

UFLO
UNIVERSIDAD

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Psicoterapia Basada en la Evidencia en un caso de Trastorno por Pánico y Trastorno de Acumulación

Estudiante: Rios, Diana Tamara

Legajo: 35352

Director/es: Dra. Scherb, Elena Diana

Dr. Kerman, Bernardo

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Especialista en Psicología Clínica Transdiagnóstica

2024

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL
INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha []

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación []

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: Buenos Aires, Julio 2024

Firma y aclaración del autor: Diana Tamara Rios



Psicoterapia Basada en la Evidencia en un caso de Trastorno de Pánico en comorbilidad con Trastorno por acumulación

Evidence-based psychotherapy in, panic disorder and hoarding disorder

Diana Tamara Rios

Universidad de Flores, Buenos Aires

Argentina

<https://orcid.org/0009-0008-2210-7438>

Resumen

El presente estudio de caso describe el abordaje psicoterapéutico de una paciente adulta con una presentación clínica compleja caracterizada por la coexistencia de) Trastorno por Pánico (TP) y Trastorno por Acumulación (TA) y algunas manifestaciones correspondientes al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), atendida de modo virtual. La intervención terapéutica, basada en los principios de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), se centró en la modificación de patrones de pensamiento disfuncionales, el desarrollo de habilidades de afrontamiento y el abordaje de las dificultades relacionadas con la problemática de acopio. Los resultados obtenidos confirman la efectividad en el tratamiento, subrayando la importancia de una alianza terapéutica sólida tal como destacan Beck et al. (2010), Bordín (1979) y Corbella (2019), una evaluación integral y una intervención personalizada tal como plantean ciertos autores como Keefe et al. (2018), Lutz et al. (2021) y Manubens et al. (2024) para lograr una mejora significativa en la calidad de vida de la paciente.

Palabras Clave: Adulto, Trastorno por pánico, Trastorno por acumulación, Trastornos obsesivo compulsivos, Estudio de caso único, Psicología basada en la evidencia, Ansiedad, Terapia Cognitivo Conductual, Trastorno por estrés postraumático, Personalización de tratamientos

Keywords: Adult, Panic disorder, Hoarding disorder, Obsessive compulsive disorder, Single case study, Evidence based psychology, Anxiety, Cognitive behavioral therapy

Introducción

Contextualización de caso y método

El Trastorno por Pánico se caracteriza por la aparición súbita de miedo o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos. Durante ese intervalo se producen distintos síntomas fisiológicos tales como: palpitaciones, sudoración, sensación de dificultad para respirar o de asfixia, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensación de calor, de entumecimiento u hormigueo, miedo a perder el control y/o morir, entre otros (DSM-5, 2013). De acuerdo con el DSM-5 (2013) y el CIE-11 (2018) el Trastorno de Acumulación se manifiesta como una persistente dificultad para deshacerse o renunciar a posesiones, independientemente de su valor real y el desorden de los mismos en uno o varios espacios del lugar de vivienda. La instalación de este último cuadro es en general progresiva y sucede a lo largo de varios años. El mismo causa malestar clínicamente significativo y suele ocasionar dificultades y conflictos a nivel social y familiar. Por último, el Trastorno por Estrés Postraumático se identifica por la exposición directa o indirecta a un suceso considerado traumático, la presencia de síntomas de intrusión, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo relacionados a ese suceso así como malestar psicológico y reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que, simbolizan de alguna manera ese evento, acompañados con la evitación persistente de estímulos asociados a este. Pueden presentarse algunos síntomas de TEPT como reacción inmediata a un evento traumático, por ejemplo un accidente, que luego remitirán a medida que pase el tiempo.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es un tratamiento que presenta gran evidencia científica en cuanto a su efectividad para el tratamiento de una gran variedad de trastornos emocionales. La misma se destaca por tener un enfoque activo y directivo, asumido en gran medida por el psicoterapeuta y un elevado nivel de estructuración (González Tuta et al., 2017). La misma

