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las personas en general experimentan diferentes cambios en su vivir diario, ya sea por que se vive en un mundo acelerado, con una mayor demanda de competencia o por todos los conflictos laborales, sociales y personales que pueden estar experimentando, todas estas situaciones hacen que se exijan mas a si mismos y en algún momento esto puede llegar a desencadenar o experimentar cierto tipo de ansiedad.

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente. Es por esto que la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. Estos factores son expresados en diferentes ámbitos como el familiar, social o bien el laboral,

De esta forma se considera de gran importancia el estudio de la ansiedad y se ve necesaria la creación de un plan terapéutico con el cual se le pueda ayudar al paciente en el momento que se encuentra con dificultad para afrontar su problema. Uno de los aspectos más importante de este plan terapéutico es lograr que el paciente adquiriera las destrezas necesarias para afrontar el problema, hacerle saber que este tipo de sensaciones o sentimientos son pasajeros y controlables por medio de las diferentes técnicas basadas en la Terapia Cognitivo-Conductual.

CAPÍTULO 1

TEORIA DE LA ANSIEDAD

CAPÍTULO 1: Teoría de la Ansiedad.

Introducción

En el siguiente capítulo se realiza un estudio detallado acerca del Trastorno de Ansiedad, su concepto, la principal sintomatología y como este tipo de trastorno puede afectar a las personas que lo padecen. Así como también un breve resumen de los diferentes tipos de ansiedades y como las diferentes corrientes psicológicas lo describen.

1.1 Definición de ansiedad.

La ansiedad es una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representen o sean interpretadas como una amenaza o peligro para la actividad psicofísica del individuo. Esta ansiedad pone en marcha una serie de mecanismos defensivos a través, entre otras cosas de una estimulación del sistema nervioso simpático y de la liberación de catecolaminas, que son las responsables de una buena parte de los síntomas somáticos de la respuesta ansiosa. Las manifestaciones de ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación. (J, Vallejo, C. Ferrer, pg 33).

La ansiedad es un sentimiento experimentado prácticamente por todos los seres humanos. Es una sensación normal que acompaña a las personas durante todo su desarrollo, estando presente al vivir cambios y situaciones nuevas.

La ansiedad normal se caracteriza por una sensación de aprensión difusa, indiferenciada y generalizada ante una amenaza inespecífica, vaga u originada por algún conflicto. La persona ansiosa suele sentirse inquieta y puede presentar síntomas

corporales como dolor de estómago, sequedad bucal, sudoración, dolor de cabeza.

También se considera a la ansiedad como un signo de alerta que permite a las personas prepararse para enfrentar las amenazas ordinarias del ambiente, como un mecanismo para la supervivencia. Es decir, se activa el sistema defensivo frente a una situación de peligro real. La ansiedad desaparece una vez que el peligro ha pasado.

(www.sanamente.com)

Al referirse a la ansiedad patológica, se habla de una respuesta inapropiada a un estímulo concreto en función de su intensidad o su duración. Se trata de un padecimiento importante sin un referente externo válido que es vivenciado por la anticipación de un futuro incierto, inseguro y amenazante acompañando de un sentimiento de inseguridad predominante. A diferencia de la ansiedad normal en la ansiedad patológica la persona no puede detener la reacción defensiva una vez que el peligro ha pasado. (www.sanamente.com)

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

Es un padecimiento debilitante con una ocurrencia estimada a lo largo de la vida de 1.5%. Ocurre alrededor del doble de mujeres en comparación con los hombres, por lo común aparece por primera vez entre el final de la adolescencia y al principio de la

adultez, también puede presentarse en la infancia o posteriormente en la vida. Este trastorno parece ser un padecimiento crónico cuya gravedad aumenta y disminuye.

(William Sanderson y Simon A. Rego, 81)

Durante mucho tiempo, el término angustia fue diferenciado de la ansiedad, caracterizando a la angustia como una expresión predominantemente somática en forma de constricción y opresión, vivenciada en un presente sufriente, es decir, por un sufrimiento físico general además de esa sensación difusa y generalizada de anticipación a un peligro, común de la ansiedad.

Actualmente se lo utiliza como sinónimo de ansiedad, debido a que se considera a ambos como un estado psicológico displacentero acompañado frecuentemente de síntomas fisiológicos, descritos como expectación penosa o desasosiego ante un peligro impreciso (Suárez Richards, 1995).

1.2 Tipos de ansiedad.

1.2.1 Crisis de Pánico:

Las crisis de angustia es un tipo de ansiedad que afecta al 1,5-3,5 % de la población general, suele ser más frecuente en mujeres y comenzar en la adolescencia, aunque a veces aparecer en personas de mayor edad. En la mayoría de los casos las personas que sufren un episodio sufrirán algunos más, de esta forma ocasionan una gran limitación en el desarrollo de las actividades diarias del individuo, debido a la ansiedad que causan y al miedo a sufrir nuevos episodios y a sus consecuencias. Con frecuencia existe comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas como depresión (30-50%) o alcoholismo (35%). Alrededor de un 20% realizan un intento de suicidio, siendo precisamente las dos enfermedades citadas las que más incrementan el riesgo de suicidio respecto a pacientes que padecen trastorno de pánico sin otra comorbilidad.

También puede aparecer en el transcurso de diversas enfermedades médicas (www.fisterra.com).

La característica principal de la crisis de angustia es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, en ausencia de peligro real. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (habitualmente 10 min. o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar. Los síntomas somáticos o cognoscitivos vienen constituidos por palpitaciones, sudación, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo (aturdimiento), desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones. (DSM-IV-TR, pg. 478)

Los individuos que solicitan ayuda terapéutica por estas crisis de angustia inesperadas acostumbran a describir el miedo como intenso, y relatan cómo en aquel momento creían estar a punto de morir, perder el control, tener un infarto o un accidente vascular cerebral. Describen un urgente deseo de huir del lugar donde ha aparecido la crisis. Al ir repitiéndose estas crisis pueden presentar un menor componente de miedo. (DSM-IV-TR, pg. 479)

1.2.2 Agorafobia:

La agorafobia se considera como la fobia más compleja, la que produce un mayor nivel de incapacidad y la más difícil de abordar terapéuticamente. Esta incapacidad condiciona la vida de las personas que la padecen repercutiendo negativamente en su autonomía y calidad de vida en diversos ámbitos como: el laboral, social, de pareja, familiar, académico, lúdico y personal. Esta es de tendencia creciente

y abarca cada vez más situaciones o estímulos que deben evitarse por lo que si el paciente no recibe el tratamiento adecuado su capacidad de deterioro suele ser progresiva y tiende a la cronificación. Parece afectar mayoritariamente a las mujeres 75%. (Salud Mental, vol. 29, N° 2, marzo-abril 2006).

La característica principal de la agorafobia es la aparición de la ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones en donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia o síntomas similares de angustia, puede no disponer de ayuda. Esta ansiedad suele conducir de forma típica a comportamientos permanentes de evitación de múltiples situaciones, entre las que cabe citar el estar solo dentro o fuera de casa: mezclarse con la gente; viajar en automóvil, autobús, o avión; o encontrarse en un puente o en un ascensor. Algunos individuos son capaces de exponerse a las situaciones temidas, si bien esta experiencia les produce un considerable terror. A menudo a estos individuos les resulta más fácil encararse a las situaciones temidas si se hallan en la compañía de un conocido. (DSM-IV-TR, pg., 481).

1.2.3 Trastorno de Angustia

El trastorno de angustia (con o sin agorafobia) es un padecimiento debilitante con una ocurrencia estimada a lo largo de la vida de 1.5%. Alrededor del doble de mujeres en comparación con los hombres. Aunque por lo común aparece por primera vez entre el final de la adolescencia y el principio de la adultez, también puede presentarse en la infancia o posteriormente en la vida. Este trastorno parece ser un padecimiento crónico cuya gravedad aumenta y disminuye. (Lyddon, William J, Jones, Jonh V,pg 81)

Como lo define el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el aspecto esencial del trastorno de angustia es la experiencia de ataques recurrentes e

inesperados de angustia. Una crisis de angustia se define como un periodo discreto de intenso temor o incomodidad que se desarrolla de modo abrupto y alcanza un máximo dentro de un lapso de 10 minutos, se acompaña de cuando menos de los siguientes 13 síntomas somáticos y cognitivos: disnea, mareo, palpitaciones, temblor, sudoración, sofocación, náusea/molestias estomacales, despersonalización, parestesias (entumecimiento, hormigueo), bochornos/escalofríos, dolores en el pecho, temor a morir, a volverse loco o a perder el control. (DSM-IV-TR, pg. 483).

El modelo cognitivo del Trastorno de angustia se basa en la proposición de que las crisis de angustia ocurren cuando los individuos perciben ciertas sensaciones somáticas como bastante más peligrosas de lo que son en realidad y, como resultado, las interpretan como indicadores de que están a punto de experimentar un desastre repentino, inminente. Estas interpretaciones catastróficas erróneas pueden surgir no solo del temor, sino también de una variedad de otras emociones (como enojo) o de otros estímulos (como cafeína, ejercicio). El círculo vicioso que termina en una crisis de angustia se desarrolla cuando un estímulo se percibe como amenazante crea sentimientos de aprensión, una elevación en las sensaciones somáticas y así sucesivamente hasta que ocurre una crisis de angustia completa. (Lyddon, William J, Jones, Jonh V, pg. 82)

1.2.4 Fobias.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales lista dos tipos de fobias: el primero es la fobia específica, conocida anteriormente como fobia simple; el segundo es la fobia social, también llamada trastorno de ansiedad social.