parte de la premisa de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo en que este tiene de conceptualizar y percibir el mundo (Beck et al., 2010). Sus cogniciones, tanto de tipos gráficas o verbales, están basadas en esquemas cognitivos, entendidos como representaciones almacenadas internamente de estímulos, ideas o experiencias de vida (Beck y Haigh, 2014). Estas implican operaciones psíquicas que manifiestan modos de procesar la información y, por ende, de entender la realidad y tienen relación directa con la manera en que las personas tienen de pensar, sentir y juzgar los hechos que condicionan su conducta (Fernández-Álvarez, 2008). Diversos autores aseveran que el malestar asociado a las alteraciones mentales es causado o mantenido por las cogniciones distorsionadas y/o conductas de tipo disfuncional que las personas tienen y afirman su efectividad en el tratamiento de distintos trastornos emocionales, entre ellos, la ansiedad (Beck et al., 2012; Beck y Haigh 2014; López Ortíz, 2022).

Al tratarse de una forma de tratamiento por lo general breve, tiene como uno de sus principales objetivos el cambio sintomático o supresión del malestar, sin embargo, es muy factible que, a través de las técnicas empleadas, particularmente aquellas relacionadas con la reestructuración cognitiva que usualmente devienen en cambios de conducta, se logre llegar a la resolución de la problemática subyacente. Generalmente, este tipo de terapia involucra “tareas para la casa”, entendidas como actividades terapéuticas, las cuales implican que el consultante practique ciertas habilidades fuera de la sesión con la finalidad de que estas se vuelvan habituales para poder alcanzar los objetivos terapéuticos planteados más rápidamente.

Dentro de las técnicas psicoterapéuticas frecuentemente utilizadas en la TCC que han demostrado eficacia en los tratamientos relacionados con la ansiedad se encuentran: las técnicas de reestructuración cognitiva, las de exposición, el entrenamiento en habilidades sociales (Fullana et al., 2011), las técnicas de relajación y respiración (Beck et al., 2012) y las prácticas de mindfulness que a nivel fisiológico actúan reduciendo los niveles de cortisol, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la proteína C reactiva entre otros marcadores (Barceló- Soler, 2018).

Asimismo Manubens et al. (2024) plantean la importancia que tiene adaptar los tratamientos de salud mental a cada paciente en particular más allá de los diagnósticos clínicos ya que, mediante

distintas investigaciones recientes se sabe que, dependiendo de las características de los pacientes, ciertos tratamientos o intervenciones funcionan mejores que otras y se tiende cada vez más a realizar abordajes transdiagnósticos para una mejor obtención de resultados psicoterapéuticos. A partir de este conocimiento comienzan a surgir cada vez más diferentes enfoques que tienen como objetivo aportar recomendaciones sistemáticas personalizadas fundadas en evidencia empírica (Cohen y DeRubeis, 2018). En la misma línea se destacan dos enfoques principales de personalización de tratamientos: 1) estrategias de personalización sobre la base de predicciones previas al tratamiento en referencia a ciertas características significativas basales del paciente (Keefe et al., 2018) y 2) estrategias de personalización en función de predicciones hechas y corregidas sesión a sesión (Lutz et al., 2021). De la misma manera, se remarca lo vital que es que los profesionales obtengan feedback continuo a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico con el objetivo de evaluar su efectividad (Mahon et al., 2021). Por otra parte, existe consenso científico acerca de la importancia que la alianza terapéutica tiene respecto al planteamiento de objetivos, los logros y el éxito de los tratamientos psicoterapéuticos (Beck et al. 2010; Bordín, 1979; Corbella, 2019).