1.2.4.1 Fobia específica:

Se refiere al temor irracional y persistente acerca de objetos, situaciones, o ambos y, con frecuencia, a los intentos por evitar dichos objetos y situaciones. De manera típica el temor se restringe a un objeto o situación específicos, a diferencia de otros trastornos por fobias. Comúnmente los individuos con fobias simples practican la evitación de los estímulos temidos, esto puede ser fácil cuando el objeto o situación no se experimenta con frecuencia; sin embargo se vuelve más difícil si los objetos o situaciones son parte de la vida cotidiana y se confrontan a menudo de manera involuntaria. Cuando se anticipa un encuentro con los estímulos temidos o la persona se expone al objeto o situación que le provoca temor, quizá ocurra respuestas de ansiedad. A menudo el temor se refiere a aquello que puede suceder cuando se enfrenta tales estímulos, lo que se conoce como “tener miedo al miedo”. Entre otras posibilidades, los individuos pueden temer perder el control, entrar en pánico o desmayarse cuando se expongan al objeto o situación. El nivel de ansiedad que se perciba dependerá de la proximidad de los estímulos o de la incapacidad del individuo para escapar de ellos.(Lyddon, William J, Jones, Jonh V, pg. 68, 69).

Para recibir el diagnóstico de fobia específica, el individuo debe reunir siete criterios específicos, los cuales son: a) Temor notable y persistente que es excesivo o irracional, despertado por la presencia o anticipación del objeto o situación específicos. b) Exposición al estímulo fóbico que casi de manera invariable provoca una respuesta inmediata de ansiedad, misma que puede asumir la forma de un ataque de angustia vinculada con la situación o predispuesto por ella. c) El individuo reconoce que el temor es excesivo o irracional. d) se evita la situación o situaciones fóbicas o se toleran con intensa ansiedad y perturbación. E) La evitación, anticipación ansiosa o perturbación en la situación o situaciones temidas interfieren con la rutina del individuo, con su

funcionamiento ocupacional (o académico), o con sus actividades o relaciones sociales, o existe una notable perturbación relacionada con la fobia. f) En individuos menores a 18 años la duraciones, cuando menos, de seis meses. g) la ansiedad, los ataques de angustia o la evitación fóbica no se explica como consecuencia de otro trastorno mental- trastorno obsesivo compulsivo- trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, fobia social, trastorno por angustia con agorafobia o agorafobia sin antecedentes de trastorno de angustia. Como especificadores tenemos: Tipo animal, tipo ambiental, por sangre-inyección-daño, situacional y de otro tipo. (DSM-IV-TR, pg. 501).

Es poco común que los individuos con fobias específicas se preocupen de los medios más obvios de amenaza de los objetos en que se enfocan, por ejemplo las personas que le tienen fobia a las arañas tienden a enfocarse en el movimiento de las patas del animal, los individuos con fobia a las serpientes temen a su movimiento ondulante y, de la misma manera, quienes tienen fobia a los gatos se angustian por su movimiento errático. A medida que se desarrolla la fobia comienzan a vincularse asociaciones entre objeto temido y un sentimiento de angustia y de sentirse inseguro. A menudo un individuo con fobia específica tendrá una reacción extrema, inclusive ante la posibilidad de ver una imagen del elemento temido. Estas personas tienden a no buscar tratamiento, dado que su creencia generalizada es que pueden pasar por la vida evitando el contacto con los objetos temidos, en lugar de concurrir a un tratamiento basado en la exposición. (Lyddon, William J, Jones, Jonh V, pg. 70).

1.2.4.2 Fobia social:

El temor excesivo o la ansiedad ante situaciones sociales marca la fobia social; estas situaciones pueden incluir reuniones, entrevistas, comer en público y numerosos

tipos de interacción con individuos. La fobia quizá se deba a un temor a pasar vergüenza, al rechazo, a cometer errores o a tener reacciones fisiológicas (sudar, ruborizarse).(Lyddon, William J, Jones, Jonh V, pg. 70).

Para recibir el diagnóstico de fobia social, el individuo debe reunir ocho criterios específicos, los cuales son: a) un temor notable y persistente ante una o más situaciones sociales o de ejecución en las que el individuo está expuesto a personas desconocidas o al posible escrutinio de otros; la persona teme que actuara en una forma que será humillante o vergonzosa. b) La exposición a la situación social temida casi de manera invariable provoca ansiedad, misma que puede asumir la forma de una crisis de angustia vinculada con la situación o predispuesta por ella. c) La persona reconoce que el temor es excesivo e irracional. d) La situación social o de ejecución temida se evita o tolera con intensa ansiedad o perturbación. e) La evitación, anticipación ansiosa o perturbación en la situación o situaciones sociales o de ejecución interfieren con la rutina del individuo, con su funcionamiento laboral (académico) o con las actividades o relaciones sociales, o existe una perturbación notable relacionada con la fobia. f) En individuos menores de 18 años la duración es cuando menos de seis meses. g) El temor o evitación no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia o un padecimiento médico general y no se explica mejor como consecuencia de algún otro trastorno mental. h) Si está presente un padecimiento médico general u otro trastorno mental, el temor en criterio a, no se relaciona con él. Si los temores incluyen a la mayor parte de situaciones sociales, se sugiere un especificador de “generalizada”.

Las fobias son un tipo de temor que o están vinculadas con la edad y con el desarrollo infantil, la fobia esta fuera de proporción con respecto a la situación, no se puede explicar o razonar, no se encuentra dentro de control del individuo y causa que el individuo evite la situación temida. (Lyddon, William J, Jones, Jonh V, pg. 71).

1.2.5 Trastorno Obsesivo- compulsivo

Es un padecimiento grave que afecta hasta a 3% de la población, es uno de los trastornos de ansiedad más frecuente. El TOC se clasifica como tal por que las obsesiones incrementan la ansiedad o incomodidad, mientras que las compulsiones las disminuyen. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes perturbadoras; en general, los individuos con TOC intentan suprimir tales pensamientos o neutralizarlos con otros pensamientos acciones. Los temas típicos de las obsesiones tienen que ver con sexualidad, daño, contaminación, preocupaciones acerca de la enfermedad, religión, superstición u otros pensamientos que de otro modo se considerarían neutros. Por lo general los pensamientos son egodistónicos, pero no todos los pacientes están convencidos de que dichos pensamientos sean insensatos. (Lyddon, William J, Jones, Jonh V, pg. 107).

Las compulsiones son actos explícitos o mentales, algunas de las más frecuentes incluyen verificar, limpiar, ordenar, repetir y contar.

A menudo, los pacientes con TOC tienen más de un tipo de síntomas y en general saben que sus obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales. El TOC presenta una distribución igual entre ambos sexos y por lo común comienza en la adolescencia o adultez temprana. La mayoría de los individuos tienen un curso fluctuante y, con frecuencia, crónico. Las obsesiones y compulsiones reemplazan a los comportamientos funcionales y es frecuente que la evitación de situaciones conduzcan a dificultades matrimoniales, sociales y laborales. En sus formas más graves el TOC incapacita a quienes los sufren, manteniendo a algunos en su casa durante muchos años. (Lyddon, William J, Jones, Jonh V, pg. 108).

1.2.6 Trastorno por estrés postraumático

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, requiere que la persona este expuesta a un evento traumático en el que se encuentren presentes los siguientes dos elementos a) la persona a experimentado, atestiguado o se ha enfrentado con un evento que ha implicado la amenaza o la presencia real de muerte o lesión grave, o la amenaza a la integridad física de sí misma o de otras personas, y b) la respuesta de la persona implicó temor, desamparo u horror intensos. Por ejemplo: violaciones, agresiones físicas, un accidente automovilístico grave, homicidio de un miembro de la familia o amigo cercano, un desastre natural o combates militares. (DSM-IV-TR, pg. 518, 519)

Existen tres conjuntos principales relacionados con el diagnóstico del TEPT: repetición de la experiencia, aturdimiento y evitación y síntomas de excitación. Los síntomas de repetición de la experiencia incluyen pensar sobre el suceso cuando el sujeto no tiene la intención de hacerlo, sueños de angustia acerca del hecho, actuar o sentirse como si el evento traumático estuviera ocurriendo de nuevo, sentimientos de intensa angustia cuando se confrontan recuerdos del suceso traumático y aparición de síntomas físicos que se experimentaron en ocasión del evento traumático, cuando se evoca el hecho.

Los síntomas de evitación y aturdimiento incluyen el intento por evitar los pensamientos, sentimientos o conversaciones que son recordatorio del evento traumático; evitación de actividades, lugares o personas que rememoran el hecho; incapacidad para evocar partes importantes del evento traumático; e incapacidad para sentirse muy interesado en participar en actividades que solían ser de interés. Otro síntoma de evitación y aturdimiento que puede experimentarse incluye una sensación de

futuro abreviado, como pensar que nunca se tendrá un matrimonio o hijos o carrera, o no esperar que se tenga una vida de duración normal, por último, puede ocurrir un aturdimiento de las emociones por ejemplo; dificultad para experimentar sentimientos amorosos.(Lyddon, William J, Jones, Jonh V, pg. 107).

El conjunto final de síntomas de TEPT son los síntomas de excitación, estos incluyen dificultad para conciliar el sueño o permanecer despierto, irritabilidad o explosiones de enojo, dificultad para concentrarse, sentimientos de estar en guardia aun cuando no exista razón para ello, y estar en mayor disposición a mostrar una reacción de sobresalto ante ruidos inesperados o repentinos.

1.3 Ansiedad según diferentes autores.

1.3.1 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994), dice que el aspecto esencial del TA es la experiencia de ataques recurrentes e inesperados de angustia. Una crisis de angustia se define como un período discreto de intenso temor o incomodidad que se desarrolla de modo abrupto y alcanza un máximo dentro de un lapso de 10 minutos, se acompaña por lo menos de cuatro de los siguientes trece síntomas somáticos y cognitivos: disnea, mareo, palpitaciones, temblor, sudoración, sofocación, náusea, molestias estomacales, despersonalización, parestesias (entumecimiento, hormigueo), bochornos, escalofríos, dolores en el pecho, temor a morir, a volverse loco o a perder el control.