Se presenta el caso de una consultante de 47 años atendida de manera virtual quien inicialmente consulta por su sintomatología ansiosa y ataques de pánico que comenzaron luego de un accidente de tránsito e impiden, entre otras cosas, que pueda concurrir a su trabajo, cuidar de sus sobrinos como solía hacerlo o mantener una vida familiar o social activa que, eventualmente, revela su problemática relacionada con la acumulación. Está última también afecta de manera negativa sus interacciones personales ya que, por ejemplo no permite que nadie ingrese a su habitación por vergüenza a que vean las condiciones de la misma y que, a su vez, puedan deshacerse de algún objeto o se lo quiten - de hecho ha quitado el picaporte del lado de afuera de la puerta para asegurarse que eso no suceda - y afecta en gran medida las actividades de su vida diaria. Esto resulta evidente cuando la paciente revela que no duerme cómoda en su propia cama, ya que, tiene que hacerlo encogida en un rincón debido a que la misma está ocupada con distintos elementos, que este el único espacio en el que puede permanecer dentro de su habitación porque las otras áreas están atestadas de cosas, que

para llegar a ella debe caminar a través de un único pasillo muy angosto que va desde la puerta del cuarto a su cama y, que pasa la mayor parte de su día aislada en él.

El propósito de la presentación de este caso es ejemplificar con un caso clínico que las intervenciones psicológicas provenientes de la TCC resultan efectivas en el tratamiento de las problemáticas de salud mental mencionadas (Beck et al., 2012; Beck y Haigh 2014; López Ortiz, 2022) e ilustrar la relevancia que reviste tanto el realizar tratamientos personalizados (Keefe et al., 2018; Lutz et al., 2021; Manubens et al., 2024) como el desarrollar y mantener una buena alianza terapéutica (Beck et al. 2010; Bordín, 1979; Corbella, 2019).

Objetivo

Presentar un Caso Clínico sistematizado, siguiendo un formato para la conceptualización y formulación de caso. Se describen los resultados obtenidos a partir de la aplicación de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia en el caso de una adulta de 47 años diagnosticada con trastorno de pánico, en comorbilidad con trastorno por acumulación y algunos síntomas de trastorno por estrés postraumático.

Caso clínico

La consultante

María, una mujer soltera de 47 años de edad acude a la consulta psicológica virtual por voluntad propia preocupada por sus constantes ataques de pánico que, entre otras consecuencias, le provocan no poder utilizar medios de transporte público, acudir a su trabajo y realizar las rutinas que solía realizar anteriormente sin mayores inconvenientes como, por ejemplo, cuidar de sus sobrinos. Al momento de la consulta se encuentra realizando un tratamiento psicofarmacológico y tiene una licencia psiquiátrica desde hace alrededor de tres meses.

La paciente convive con su hermana dos años menor y su sobrina de edad preescolar en la casa en la que las tres convivían con su madre quien falleció hace diez años atrás. Además tiene otras

tres hermanas que pertenecen al mismo grupo etario y con las cuales, al igual que con su hermana menor, tiene un buen vínculo familiar a pesar de que no suelen expresar de manera explícita sus emociones, deseos, motivaciones o sentimientos, un aspecto que a medida que avanza el proceso psicoterapéutico, se establece que es un aspecto que está muy ligado al modo de crianza que tuvieron y el sistema de modelado al que estuvieron expuestas. Fuera de las relaciones interpersonales que mantiene con sus hermanas y algunos otros familiares cercanos, comenta que no tiene pareja, ni muchos amigos y se siente bastante inadecuada en el ámbito laboral ya que, hubo muchos cambios en cuanto al personal en el último año y muchos de los empleados nuevos son bastante más jóvenes que ella y no encuentra una conexión con ellos.

Durante la entrevista de admisión inicial la consultante relata sentirse muy angustiada acerca de lo que le sucede ya que, expresa que está afectando todas las áreas de su vida, inclusive sus relaciones sociales. Manifiesta que su principal objetivo terapéutico sería lograr volver a trabajar normalmente.