Para justificar el diagnóstico de TA de acuerdo con el DSM-IV, el individuo debe experimentar al menos dos crisis de angustia inesperadas seguidas por lo menos de un mes de preocupación a cerca de sufrir otro ataque. La frecuencia de estos ataques varían en gran medida, desde varios ataques por día, hasta unos cuantos al año.

1.3.2 Teorías Conductistas.

El conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno. (www.psicologiacientifica.com).

1.3.3 Teoría Psicodinámica.

El creador de esta teoría es Sigmund Freud habla de que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual (libido) para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia se produce de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad.

El Yo está justo en el centro de grandes fuerzas; la realidad, la sociedad, está representada por el Superyo; la biología está representada por el Ello. Cuando estas dos instancias establecen un conflicto sobre el pobre Yo, es comprensible que uno se sienta amenazado, abrumado. Este sentimiento es llamado ansiedad y se considera como una

señal del Yo que traduce sobrevivencia y cuando concierne a todo el cuerpo se considera como una señal de que el mismo está en peligro.

Freud habló de tres tipos de ansiedades: la primera es la ansiedad de realidad, la cual puede llamarse miedo. La segunda es la ansiedad moral y se refiere a lo que sentimos cuando el peligro no proviene del mundo externo, sino del mundo social interiorizado del Superyo, (culpa, vergüenza y el miedo al castigo). La última es la ansiedad neurótica o la ansiedad nerviosa, consiste en el miedo a sentirse abrumado por los impulsos del Ello.

1.3.4 Teoría Cognitiva de la Ansiedad.

La idea central de la teoría de Beck nos dice que las emociones son experimentadas como resultado del modo en que una situación es interpretada o valorada. Es la significación de los hechos lo que gatilla las emociones más que los hechos mismos.

La apreciación de los hechos va a depender sobre todo del contexto en el que se da lugar el hecho, como las experiencias pasadas de la persona y el estado de ánimo de esa persona al momento de enfrentar el hecho en cuestión.

La terapia cognitiva no necesariamente va a desarrollar interpretaciones más racionales de las situaciones, sino a que el paciente reconozca que hay varias interpretaciones de un mismo hecho.

La teoría cognitiva nos dice que la gente que padece ansiedad cree estar expuesta a una amenaza física o social, que la amenaza este o no presente es irrelevante para la experiencia de la ansiedad, lo esencial es la interpretación de la situación o del estímulo como signo de amenaza personal.

Un aspecto importante en esta teoría es el hecho de sostener que cualquier persona que tuviese tales creencias no podría sino sentirse ansioso, si bien todos estamos expuestos a padecer de ansiedad y esto es importante para nuestra supervivencia, no todos necesariamente quedamos atrapados en estas interpretaciones que conducen a la ansiedad.

Hay dos clases de factores que intervienen para dar lugar a interpretaciones ansiosas: los que llevan a que determinadas personas experimenten niveles mayores de ansiedad y aquellos que determinan el mantenimiento de niveles elevados de ansiedad.

Beck afirma que las personas más vulnerables a la ansiedad deben haber atravesado ciertas experiencias infantiles que las llevaron a sostener ciertas creencias, que los llevan luego a exagerar el peligro de ciertas situaciones, afirma que ciertos eventos vitales o situaciones críticas activan estas creencias, y que comienza a generar pensamientos automáticos que van ocupando poco a poco el pensamiento del paciente.

Otro factor que interviene en la producción de excesiva ansiedad es la apreciación de la amenaza en sí. El modelo cognitivo sostiene que la gente que sufre de ansiedad tiende a sobrestimar la probabilidad de que una amenaza se materialice. La probabilidad de amenaza percibida por la persona que sufre de ansiedad interactúa con la significación que esa persona asigna al peligro en cuestión, la persona siente que está expuesta a una situación cuya probabilidad de ocurrencia es mínima, pero cuyos resultados son tan temidos que debe ser evitada a toda costa. La ansiedad también varía en función de la capacidad que la persona cree tener para afrontar y sobrellevar el peligro si este llegara a materializarse. La ansiedad también puede variar en función de factores ajenos a la persona que podría cumplir funciones de rescate. (W. Sacco y A. Beck, 1995).

De acuerdo con la teoría cognitiva, el mantenimiento del pensamiento negativo y la ansiedad responde a tres factores: la atención selectiva, el cambio fisiológico, y las conductas evitativas o de búsqueda de seguridad.

- 1) La atención selectiva hace referencia al hecho de que las personas que creen estar en peligro tienen una mayor sensibilidad a estímulos congruentes con el estímulo percibido.
- 2) El cambio fisiológico: es evidente en la ansiedad, el considerar que uno se puede encontrar en peligro lleva a una descarga de adrenalina, la cual da como resultado una serie de sensaciones. De acuerdo con la teoría de Clark, si la fuente de peligro es asociada con ciertas sensaciones corporales esto da lugar a una elevación de la percepción de peligro, lo que lleva al ataque de pánico.
- 3) Los cambios en el comportamiento: estos pueden ser manifestados especialmente por la aparición con conductas evitativas del peligro percibido, este factor ha sido interpretado desde el punto de vista comportamental como un problema de extinción ante la falta de reforzamiento.

El “grupo de Oxford” de investigadores de la terapia cognitiva pone en énfasis acerca de las conductas evitativas, y hace referencia a que las personas que sufren de ansiedad creen que han evitado el resultado temido por que han puesto en práctica justo a tiempo una conducta evitativa o de refugio ante el peligro, el problema se da cuando la percepción de peligro da como resultado una interpretación distorsionada de la situación y tiene como efecto el impedir que la persona que sufre de ansiedad aprenda que su preocupación no tiene fundamento material.

Existen tres tipos de conductas evitativas: 1) las que procuran evitar situaciones cuando el paciente cree que podría sufrir un ataque de pánico, 2) escapar de una situación

cuando comienza a tener lugar un ataque de pánico, 3) las que llevan a prevenir la ocurrencia de la catástrofe temida.

Beck hace una diferencia entre lo que es la terapia comportamental con la terapia cognitiva, en la cual la primera apunta a la conducta y la segunda va encaminada a la modificación de la conducta por medio de la cognición, es decir desarrollar un pensamiento alternativo y de esta forma el paciente puede desconfirmar la percepción errónea del peligro. (Eduardo Keegan, 1998).

1.4 Trastorno de ansiedad con crisis de pánico según el modelo cognitivo-conductual.

Existen diversos modelos cognitivos y mantenimiento del trastorno de ansiedad con crisis de pánico.

Clark (1986) y Beck (1985) se basan en el principio de que los pacientes que padecen de este tipo de trastorno tienen el temor de padecer ciertas experiencias somáticas o mentales. Goldstein y Chambles (1978) hacen una descripción basada en la teoría del aprendizaje, que la denominaban “miedo al miedo”. Su modelo es análogo al concepto de condicionamiento interoceptivo en el que las sensaciones somáticas devienen un estímulo condicionado para la respuesta condicionada del pánico sin embargo Goldstein y Chambles (1978) agregan más elementos cognitivos a este concepto, sostienen que habiendo sufrido uno o más ataques de pánico los pacientes se tornan “hiperaletas” a las sensaciones somáticas y las interpretan como un signo de un ataque inminente. Dado que estos estímulos acompañan a la persona, el miedo se va generalizando y las situaciones externas se tornan ansiosas contribuyendo al desarrollo de la agorafobia. El enfoque del condicionamiento interoceptivo lleva al desarrollo de tratamientos que

intentan extinguir el miedo a través de estrategias tales como la exposición sistemática a las sensaciones internas.(Eduardo Keegan, 1998).

La crisis de angustia ocurre cuando los individuos perciben ciertas sensaciones somáticas como bastante más peligrosas de lo que son en realidad y, como resultado, las interpretan como indicaciones de que están a punto de experimentar un desastre repentino, inminente.

Clark (1986) sugiere que estas “interpretaciones catastróficas erróneas” pueden surgir no solo del temor, sino también de una variedad de otras emociones (como enojo) o de otros estímulos (como cafeína, ejercicio). La crisis de angustia se desarrolla cuando un estímulo que se percibe como amenazante crea sentimientos de aprensión. Si las sensaciones somáticas que acompaña a este estado de aprensión se interpretan de modo erróneo como signo de catástrofe, el individuo experimenta un aumento en aprensión, una elevación en las sensaciones somáticas y así sucesivamente, hasta que ocurre una crisis de angustia completa. (Lyddon, William J, Jones, Jonh V).

Conclusión:

La información que se ha podido obtener es de gran importancia ya que gracias a ella podemos conocer más acerca de la ansiedad y tener bases más sólidas que nos van ayudar posteriormente en la realización del plan terapéutico con la finalidad de ayudar a la paciente a desenvolverse de manera satisfactoria dentro de su medio tanto familiar, social y laboral.

CAPÍTULO 2

RECURSOS Y ESTRATEGIAS

CAPÍTULO 2: RECURSOS y ESTRATEGIAS

Introducción

En el presente capítulo concretamente se trata sobre las técnicas que se pueden utilizar para tratar el Trastorno de Ansiedad con Crisis de Pánico, basándonos en la Terapia Cognitivo- Conductual y la aplicación de las mismas, dando una breve indicación de cada una de ellas. De igual forma se da a conocer los diferentes reactivos que fueron utilizados.

2.1 TÉCNICAS APLICABLES.

2.1.1 Psicoeducación.

Cuando los pacientes con trastorno de ansiedad consultan con un profesional de la salud mental, por lo común han visitado diferentes especialistas sin recibir un diagnóstico claro y una explicación adecuada del trastorno de ansiedad. Muchas veces estos pacientes al no recibir una información adecuada pueden llegar a imaginar que van a morir, a volverse locos o a perder el control, suelen llegar a creer que han pasado por alto algún padecimiento físico que explicaría su sintomatología. De esta forma lo importante de la psicoeducación es poder realizar una presentación didáctica acerca del trastorno de ansiedad dentro del esquema del modelo cognitivo conductual de la angustia. Es importante que durante la primera sesión o las sesiones iniciales se vaya definiendo la ansiedad, la angustia y la agorafobia; cada síntoma se identifica como una característica del trastorno de ansiedad y se muestra que son inocuos. Hablar acerca de los diferentes mitos que existen sobre el peligro de la crisis de angustia, explicar que el desarrollo del trastorno se entiende como una respuesta psicológica ante el estrés, la conducta de evitación y la ansiedad anticipatoria se considera como maneras de protegerse contra la repetición de las crisis de angustia.