María comenta que se siente muy inquieta a nivel motor y mental. Comenta que aunque esté sentada se siente inquieta y tiene la necesidad de moverse aunque no sea con un objetivo claro o específico y suele caminar de un lado al otro. A nivel cognitivo explica que se siente extremadamente abrumada por sus pensamientos. Siente que “se está volviendo loca”, “que si continúa así nunca va a poder superar esto o lograr regresar a su trabajo” y dice que “su mente no para”, “está preocupada todo el tiempo” y necesita saber “qué están haciendo sus familiares en todo momento”. En lo corporal se la observa morderse las uñas y frotarse las manos continuamente mientras habla. Agregado a todo lo mencionado presenta sintomatología física tal como: presión en el pecho, hormigueo en las manos, sensación de ahogo o falta del aire y palpitaciones.

Cuando se le pregunta a la paciente desde cuando hace que le sucede todo esto comenta que fue a partir de un accidente de tránsito que tuvo hace un año atrás. Estaba en el colectivo yendo a trabajar y un auto se cruzó enfrente del colectivo en el que ella viajaba. El colectivero frenó bruscamente para evitar el impacto con el otro vehículo y, durante esta fuerte frenada, ella fue despedida de su asiento lo que le provocó un fuerte golpe que concluyó en tener que atravesar una cirugía de columna.

Al momento de la entrevista solo se traslada cuando es absolutamente necesario, por ejemplo, para acudir a un turno médico y solo lo hace en auto cuando alguno de sus familiares maneja o utiliza alguno de los servicios de viaje en automóvil que en la actualidad son muy populares. Aunque en esas ocasiones particulares logra transportarse en auto, lo hace atravesando mucha sintomatología física y “con mucho temor de que algo malo pueda ocurrir” lo que repercute en que fije su atención en el conductor y haga comentarios como: “cuidado”, “andá más lento”, “por ahí no” constantemente que, hacen que la persona a cargo del vehículo, se irrite con ella.

Concepto orientador con apoyo de la investigación y la experiencia clínica

En las primeras entrevistas, la cliente relata que fue víctima de un accidente de tránsito en un colectivo. La exposición a ese evento traumático, sufrido hace un año atrás, le ocasionó alteraciones cognitivas negativas y del estado del ánimo, síntomas de intrusión, malestar psicológico y reacciones fisiológicas intensas acompañadas de una evitación persistente a situaciones asociadas a ese acontecimiento que son consistentes con el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático como el trastorno primario (DSM-5, 2013). La comorbilidad entre TEPT y TP es frecuente .

Teniendo en cuenta la información proveniente de la observación clínica, por ejemplo, el hecho de que cada vez que María habla de la posibilidad de exponerse a situaciones que le provocan un miedo intenso y repentino - como tomarse un colectivo o estar al cuidado de sus sobrinos -, comienza a frotarse las manos de modo constante, a morderse las uñas y su gestualidad cambia súbitamente y, de su propio relato acerca de su sintomatología en el que hace comentarios como: “No sé cómo voy a hacer para volver al trabajo o volver a cuidar de mis sobrinos. Tengo mucho miedo que me vuelva a agarrar uno de esos ataques. Es horrible. Siento que alguien me comprime el pecho, que no puedo respirar, que no hay suficiente aire” y teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-5 (2013) se concluye que María padece de Trastorno por Pánico como trastorno secundario. A medida que el tratamiento avanza, se descubre mediante un comentario que, María hace casualmente en relación a la comunicación con la hermana con la que convive, que existen muchos reclamos por parte de ésta en cuanto al orden y limpieza de la casa y muchas frustraciones mutuas que vienen

arrastrándose desde hace bastante tiempo. Al indagar acerca de esta problemática, la paciente confiesa que, en realidad, lo que la hermana le reclama tiene relación con su dificultad para poner orden a su habitación en la que acopia gran cantidad de distintos objetos de manera desordenada y revela que esta desorganización y acopio ha llegado a un grado bastante extremo en el que tiene un pasillito hecho para poder lograr pasar la puerta y caminar hasta su cama. No hay en general espacios vacíos en el resto de la habitación e inclusive ha quitado el picaporte de la puerta; para que nadie entre a ella porque, en principio, le da vergüenza y porque además le da miedo que alguien “pueda tocar o quitar algo” de lo que está ahí. Al momento de esta revelación, María expuso que en todos estos años, la condición de acopio se había mantenido acotada a su habitación pero que había comenzado a expandirse a la cocina de la casa, particularmente a la heladera en la que mantenía alimentos que ya se habían echado a perder y no podía deshacerse de ellos. De acuerdo con la información provista por el CIE-11 (2018) y el DSM-5 (2013) en relación a este tipo de problemáticas, se concluye que la consultante padece asimismo un trastorno comórbido por Acumulación.

Al consultarle a la paciente cuando había comenzado su problema de acumulación, ella relata que había comenzado hacía diez años atrás luego del fallecimiento de su madre tras el cual quiso “guardar cosas de ella” y empezó a trasladar los libros que le pertenecían a su habitación para mantenerlos “seguros y cerca”.

Evaluación

Para la evaluación se emplearon la observación y entrevistas clínicas, el relato de la paciente y de sus familiares más allegados y se cotejó con la información provista por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- 5, 2013) como del Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, 2018). Asimismo, se utilizaron escalas de evaluación ad hoc de sintomatología ansiosa (en la que se incluyeron los síntomas típicos del Trastorno por Pánico en una escala del 0 al 10 siendo 0= nada de ansiedad y 10= la ansiedad más alta posible (ver en Anexo 1), así como otras similares confeccionadas por el profesional para esta paciente en particular para el pedido de feedback en cuanto a su sensación de mejoría respecto de distintos aspectos como el social (fuera

del hogar), el vincular- familiar, el laboral, aspectos relativos a su problemática de acopio (ver Anexo 2), etc. con la misma modalidad de una escala Likert del 0 al 10 siendo siempre 0 = nada de progreso y 10 = el mayor progreso posible que fueron administradas de manera verbal así como eventuales entrevistas telefónicas o por videoconferencia con sus hermanas cuando esto se consideró necesario.

Problemas

La consultante presenta una serie de problemas psicológicos y conductuales complejos. A través de la información surgida a través del relato de la propia paciente durante la primera entrevista clínica y a través de las subsiguientes sesiones y la cotejación con los criterios diagnósticos del DSM-5 (2013) y el CIE-11 (2018) se constata que María presenta síntomas típicos del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) luego de un accidente de tránsito grave que, entre otros incluye reacciones fisiológicas intensas relacionadas al recuerdo del evento, la evitación de estímulos asociados al acontecimiento y malestar psicológico significativo. El TEPT lo cursa con comorbilidad con el Trastorno por Pánico (TP) reflejado en los episodios de miedo repentino e intenso que padece de manera habitual y que son acompañados de otros síntomas tales como: dolor en el pecho, dificultad para respirar y sensación de pérdida de control, entre otros. Por último, presenta también un Trastorno por Acumulación (TA), que se desarrolló tras el fallecimiento de su madre, que se manifiesta en su dificultad persistente para deshacerse de posesiones y que ha progresado al punto de afectar su espacio personal y algunas áreas comunes de la casa que comparte con su hermana menor y sobrina.

Objetivos del tratamiento

Los objetivos principales del tratamiento se focalizan en:

- 1) mejorar no solo la calidad de vida de la cliente sino también de sus familiares mediante
- 2) la reducción de los síntomas del Trastorno por Pánico y su gestión efectiva para reducirlos en intensidad y frecuencia a medida que el tratamiento psicológico progresa ya que, es el motivo inicial de consulta de la paciente y lo que afecta en mayor grado su funcionalidad en la cotidianidad.

3) En cuanto se logre realizar una mejora significativa respecto de esta problemática, se planea trabajar en técnicas de exposición y desensibilización sistemática para que la paciente logre volver a su rutina laboral.

4) Una vez logrado el tercer objetivo, se apunta a proceder a realizar intervenciones destinadas a trabajar en el Trastorno por Acumulación en pos de reducir el nivel de acopio y apego a los objetos y promover la higiene de su espacio personal y aquellos compartidos con sus familiares y allegados.

Trabajando en estos dos objetivos principales relacionados al Trastorno por Pánico y el Trastorno por Acumulación, se estima que también habrá una mejora significativa en cuanto a su modo de vincularse con otras personas.