Existe también material escrito como libros que son herramientas educativas muy importantes ya que el paciente puede releer cada vez que lo desee, se debe recomendar varios libros o páginas en Internet que les proporcionen material de autoayuda.(Lyddon, William J, Jones, Jonh V).

2.1.2 Reestructuración cognitiva.

La reestructuración cognitiva de la terapia cognitiva conductual se deriva del trabajo inicial de Beck acerca de la manera en que el procesamiento defectuoso de la información puede traer como consecuencia a la ansiedad y a los comportamientos disfuncionales relacionados. (Beck y Emery, 1985). En el proceso terapéutico se van obteniendo cambios a medida que se identifican las distorsiones cognitivas y luego de someterse a una prueba de realidad.

Como primer paso sería importante ayudar al paciente a identificar como las diferentes cogniciones incrementan o provocan la crisis de angustia, se debe examinar de manera retrospectiva los pensamiento, creencias, y suposiciones producidas durante un episodios de angustia o de ansiedad, hacerle recordar la primera y la última crisis de angustia y realizar una discusión detallada de estas dos experiencias, a través de una serie de preguntas se intenta llegar a determinar la secuencia de la angustia del paciente y descubrir los pensamientos catastróficos poco realistas, durante el interrogatorio se cuestiona de manera explícita e implícita la validez de estas cogniciones.

Durante la terapia es necesario ir explicando el por qué de estos pensamientos ya que la mayoría de los pacientes no están conscientes de los mismos, muchas veces procesan la información de manera automática y los estímulos se interpretan con rapidez, a veces tienden a negar los modos catastróficos de pensamiento.

Se debe proporcionar un ambiente terapéutico que le dé al paciente la sensación de comodidad y aceptación para de esta forma facilitar la revelación, es recomendable hacer que los pacientes vigilen sus cogniciones durante los episodios de angustia, en este caso se podría utilizar un formulario escrito numerado en el cual se va detallando el episodio de crisis de angustia, luego de varias sesiones se procede a revisar estas cogniciones relacionadas con la angustia y el paciente comienza apreciar el papel que representan las cogniciones. Cuando el paciente toma conciencia de la importancia de sus cogniciones está listo para volver a evaluar la validez de las mismas y cuestionarlas, en particular se enfocan las interpretaciones catastróficas erróneas de las señales somáticas de la angustia.

También se puede utilizar el “registro del pensamiento” para identificar más rápidamente los pensamientos del paciente, examinarlos y desafiarlo a responder con pensamientos más racionales, se le proporciona una lista de 10 distorsiones o interpretaciones erróneas, el momento de identificar las distorsiones el paciente puede corregir las mismas con una respuesta racional.

Es importante señalar que la reestructuración cognitiva no es “pensamiento positivo” sino un enfoque en enseñar a las personas a pensar de manera realista.

La fase final de la reestructuración cognitiva es llegar a quitar la apariencia de catástrofe a la situación junto con el paciente, al eliminar esto se reduce en gran medida la necesidad del paciente de evitar las situaciones relacionadas con la angustia. (Lyddon, William J, Jones, Jonh V).

2.1.3 Control respiratorio.

El control respiratorio es de gran ayuda para el paciente ya que este ayuda a recuperar la sensación de control sobre los aspectos somáticos. Al paciente se le enseña un método

de respiración que aumenta la relajación y evita la hiperventilación, cuando el paciente hiperventila produce una cadena de síntomas somáticos como puede ser mareo, dolor del pecho, falta de aliento, y parestesias que dan lugar a la angustia, estos síntomas producen una sensación atemorizante en la que no se puede controlar el propio cuerpo.

Cuando se está bajo mucho estrés y ansiedad a menudo aumenta la frecuencia respiratoria, que se caracteriza por el uso de los músculos del pecho y la respiración entrecortada y superficial, para combatir esto se le enseña al paciente la respiración diafragmática (respiración que implica los movimientos adentro y afuera del abdomen y no del pecho), aproximadamente 12 respiraciones por minuto. Este ejercicio se recomienda practicar luego de la sesión en diferentes situaciones, el paciente de esta forma aprende a controlar con rapidez su respiración y reconoce que es una estrategia efectiva la cual le ayudara cuando se encuentre en situaciones de angustia. (Lyddon, William J, Jones, Jonh V, pg. 86).

2.1.4 Entrenamiento en relajación

El entrenamiento en relajación es un ejercicio muscular y su objetivo es ayudar al paciente a obtener una mayor sensación de control sobre su cuerpo. Este se debe practicar a diario, con el propósito de identificar y disminuir la tensión que de otra forma le podría llevar a una crisis de angustia. La técnica básica del entrenamiento en relajación implica tensar y relajar los músculos para lograr un estado de mayor serenidad.(Lyddon, William J, Jones, Jonh V).

2.1.5 Visualización.

Es muy frecuente que en la terapia las situaciones y experiencias que están provocando angustia no contengan las imágenes antes vividas, asociaciones y emociones necesarias

para lograr un cambio real. De esta forma la visualización tiene como objetivo el mejorar este diálogo.

Cuando el paciente cierra sus ojos e imagina estas situaciones por lo general se siente muy ansioso, al llegar a controlar tales situaciones que le provocan angustia dentro de su mente, los pacientes aprenden de esta manera a lidiar con ellas, antes de poder afrontarlas en la vida real.

El terapeuta debe ayudar al paciente a visualizar estas situaciones con todo el detalle que sea posible, a medida que el paciente va describiendo la imagen, el terapeuta hace preguntas pertinentes acerca de los pensamientos y sentimientos asociados. El propósito de todo esto es elaborar la imagen, pero también es una evaluación útil.

Se pide al paciente en un momento dado que visualice técnicas y respuestas efectivas de afrontamiento, si el paciente llega a manejar pequeñas cantidades de ansiedad fabricadas, estará mejor preparado para lidiar la ansiedad en un ambiente natural.

2.1.6 Exposición.

La exposición es el componente final de la Terapia Cognitivo-Conductual, por medio de esta el paciente enfrenta los estímulos que le producen ansiedad y angustia, estos estímulos pueden ser tanto situaciones externas como sensaciones internas (desensibilización introspectiva). El momento de enfrentar de manera repetida la ansiedad en una situación estructurada, los pacientes aprenden a desarrollar mecanismos apropiados de afrontamiento. (Lyddon, William J, Jones, Jonh V, pg. 86).

Teniendo en cuenta la jerarquía de las situaciones temidas del paciente, se expone a la persona a cada una de estas situaciones de una manera progresiva sistemática, aquí el

terapeuta guía en el uso de habilidades de afrontamiento cuando esta frente a situaciones que le producen ansiedad. De forma similar la exposición introspectiva

El utilizar una jerarquía de estímulos más y menos temidos ayuda a que la terapia progrese y construya sobre la base de los logros anteriores. El paciente al principio aprende a afrontar situaciones que provocan una ansiedad leve y después logran enfrentar situaciones mucho más difíciles, los pacientes aprenden a tolerar la ansiedad sin la necesidad de escapar.

Se espera que exista una práctica entre sesiones, ya que esto sería muy importante para obtener un progreso rápido, se le pide al paciente que confronte estos estímulos por lo menos tres veces durante la semana, primero el paciente realiza este ejercicio de exposición frente al terapeuta, luego practica este ejercicio en casa. La confianza del paciente se incrementa el momento que se da cuenta que el terapeuta confía en que puede manejar por si solo esta experiencia que antes le provocaba ansiedad.

2.2 Material para aplicación de diferentes reactivos.

2.2.1 Test de la familia.

Permite evaluar la personalidad, el desarrollo y la inteligencia a través de un apoyo gráfico, y a la vez, lúdico.

El "Test del dibujo de la familia" es un test proyectivo que evalúa fundamentalmente el estado emocional, con respecto a su adaptación al medio familiar. Si bien existen diversas versiones, la técnica más usada en la práctica clínica actual es la descrita por Louis Corman en 1961.

Su correcta interpretación exige experiencia y formación psicoanalítica, existen parámetros orientadores de su interpretación que el resto de los profesionales de la salud pueden utilizar en las evaluaciones de sus pacientes.

La administración del Test de dibujo de familia es un procedimiento estandarizado que exige ciertas instrucciones y una técnica de aplicación adecuada.

Como pauta general, y con el objetivo de facilitar la proyección de los sentimientos subjetivos de los niños, Corman sugiere no utilizar la indicación "dibuja tu familia" y cambiarla por la consigna "dibuja una familia". Esta indicación da una mayor libertad a la persona y por tanto permite una mejor expresión de sus tendencias más inconscientes.

2.2.2 Test de ansiedad, "Test de Hamilton".

Su objetivo es valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (Como en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

2.2.3 Cuestionario de Autoevaluación Estado- Rasgo (STAI). Ansiedad.

Es un inventario de carácter psicométrico que consta de dos escalas que miden facetas diferentes, pero relacionadas, de la ansiedad: el estado y el rasgo. Es el más utilizado. La escala de estado responden informando sobre la intensidad con que aparecen en un momento concreto sentimientos o sensaciones de ansiedad (nada, algo, bastante, mucho). La escala de rasgo debe responder indicando como se siente habitualmente. (Casi nunca, a veces, a menudo, casi siempre). Los análisis factoriales han mostrado cuatro factores referidos a la presencia o ausencia de ansiedad en cada escala, presencia de estado de ansiedad, ausencia de estado de ansiedad, presencia de rasgo de ansiedad, ausencia de rasgo de ansiedad.