Fortalezas

María muestra una clara voluntad de mejorar su situación. La misma es evidenciada por su decisión de buscar asistencia psicológica y su disposición a participar en el tratamiento. Adicionalmente, tiene adherencia al tratamiento psicofarmacológico, lo que contribuye a controlar ciertos síntomas y a facilitar el proceso psicoterapéutico. A pesar de ciertos conflictos, la consultante, cuenta con una gran red de apoyo familiar y mantiene vínculos positivos cercanos con sus hermanas y familiares cercanos. Esta red no solo actúa como un factor protector significativo, sino que también puede ser utilizada para facilitar la consecución de los objetivos terapéuticos.

Historia de la paciente

La cliente ha enfrentado algunas condiciones y eventos significativos en su vida que han influido en su situación actual tales como: el accidente de tránsito ocurrido hace un año, que fue el desencadenante de su TEPT y TP, el cual causó un impacto físico importante que la condujo a una cirugía de columna y una gran repercusión a nivel psicológico que han exacerbado su miedo y ansiedad basales. Por otro lado, la pérdida de su madre, hace diez años atrás, fue un evento crucial que contribuyó al desarrollo de su TA. María comenzó a acumular objetos como una forma de preservar recuerdos de su madre, lo que luego evolucionó hacia una problemática de acumulación severa, que también ha repercutido consecuentemente en problemas en su entorno familiar y social ya que, los

problemas de acopio y el desorden en la casa, han causado tensiones (particularmente con la hermana con la que convive) y la paciente tendió al aislamiento dentro de su hogar así como respecto de otros vínculos sociales dejando de relacionarse con las pocas amigas y compañeras de trabajo con las que compartía momentos en el pasado. Esto es un aspecto adicional que afecta su bienestar emocional.

Método

Formulación del caso

Se realizó un estudio de caso de una paciente adulta con su debido consentimiento informado durante 13 meses de intervención (mayo 2023 a julio 2024). En pos de mantener la confidencialidad de la misma, se ha cambiado su nombre y reemplazado por uno ficticio. Para la evaluación se empleó la entrevista clínica, la información provista por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- 5, 2013) así como del de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, 2018) y la evaluación oral de sintomatología ansiosa en una escala ad- hoc del 0 al 10 siendo 0= nada de ansiedad y 10= la ansiedad más alta posible (ver Anexo 1).

Los problemas principales identificados fueron: ataques de pánico, evitación del transporte en general y el transporte público en particular - lo cual repercute en que no concurra a su trabajo y esté al momento de la consulta con una licencia psiquiátrica y, dificultades en torno al acopio y al deshacerse de objetos. Durante la entrevista inicial no se constató ninguna condición médica que pudiese estar ocasionando los síntomas de ansiedad relacionados con sus ataques de pánico, con lo cual a partir de esto y del relato de la paciente acerca de cuando estos comenzaron a surgir, se estableció una relación entre el accidente de tránsito, vivido como un evento traumático y la nombrada sintomatología ansiosa con lo cual se evaluó y confirmó el Trastorno por Estrés Postraumático. Sin embargo, a pesar de que su ansiedad había comenzado a manifestarse luego de este, no se consideró el diagnóstico de una fobia específica porque sus crisis no se encontraban sólo asociadas al estímulo específico de viajar sino que se habían propagado a otras situaciones de la vida diaria como, por ejemplo, el temor desmedido a estar a cargo del cuidado de sus sobrinos, salir sola a hacer las

compras, subirse a ascensores, etc por el miedo a otra posible ataque de pánico. Las fortalezas de María incluían su motivación para mejorar y el apoyo de su familia.