2.2.4 Cuestionario APGAR familiar.

Se utilizan las letras APGAR, con el fin de recordar cada una de las funciones que se van a medir.

Componentes:

- Adaptación: Es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis.
- Participación: Es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.
- Crecimiento: Es el logro en la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua.
- Afecto: Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
- Recursos: Es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia.

El APGAR familiar puede utilizarse periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar. Puede incluirse en la evaluación inicial y también como evaluación a través del tiempo, sobre todo cuando se hace necesario involucrar a la familia en el manejo del paciente. El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar.

El APGAR, no sólo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar sino que guía al profesional de la salud a explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas. Este cuestionario ha sido utilizado en diversas culturas y ha sido comparado con cuestionarios más complejos, con muy buena correlación.

Conclusión:

El saber dar un buen uso de cada una de las técnicas nos permite llegar a obtener un desarrollo satisfactorio dentro de la terapia, ya que gracias a ellas podemos lograr que la paciente aprenda a controlar su problema y que lo ponga en práctica en su vivir diario.

CAPÍTULO 3

TRATAMIENTO

CAPÍTULO 3: Tratamiento.

Introducción

En este capítulo se aborda como tema principal los tratamientos utilizados para el Trastorno de ansiedad, entre ellos tenemos el tratamiento farmacológico y el tratamiento cognitivo-conductual, explicando cómo se puede trabajar con cada uno de ellos para obtener resultado óptimos en la terapia.

3.1 Tipos de tratamientos.

3.1.1 Tratamiento Farmacológico.

En el tratamiento de la ansiedad, se emplean habitualmente dos tipos de fármacos: los ansiolíticos, y los antidepresivos.

Los ansiolíticos más utilizados pertenecen al grupo de las benzodiazepinas de alta potencia (Alprazolam, Loracepam, Diacepam, Cloracepam, etc). Producen un efecto tranquilizante. Actúan reduciendo los síntomas de ansiedad en cuestión de minutos y disminuyendo tanto la intensidad como la frecuencia de los episodios de angustia. Los principales efectos adversos de las benzodiazepinas consisten en somnolencia, alteraciones de la memoria, alteraciones de la atención y de la concentración. El deterioro de estas funciones cognitivas suele ser transitorio (se experimenta mientras se está tomando el medicamento) y sólo se produce con dosis elevadas y prolongadas en el tiempo. Otro inconveniente es que su consumo prolongado puede generar efectos de dependencia (adicción) y tolerancia (pérdida progresiva de efectividad).

Los antidepresivos comúnmente empleados hoy en día en el tratamiento de los trastornos de angustia son los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina). Constituyen el tratamiento de elección primaria. Diversos estudios apuntan a la

implicación de la serotonina como principal neurotransmisor involucrado en los trastornos de ansiedad, aunque hay otros. El grupo de los ISRS está constituido por la Fluoxetina, Paroxetina, Fluvoxamina, Sertralina, Citalopram y Escitalopram. Poseen una alta especificidad contra la ansiedad y escasos efectos colaterales (principalmente la ganancia de peso, somnolencia, y disfunción sexual). Apenas presentan interacciones con otros medicamentos y no crean dependencia. Como inconvenientes de los ISRS citaremos los efectos secundarios de los primeros días (náuseas, cefaleas, incremento transitorio de la ansiedad, etc.) Por ello es conveniente iniciar el tratamiento con dosis bajas, y asociar tranquilizantes las primeras semanas. En algunos pacientes, dependiendo también del fármaco elegido, pueden ocasionar alguna ganancia de peso, o cierta pérdida de apetito o respuesta sexual. Otro inconveniente es que el efecto terapéutico no se inicia hasta las 2-3 semanas de iniciar la toma del antidepresivo.

En muchos casos, al obtener el efecto terapéutico y desaparecer la sintomatología, el paciente se cree curado y en ocasiones abandona precipitada el tratamiento.

La retirada del medicamento deberá ser programada por el profesional en el momento apropiado y de manera paulatina, el profesional deberá insistir en el correcto cumplimiento de las tomas del fármaco como única vía para lograr el deseado efecto terapéutico. Es importante informará al paciente acerca de los riesgos de la automedicación.

Se deberá intentar una modificación de los posibles hábitos que pudieran influir negativamente en la mejoría de la ansiedad (por ejemplo: consumo de cafeína, alcohol, cannabis, etc.)

El abordaje psicoterapéutico de los trastornos de angustia consiste principalmente en eliminar los temores que pueden dar lugar a los síntomas somáticos que el paciente

percibe, así como suprimir las interpretaciones erróneas de las diferentes sensaciones corporales, junto a la anulación de las posibles conductas de evitación respecto a los estímulos ansiógenos. (www.clinica deansiedad.com)

3.1.2 Tratamiento Cognitivo- Conductual: Trastorno de ansiedad con crisis de pánico.

Se trata de ayudar al paciente a identificar y cambiar las interpretaciones distorsionadas de las sensaciones corporales que esta experimentando. Las técnicas cognitivas que se emplean son: la revisión de un ataque de pánico reciente, de este modo lo que se intenta es extraer el modelo del círculo vicioso, identificar y cuestionar las interpretaciones distorsionadas para poder sustituir con interpretaciones realistas, así como la reestructuración cognitiva de imágenes, este es de gran importancia ya que muchas veces el paciente cuando está experimentando ansiedad se le hace difícil decir los pensamientos que se le cruzan por la mente en esos momentos, pero es más probable que recuerde con facilidad las imágenes que suelen aparecer en ese momento.

Dentro de las técnicas comportamentales se encuentra la inducción de las sensaciones temidas, las cuales tratan de hacer ver al paciente cuales son las verdaderas causas de los síntomas, de igual forma se recurre a suspender las conductas para tratar de garantizar la seguridad del paciente; el paciente tiene que experimentar sus sensaciones temidas con el objetivo de desconformar las predicciones negativas.

Durante la terapia lo que se trata de realizar entre sesión y sesión incluye: escuchar la grabación de la sesión tomando notas, un programa de ejercicios diarios y una lista de instrucciones a seguir en caso de sufrir cualquiera de las sensaciones temidas, es importante no recurrir a las conductas evitativas y mantenerse en la situación y de esta forma poder desconformar su peligro.

Padesky y Greenberger basados en el protocolo de Clark hablan de cuatro pasos a seguir:

- 1) Identificar los temores catastróficos ligados a las sensaciones.
- 2) Inducir las sensaciones para probar el círculo vicioso, someter a prueba a los temores catastróficos e identificar interpretaciones alternativas no catastróficas para esas mismas sensaciones.
- 3) Recurrir a experimentos comportamentales para poder ver cual interpretación, si la catastrófica o la no catastrófica, es la que mejor explica el por qué de las sensaciones.
- 4) Realizar experimentos comportamentales con el objetivo de suspender las conductas evitativas para desconformar lo temido.(Eduardo Keegan, 1998).

Conclusión:

Es importante saber acerca de los diferentes tipos de tratamientos, en este caso hemos hecho énfasis en el tratamiento farmacológico y el tratamiento cognitivo- conductual, los mismos que nos dan información muy valiosa para poder llevar una terapia adecuada, y el saber también que en el caso de ser necesario se puede integrar a los dos para mejores resultados. Todo esto se debe realizar con el trabajo continuo tanto del terapeuta como de la paciente, es decir un trabajo conjunto para poder lograr las metas planteadas.

CAPÍTULO 4

DIAGNÓSTICO

CAPÍTULO 4: DIAGNÓSTICO.

Introducción

Este capítulo es de gran importancia ya que en este se encuentra detalladamente la información acerca de la paciente como son sus datos personales, los cuales se obtuvieron gracias a la entrevista psicológica y la elaboración de la historia clínica, así también los resultados de los diferentes reactivos y con el análisis de todo esto se pudo llegar a dar un diagnóstico clínico.

4.1 Entrevista psicológica

Luego del recibirle a la paciente con un cordial saludo y realizar la presentación debida, se fue abordando conjuntamente con la paciente a cerca de los diversos datos personales y biográficos, con el objetivo de ir formulando la historia clínica.

Durante la primera entrevista la paciente sentía un poco de vergüenza , incomodidad y recelo de contar todo lo que le pasaba, se sentía bastante ansiosa, muy nerviosa, sitio mareo, sudoración en las manos, llora durante toda la sesión.

Al terminar la sesión se sitio completamente aliviada por que salió con la esperanza de que las cosas fueran a estar bien, que había una solución para la situación por la que estaba pasando, sintió confianza y empatía con el terapeuta.

La paciente acude a consulta porque se siente mal, se encuentra muy ansiosa , miedos recurrentes a que le pueda pasar algo, miedo a morir o enloquecer y durante las noches esta situación se incrementada ya que no descansa esto produce que durante el día se sienta agotada, cansada, falta de concentración e interés por las actividades que debe realizar, animo decaído, aislamiento social ya que no quería salir con sus amigos o familia, le producía inseguridad y estaba más sensible a las críticas.

Piensa que al final del proceso va a saber cómo manejar estas situaciones de ansiedad, que los síntomas van a disminuir e incluso que puedan desaparecer, que va a poder cambiar las cosas que no le gustan de ella de una manera permanente y llegar a ser una persona más estable.

Se establece un contrato terapéutico con la paciente en el cual se incluyen las respectivas responsabilidades, seriedad, la duración aproximada de la terapia, los pasos del proceso terapéutico, cumplimiento de las tareas enviadas a casa, así como el compromiso de llegar al final de la terapia. En este caso se compromete tanto el terapeuta como la paciente a cumplir con lo citado anteriormente.

El cierre de la terapia se realizara el momento en que la paciente sienta que puede desenvolverse en su medio por sí sola, gracias a las técnicas aprendidas durante la terapia o en el caso de que la paciente no se sienta totalmente segura será necesario extender la terapia por un tiempo prudente, esto se lo debe hacer por mutuo acuerdo y con las mismas bases del contrato inicial.

4.2 Historia clínica

1.- Datos de Filiación:

Edad: 25 años

Sexo: femenino

Religión: católica

Nivel de escolaridad: superior

Lugar y fecha de nacimiento: Cuenca, 2 de Agosto de 1984.

2.- Motivo de consulta:

La paciente refiere que se siente mal, se encuentra muy ansiosa, miedos recurrentes a que le pueda pasar algo, miedo a morir o enloquecer y durante las noches esta situación se incrementada, ya que no descansa esto produce que durante el día se sienta agotada, cansada, falta de concentración e interés por las actividades que debe realizar, animo decaído, aislamiento social ya que no quiere salir con sus amigos o familia, le producía inseguridad y estaba más sensible a las críticas.

3.- Fuente de información:

Directa: X

Indirecta:

Mixta:

Confiabilidad: confiable.

4.- Padecimiento actual o enfermedad actual:

Paciente de 25 años de edad, estudiante de la Universidad del Azuay, soltera, es la primera de tres hijos, actualmente vive con su tía materna. La paciente presenta como queja principal malestar especialmente durante las noches al tener fuertes sentimientos de miedo con sensaciones corporales que lo acompañan y pensamientos irracionales difíciles de controlar.

Los factores más influyentes en la paciente son: Presencia de pesadillas en la noche, sensación de pérdida de equilibrio, preocupación por los estudios, preocupación por la apariencia física, (peso), intolerancia a la crítica, preocupación por complacer a los

demás, insomnio, miedo a perder la razón, pensamientos de muerte, pensar que algo malo va a pasar, atracones de comida, sentimientos de culpa, fobias.

5.- Revisión de aparatos y sistemas:

No ha sufrido nunca de problemas orgánicos, y por el momento se encuentra con buena salud.

6.- Antecedentes personales patológicos:

Eruptivas de la infancia:

- Varicela a los tres años.

Traumatismos:

- A los veinte años sufrió una caída por estado etílico, luego de esto empezó a sentir mareos constantes.

Convulsiones: Ninguna.

Cirugías/Hospitalizaciones:

- Hospitalización durante una semana a los tres años por bronconeumonía.
- Cirugía de los cornetes a los veintidós años.

Otras enfermedades:

- Problemas respiratorios: (asma, rinitis alérgica)

Alergias: alergia a los ácaros, frío, etc.

Vacunas: Todas las requeridas para la edad.

7.- Antecedentes familiares:

Su padre: sufre de problemas asmáticos y alergias.

Su madre: Ninguna enfermedad.

Su hermano: sufre de problemas asmáticos y alergias.

Su hermano menor: Ninguna enfermedad.

Sus abuelos: Su abuelo paterno tenía problemas asmáticos y alergias. Abuelita paterna, tiene problemas de presión baja y sufre de problemas del corazón. Su tía paterna tiene un diagnóstico de Bipolaridad I. En la familia tienen antecedentes de diabetes, alcoholismo. Su abuela materna murió con cáncer linfático.

8.- Condiciones socioeconómicas:

Su vivienda es cómoda, con luz, agua potable. Sus ingresos son buenos, su padre es médico, su madre es tecnóloga médica. Ella actualmente se encuentra con un trabajo estable que es bien remunerado.

9.- Psicobiografía:

- Embarazo: Fue deseado y no tuvo ninguna complicación durante el mismo.
- Parto: Nació a los nueve meses de gestación, fue parto normal, salió bien en la prueba del Apgar.
- Desarrollo psicomotor: Empezó a caminar a los once meses, balbuceo a los o los siete meses y sus primeras palabras a los once meses y medio.
- Núcleo familiar:

Primera de tres hijos, única mujer,

Su papa es médico, tiene 54 años, trabaja en el hospital del río, la describe como una persona extrovertida, de carácter un poco fuerte, la relación con su padre ahora es buena, indica que antes más conflictiva, pero siempre se han tenido confianza, más que nada a falta un poco de respeto, porque nunca le ha puesto límites. Su mamá es fisioterapeuta, tiene 51 años, la describe como una persona un poco tímida, luchadora, responsable, la relación con su mamá es afectuosa de más respeto que con su padre pero si ha sido conflictiva, ya que rozan mucho en algunas cosas. Su hermano es estudiante, tiene 24 años, lo describe como una persona introvertida, perfeccionista, obsesivo, la relación con él en la niñez tenían una relación excelente por la edad, a medida que han ido creciendo igual se siguen llevando pero un poco más distante por que no comparten las mismas ideologías, pero a pesar de eso tienen una relación afectuosa y de confianza. Su hermano menor, tiene 18 años, estudiante, es extrovertido, responsable, muy seguro de sí mismo, con ella la relación es muy buena, hay complicidad, confianza. Actualmente vive con su tía materna, tiene 53 años, extrovertida, responsable, centrada, es bioquímica, tiene una muy buena relación con ella, decidió vivir con ella por tener un poco de independencia, y tener una mejor relación con su familia, además que su tía es soltera y a partir de la muerte de su abuelita ella decidió acompañarla.

- Primera infancia: Expresa que en su infancia era muy feliz, era un poco tímida, traviesa. Recuerda que de niña tenía pesadillas, (soñaba que su mamá se moría), tenía problemas de enuresis hasta los nueve años.

- Etapa escolar: Entro al jardín de infantes, luego paso a la escuela en donde tenía una buena relación con sus compañeros, era un poco inquieta. La relación con sus profesores era muy buena, durante la escuela no tuvo ningún problema, no perdió ningún año, tenía buenas calificaciones fue escolta de la bandera del colegio.

La paciente hace referencia a la etapa del colegio como muy fuerte ya que bajo las calificaciones, tenía problemas adaptativos los primeros años, rebelde con todas las autoridades, se inventaba historias en contra de las madres, la relación con sus compañera durante los primeros años era mala, tenía dos amigas con las que siempre estaba pero con sus demás compañeras no tenía buena relación, no se sentía parte del grupo. Los tres últimos años del colegio mejoraron, conoció a nuevas amigas con las que tenía una muy buena relación.

Durante la universidad mantiene una buena relación con sus compañeros, al igual que con sus profesores, no tiene problemas con sus calificaciones, cursa todas las materias con éxito.

Actualmente trabaja en una guardería, nos informa que al inicio tuvo problemas con su ex jefa esta era una situación que le ocasionaba mucha ansiedad y frustración, pero ahora con su nueva jefa mantiene una buena relación y con sus compañeras de trabajo no tiene ningún problema.

- Vida sexual: Su primera menstruación fue a los once años, es regular. Su primer enamorado lo tuvo a los 14 años, ha tenido hasta el momento 7 enamorados. Tuvo su primera experiencia sexual a los 19 años, ha tenido dos parejas sexuales.

En general ha tenido buenas relaciones con sus enamorados, cuenta que tuvo una relación que la marco, ya que con esta persona tuvo su primera relación sexual y porque es la única persona de la que se enamoró de verdad y él luego la dejó, luego de esto le tomó mucho tiempo recuperarse.

- Vida social: Tiene buena relación con sus pares, tiene una vida social activa, le gusta salir, los conciertos, fiestas, reuniones con los amigos, no es una persona muy casera.

- Personalidad: Es una persona dependiente, no solo físicamente sino emocionalmente, le importa mucho lo que los demás piensan sobre ella, esto le genera un poco de ansiedad e inseguridad porque a veces depende mucho de los demás para hacer las cosas. Es un poco exagerada en sus cosas, y necesita recibir atención.

10.- Examen mental:

- Apariencia y conducta general: Se viste de acuerdo a su edad y sus sexo, se encuentra aseada, bien presentada. La mayor parte del tiempo se muestra muy expresiva, solo cuando se tocan ciertos temas se pone un poco nerviosa.

- Funciones Cognitivas:

- Conciencia: Lúcida.
- Orientación: Orientada tanto en tiempo como en espacio. Se le pregunto qué hora es (17:00), que día es hoy (Jueves), en que mes estamos, (Abril), quien es Ud. () en donde trabaja (CDI- Arenal), como se llama esta ciudad (Cuenca).
- Memoria: Fijación; bien (número de teléfono), Reciente; bien (que es lo que desayuno), Remota (fecha de nacimiento- 02 de 08 de 1984)
- Atención: No presenta ninguna alteración.
- Inteligencia: Información general bien: Quien es el presidente de la república: Rafael Correa, Quien es el actual alcalde de Cuenca: Paúl Carrasco.
- Pensamiento abstracto: Se le dio la frase, cuando el río suena piedras trae.
- Semejanza y diferencia: entre un pájaro y un avión.
- A través del cálculo: Se dio la siguiente operación, $15 + 29 = 34$, la respuesta fue correcta.
- Lenguaje y pensamiento:
Forma del pensamiento: Es racional.

Curso del pensamiento: Las ideas vienen a veces rápidas, y en ocasiones lentas.

Contenido del pensamiento. No tiene ideas ilógicas.

- Afecto: No tiene presencia de aplanamiento afectivo
- Sensopercepción: Ausencia de ilusiones y alucinaciones.
- Juicio:

Juicio Autocrítico, Esta consciente de tener problemas de ansiedad.

Juicio Heterocrítico, se le pregunto qué haría si en la calle encuentra una billetera con la cédula y dinero, Lo devolvería?, indico que sí. Si esta en el cine y ve que sale humo por que se está incendiando, indico que comienza a gritar.

- Relación con el entrevistador: El primer día de la entrevista se encontraba muy nerviosa y ansiosa, al final de la primera sesión se fue tranquilizando, es una persona muy cordial, respetuosa y colaboradora. Existe una buena relación.

4.3 Resultado de la aplicación de reactivos.

-Test de la Familia.

Análisis del grupo familiar

Podemos observar en el dibujo que el tipo de trazo es con formas rectas angulosas que indican voluntad y tenacidad.

En primer lugar se encuentra dibujado el padre, en este sentido hace referencia a la persona con la que se identifica más.

Los personajes se encuentran agrupados esto demuestra una familia unida con buenos vínculos de comunicación.

Análisis individual de cada personaje.

Tamaño relativo de los personajes. En este caso el padre denota grandeza indicando de esta forma que es una figura importante.

Diferentes partes del cuerpo. Ojos grandes y bien dispuestos, demuestran vitalidad, interés por lo nuevo, curiosidad, ganas de aprender y comprender lo que le rodea.

Cabellos y pelos, cuando están presentes demuestra una tendencia a cuidar los detalles, interés por la apariencia, por gustar y presumir.

-Test de ansiedad, “Test de Hamilton”.

Los resultados obtenidos de la aplicación de este test es de una puntuación de (37), la cual nos demuestra que la paciente se encuentra muy ansiosa y que se debe trabajar para disminuir la ansiedad.

- Cuestionario de Autoevaluación Estado- Rasgo (STAI). Ansiedad.

- En la primera parte del test obtiene una puntuación de 25

- En la segunda parte del test obtiene una puntuación de 29

- Cuestionario APGAR familiar.

Se obtuvieron los siguientes resultados.

1. A veces = 1 punto

2. Siempre = 2 puntos

3. Siempre = 2 puntos

4. A veces = 1 punto

5. Siempre = 2 puntos

Resultado final: 8 puntos. Familia Normofuncionante.

4.4 Diagnóstico.

En este caso podemos observar que la paciente muestra un malestar significativo ya que la sintomatología presente en ella como es la presencia de pesadillas en la noche, sensación de pérdida de equilibrio, preocupación por los estudios, preocupación por la apariencia física, (peso), intolerancia a la crítica, preocupación por complacer a los demás, insomnio, miedo a perder la razón, pensamientos de muerte, mareos, sensación de pérdida de equilibrio, despersonalización, pensar que algo malo va a pasar, atracones de comida, sentimientos de culpa, fobias, le están ocasionando problemas tanto en su vida familiar, laboral y social ya que tiende a asilarse y a tener sentimientos de inferioridad.

Estos síntomas tienen congruencia con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM -IV) que son los siguientes:

Aparición temporal o aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos.

- 1) Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- 2) Sudación.
- 3) Temblores o sacudidas.
- 4) Sensación de ahogo o falta de aliento.
- 5) Sensación de atragantarse.
- 6) Opresión o malestar torácico.
- 7) Náusea o molestias abdominales.

- 8) Inestabilidad, mareo o desmayo.
- 9) Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- 10) Miedo a perder el control o volverse loco.
- 11) Miedo a morir.
- 12) Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- 13) Escalofríos o sofocaciones.

4.5 Diagnóstico Diferencial.

El trastorno de pánico ha de diferenciarse de:

- **Crisis de angustia en otros trastornos de ansiedad:** En la fobia social, en el trastorno obsesivo compulsivo, en las fobias específicas, en el trastorno por estrés agudo o el trastorno por estrés postraumático, el miedo esta desencadenado por un estímulo externo (aunque no siempre es fácil de identificar), se temen unas pocas situaciones específicas y se da menos ansiedad anticipatoria. En el trastorno de ansiedad generalizada los síntomas son menos intensos y más duraderos, y las preocupaciones no son por estos síntomas.

- **Depresión:** Cuadro muy diferente de la ansiedad pero que se puede dar junto a ella . Se síntomas son apatía, falta de motivación, gran tristeza, ideación suicida, pérdida/pérdida de libido y/o apetito, etc.

- **Hipocondría:** Tanto en el pánico como en la hipocondría se malinterpretan señales corporales. Pero en la hipocondría no son sólo señales propias de la ansiedad (palpitaciones, sudoración, mareo) sino de otro tipo. Además en la hipocondría se cree que la amenaza se dará pasado un tiempo, mientras que en el pánico uno cree que se

morirá o perderá el control inmediatamente. Pueden darse también ambos diagnósticos.

- **Trastorno de despersonalización:** Experiencia persistente y recurrente de sentirse un observador externo de los propios actos físicos o mentales, que puede acompañarse de sensación de extrañeza respecto al mundo real (desrealización). En el pánico también puede estar presente, pero junto con otros síntomas. Es frecuente la "anestesia" sensorial y la falta de respuesta afectiva, y no se suelen dar episodios de gran ansiedad tan delimitados como en el pánico.

- **Trastorno de ansiedad por separación:** Se inicia en la infancia y tanto ansiedad como evitación se centran en problemas relacionados con la separación de figuras con las que se han establecido lazos afectivos.

- **Evitación en el trastorno delirante:** Hay evitación debido a las ideas delirantes.

- No se debe establecer el diagnóstico directamente de pánico si los ataques de pánico se dan como consecuencia fisiológica de una condición médica general. En ese caso el diagnóstico será trastorno de ansiedad debido a una condición médica general o por la intoxicación de una sustancia, en cuyo caso el diagnóstico será trastorno de ansiedad por el uso de sustancias. Se puede considerar el diagnóstico de trastorno de pánico solo si continúan los ataques de pánico después de que haya transcurrido el tiempo suficiente como para que desaparezcan los efectos del consumo de tales sustancias.

Conclusión:

Luego de que se realizó un análisis detallado de la sintomatología de la paciente y al poder hacer una comparación con la teoría basada en la terapia cognitiva-conductual y con la ayuda del (DSM-IV), se pudo llegar a un diagnóstico el cual nos indica que la paciente presenta un Trastorno de Ansiedad con Crisis de Pánico.

CAPÍTULO 5

PLAN DE ACCIÓN

CAPÍTULO 5: Plan Terapéutico.

Introducción

En este capítulo se va a dar una explicación detallada acerca de cómo se realizara el trabajo terapéutico con la paciente, el cual consta de diez sesiones que se desarrollaran una por semana en el tiempo aproximado de una hora durante dos meses y medio.

5.1 Establecer número de sesiones.

En este caso específico se trabajaran con 10 sesiones, una sesión por semana. A continuación se detallara cada una de ellas.

1. Sesión

- Entrevista con la paciente.
- Establecer Rapport con la misma.
- Obtener datos personales y bibliográficos con el fin de realizar la historia clínica.

2. Sesión

- Aplicación de los diferentes reactivos.
- Con la obtención de los resultados de los reactivos y la información recibida a través de la paciente se realizara el diagnostico.
- Breve explicación del trabajo que se va a realizar durante la terapia.

3. Sesión

- El objetivo de esta sesión es proporcionar una descripción y explicación detallada a cerca de la ansiedad y la descripción del tratamiento, es decir psicoeducación.

- Identificar los patrones de ansiedad y las situaciones en las que es más probable que puedan ocurrir la ansiedad y la crisis de pánico, es importante poner énfasis en las señales internas que desencadenan la ansiedad, las cogniciones negativas, imágenes catastróficas y sensaciones físicas.
- Enseñar a la paciente el modelo de los tres sistemas de respuesta, se le pide a la paciente que describa los aspectos cognitivos, fisiológicos y conductuales de su modo de responder es decir que identifique lo que piensa, siente y hace en el momento de la crisis de pánico.
- Explorar los estímulos estresantes que estuvieron presentes en el primer ataque de pánico.
- Describir las interacciones entre los sistemas de respuestas.
- Trabajo para la casa: Llevar un autorregistro de cada ataque de pánico, incluyen evaluaciones de intensidad y señales desencadenantes, registro de preocupaciones sobre el pánico.

4. Sesión

- El objetivo de esta sesión es la descripción de la fisiología presente en la ansiedad con crisis de pánico.
- Entrega de un folleto detallado que resume la parte didáctica de la sesión en la que incluye: 1) Función protectora de la ansiedad y el pánico, 2) La base fisiológica de las sensaciones experimentadas durante la crisis de pánico, 3) temores específicos sobre determinadas sensaciones corporales.

- Se explica que los ataques de pánico que parecen ocurrir sin razones aparentes son respuestas a sensaciones físicas o señales internas muy sutiles

- Tarea para la casa: continuar con el desarrollo del autorregistro de pánico.

5. Sesión

- Como objetivo principal en esta sesión es el entrenamiento en respiración.

- Se explican los conceptos sobre los pensamientos automáticos.

- Trabajar sobre la sobrestimación, se le pide a la paciente que identifique la sobrestimación durante la crisis de pánico a lo largo de las dos últimas semanas, explicar las razones por las que sigue la sobrestimación.

- Analizar el método para contrarrestar la sobrestimación.

- Tarea para la casa: practicar el control de la respiración, registrar errores de sobrestimación, examinando las evidencias de forma más realista.

6. Sesión

- Reestructuración cognitiva.

- Trabajar en los pensamientos catastróficos.

- Tarea para la casa: Identificación y refutación de los estilos catastróficos de pensamiento.

7. Sesión

- El objetivo de esta sesión es la exposición, revisar el concepto y explicar acerca de la misma, el propósito es provocar de forma repetida las sensaciones que se temen y debilitar el temor por la habituación y aprendizaje de que no es un peligro real.

- Se comienza evaluando la respuesta del paciente a una serie de ejercicios estandarizado, luego de realizar el ejercicio se registran posniveles de ansiedad.

- Tarea para la casa: incluye un registro cognitivo continuo y el cuestionario de los pensamientos, así como practicar los ejercicios en su casa por su propia cuenta.

8. Sesión

- Entrenamiento en relajación, el objetivo de esto es ayudar al paciente a obtener una mayor sensación de control sobre su cuerpo.

- Enseñar la técnica de relajación muscular para lograr un estado de mayor serenidad, esta consiste en tensar y relajar los músculos.

- Tarea para la casa: La práctica de esta técnica, conjuntamente con el control de la respiración.

9. Sesión

- El propósito de esta sesión es trabajar en la visualización con el objetivo de que el paciente llegue a manejar la ansiedad fabricada para que luego pueda lidiar con la ansiedad en un ambiente natural.

- Pedir al paciente que recuerde las imágenes antes vividas, asociaciones y emociones necesarias para lograr un cambio real.

- Durante la descripción de las imágenes se van haciendo las preguntas pertinentes acerca de pensamientos y sentimientos asociados.

10. Sesión

- Revisión de los resultados.

- Análisis de los resultados.

- Cierre de la terapia.

5.2 Establecer hora y día de terapia por semana.

- La terapia se realizara una vez por semana, con la disponibilidad de cambios en el caso que sea necesario.

5.3 Establecer el tiempo de duración de la terapia.

- La terapia tendrá una duración aproximada de dos meses y medio, en el caso de no haber alcanzado las metas planteadas o si la paciente considera que no está lista para enfrentar sola la situación se puede extender el tiempo por mutuo acuerdo.

Conclusión:

El objetivo principal de la elaboración del plan terapéutico es lograr que la paciente tome conciencia de su enfermedad, que llegue a cambiar sus distorsiones cognitivas para que pueda tener ideas más realistas acerca de su situación y que aprenda las diferentes técnicas y que las ponga en práctica.

CONCLUSIONES

Al iniciar el desarrollo del trabajo investigativo se plantea la meta de crear un plan terapéutico para el caso específico de una paciente que presenta Trastorno de Angustia con Crisis de Ansiedad basándonos en la Terapia Cognitiva conductual. Para conseguir este fin se vio necesario la investigación teórica y la aplicación de estos conceptos dentro de lo que es la problemática de la ansiedad. La meta es relatar de una forma clara los conceptos básicos de la TCC, con los cuales podemos tener una visión general de su base teórica y sus posibles aplicaciones, brindando una muestra de su versatilidad y amplia gama de posibilidades al tratar una de las tantas patologías existentes en la actualidad.

RECOMENDACIONES

Dentro de la terapia lo que más se recomienda es un abordaje cognitivo-conductual individual pero es también importante que este vaya acompañado de terapia familiar ya que es de gran ayuda involucrar a la familia por ser agentes generadores de cambio comportamental y porque en algunos casos son ellos también los que presentan comportamientos ansiosos que de alguna manera generan o mantienen el trastorno. Si amerita el caso la terapia puede ir acompañada de un tratamiento farmacológico para mayor eficacia en los resultados de la terapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Clark, D.M. (1986). Panic disorder and social phobia. En D.M. Clark G., Fairburn (Eds. Science and practice of cognitive behavior therapy (p.p. 12-153). New York: Oxford University Press.
- Echeburua, Enrique, Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad/ Colección Psicológica. Conferencia. Ediciones Pirámides. Madrid, 1998.
- Lucke, Hermann, Castaneda, Caledonio, Brenes, Abelardo, Jensen, Henning, Coords, Terapia Conductual/seis enfoques psicoterapeuticos, El Manual moderno, Santa Fé de Bogota, 2000.
- Lyddon, William J, Jones, Jonh V, Terapias Cognitivas con fundamento empírico, Aplicaciones actuales y futuras, Manual Moderno, México DF, 2002.
- Sarason, Irwing G, Sarason, Barbara R, Psicología Anormal, el problema de la conducta inadaptada, México, 1996.
- Val, Eduardo, Gaviria, F Moises, Flaherty, Joseph A, Channon, Robert A, Davis M, John, Trastornos Fronterizos y otros trastornos de la personalidad, psiquiatría, diagnostico y tratamiento. Panamerican. Bogota, 2000.
- Eduardo Keegon, Trastornos de Ansiedad: Perspectiva Cognitiva. Buenos Aires, 1998.
- J. Vallejo, C. Gasto Ferres, Trastornos Afectivos, Ansiedad y Depresión. 2da Edición. Masson. S.A, Barcelona, 2000.
- W. Sacco y A. Beck. Teoría y Terapia Cognitiva. New York. Guilford, 1995.
- (Salud Mental, vol 29, N° 2, marzo-abril 2006).

INTERNET:

- <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/freud.htm>.
- http://www.um.es/analesps/v09/v09_2/02-09_2.pdf.
- <http://www.redalyc.com>
- <http://www.sanamente.com>
- <http://www.fisterra.com>
- <http://www.psicologiacentifica.com>
- <http://www.clinicadeansiedad.com>

ANEXOS

- ANEXO N° 1: HISTORIA CLÍNICA
- ANEXO N° 2: CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR TEST DE LA FAMILIA.
- ANEXO N° 3: CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN ESTADO- RASGO (STAI). ANSIEDAD.
- ANEXO N° 4: TEST DE ANSIEDAD, “TEST DE HAMILTON”.
- ANEXO N° 5: TEST DE LA FAMILIA.

Historia clínica

1.- Datos de Filiación:

Edad:

Sexo:

Religión:

Nivel de escolaridad:

Lugar y fecha de nacimiento:

2.- Motivo de consulta:

3.- Fuente de información:

Directa:

Indirecta:

Mixta:

Confiabilidad:

4.- Padecimiento actual o enfermedad actual:

5.- Revisión de aparatos y sistemas:

6.- Antecedentes personales patológicos:

Eruptivas de la infancia:

Traumatismos:

Convulsiones:

Cirugías/Hospitalizaciones:

Otras enfermedades:

Alergias:

Vacunas:

7.- Antecedentes familiares:

Su padre:

Su madre:

Su hermano:

Sus abuelos:

8.- Condiciones socioeconómicas:

9.- Psicobiografía:

- Embarazo: - Parto:
- Desarrollo psicomotor:
- Núcleo familiar:
- Primera infancia:
- Etapa escolar:
- Vida sexual:
- Vida social:
- Personalidad:

10.- Examen mental:

- Apariencia y conducta general: - Funciones Cognitivas:

Conciencia: Lúcida.

Orientación:

Memoria:

Atención:

Inteligencia:

Información general

Pensamiento abstracto:

Semejanza y diferencia:

A través del cálculo:

Lenguaje y pensamiento:

Forma del pensamiento:

Curso del pensamiento

Afecto:

Sensopercepción:

Juicio:

Relación con el entrevistador:

Cuestionario APGAR familiar.

	Nunca	A veces	Siempre
1. ¿Está satisfecha con la ayuda que recibe De su familia cuando tiene un problema?
2. ¿Discute con su pareja los problemas que tienen en el hogar?
3. ¿Las decisiones importantes las toman en conjunto?
4. ¿Está satisfecha con el tiempo que permanecen juntos?
5. ¿Siente que su familia le quiere?

Puntuación:

Cada pregunta se puntúa de 0 a 2.

0: "nunca" 1: "a veces" 2: "siempre".

- igual o superior a 7: familia normofuncionante.

- entre 4 y 6: disfunción familiar leve.

- igual o inferior a 3: disfunción familiar grave.

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN ESTADO- RASGO (SATAI)

ANSIEDAD

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará frases que se utilizan para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de (0-3) que indique mejor como se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

Nada Algo Bastante Mucho

0 1 2 3

- | | | | | | |
|-----------|--------------------|---|---|---|---|
| 1. | Me siento calmado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Me siento seguro | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Me siento tenso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Estoy contrariado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Me siento a gusto | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Me siento alterado | 0 | 1 | 2 | 3 |

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Me siento descansado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Me siento angustiado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Me siento confortable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Tengo confianza en mi mismo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Me siento nervioso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Estoy desasegado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Me siento muy atado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Estoy relajado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Me siento satisfecho | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Estoy preocupado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Me siento aturdido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Me siento alegre | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. En este momento me siento bien | 0 | 1 | 2 | 3 |

Compruebe si ha contestado a todas las frases con una sola respuesta. Ahora vuelva a la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar las frases.

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de (0-3) que indique mejor como se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando como se siente usted generalmente.

Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	
0	1	2	3	
21. Me siento bien				0 1 2 3
22. Me canso rápidamente				0 1 2 3
23. Siento ganas de llorar				0 1 2 3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros				0 1 2 3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme rápido				0 1 2 3
26. Me siento descansado				0 1 2 3
27. Soy una persona tranquila				0 1 2 3
28. Veo que las dificultades se amontonan				0 1 2 3

- 29.** Me preocupo demasiado por cosas sin importancia 0 1 2 3
- 30.** Soy feliz 0 1 2 3
- 31.** Suelo hacer las cosas demasiado seriamente 0 1 2 3
- 32.** Me falta confianza en mi mismo 0 1 2 3
- 33.** Me siento seguro 0 1 2 3
- 34.** No suelo afrontar las crisis o las dificultades 0 1 2 3
- 35.** Me siento triste 0 1 2 3
- 36.** Estoy satisfecho 0 1 2 3
- 37.** Me rondan y molestan pensamientos sin importancia 0 1 2 3
- 38.** Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos 0 1 2 3
- 39.** Soy una persona estable 0 1 2 3
- 40.** Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo 0 1 2 3

tenso y agitado.

Compruebe si ha contestado a todas las frases con una sola respuesta.

Test Psicométrico de Ansiedad (HAMILTON)

Instrucciones: Indique la intensidad con que se cumplieron o no durante el último mes los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems que conforman este test. Cabe mencionar que es anónima la escala y por ende fomenta la libre expresión.

Datos generales:

Edad: _____ Puesto: _____ Género: _____

Indicadores de ansiedad

1 es Ausente, 2 es Intensidad ligera, 3 es Intensidad media, 4 es Intensidad elevada y 5 Intensidad máxima

___ Tensión: Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto.

Reacción de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad de esperar.

___ Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los Animales. A la circulación. A la muchedumbre.

___ Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio. Con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas.

___ Funciones intelectuales (cognitivas): Dificultad de concentración. Mala memoria.

___ Humor depresivo: Pérdida de interés. No disfruta de tiempo libre. Depresión.

Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.

___ Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas Clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.

___ Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor y frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas. (pinchazos u hormigueos).

___ Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor Torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).

___ Síntomas Respiratorios: Opresión Pretorácica. Constricción Precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).

___ Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, Nauseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.

___ Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta de periodo menstrual). Metrorragia (hemorragia genital) Frigidez. Eyaculación Precoz. Impotencia. Ausencia de erección.

___ Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento Palidez. Tendencia a la Sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.

Gracias por su cooperación