Plan de Tratamiento

De acuerdo con toda la información recabada a través de la observación clínica, el relato de la consultante durante la entrevista inicial, a lo largo de las siguientes sesiones y la indagación, se decidió que la prioridad era abordar los síntomas relacionados con el Trastorno por Pánico que era en primer lugar el motivo de consulta de la paciente y, por otro parte, lo que más la angustiaba y afectaba su funcionalidad en la vida cotidiana. El tratamiento incluye sesiones individuales semanales de psicoterapia, cada una con una duración de 45 minutos. Además, se complementa con farmacoterapia bajo la supervisión del psiquiatra tratante. Este enfoque integral se revisa cada veinticinco o treinta días con el objetivo de ajustar el tratamiento según sea necesario. Con este fin, se establecieron objetivos de tratamiento basados en técnicas respaldadas por evidencia empírica. Estas incluyen la reestructuración cognitiva, la desensibilización sistemática y técnicas de exposición, respiración y relajación, todas provenientes de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). En segundo lugar y con las mismas técnicas se planificó el abordaje de la problemática relacionada con la acumulación. Para el abordaje de esta, se sugirió realizar sesiones bi-semanales con la misma duración (que fueron aceptadas por la consultante) y, como estrategia terapéutica adicional, se agregaron algunas entrevistas vinculares virtuales con objetivos delimitados con sus cuatro hermanas, consensuadas previamente con María, para evaluar la gravedad de la situación y escuchar activamente las percepciones de estas como observadoras externas. Se destaca que la consulta continúa con ambos tratamientos en la actualidad.

Curso del Tratamiento

Al inicio del tratamiento y luego de establecer de manera conjunta con María los primeros objetivos terapéuticos, se procedió a explicarle cuál es el objetivo principal de las intervenciones cognitivas para la ansiedad. Este es modificar la perspectiva exagerada de peligro y vulnerabilidad que se siente

a una de amenaza mínima aceptable, con el objetivo de aumentar la sensación de la capacidad de afrontamiento que una persona tiene. Dentro de este objetivo general, se trabaja en seis objetivos específicos: cambiar el foco de la amenaza, dirigir la atención a sus valoraciones y creencias, modificar las valoraciones exageradas de la amenaza y su vulnerabilidad personal ante esta, normalizar el miedo y la ansiedad, fortalecer su eficacia personal y realizar un enfoque adaptativo hacia la seguridad.

A continuación se comenzaron a realizar intervenciones específicas en pos de lograr esos objetivos iniciando con la psicoeducación respecto de la función del miedo y de la ansiedad en relación a sus experiencias personales, brindándole una explicación cognitiva sobre la persistencia de esta última para que ella pudiera comprenderla y aplicarla a su situación, así como una exposición de por qué el tratamiento cognitivo para este tipo de condiciones resulta de gran utilidad. Este tipo de intervenciones no solo contribuyen a que los pacientes colaboren de manera más comprometida en el proceso psicoterapéutico sino también a corregir ciertas creencias falsas que puedan tener acerca del miedo y la ansiedad. Se destaca que tanto durante la entrevista inicial como durante el tratamiento se focalizó en gran medida en generar y mantener una buena y fuerte alianza terapéutica con la paciente.

Luego, se le pidió a la consultante que describiera lo que pensaba respecto de la posibilidad de subirse nuevamente a un colectivo o, en su defecto, a algún otro medio de transporte público. Su gestualidad cambió bruscamente y resultó evidente que comenzó a sentirse muy ansiosa. Empezó a frotarse las manos primero y luego a morderse las uñas y contestó: “que no podía”, “que no lo iba lograr”.

Entonces, el terapeuta, procedió a preguntarle:

T: “¿Qué te hace pensar que no vas a poder?”

C: “Creo que el miedo me va a ganar. Solo pensar en el colectivo me pone ansiosa. Siento que se me comprime el pecho y me falta el aire”.

En pos de que la consultante experimentara el trabajo con el modelo cognitivo, se indagó más acerca de la emoción miedo:

T: “¿A qué le tiene miedo?”

C: “A subirme a un medio de transporte y que me vuelva a ocurrir un accidente nuevamente.”

Se le mostró empatía comentándole que se entendía por qué podría sentir miedo ya que, la situación del accidente había sido vivida como una experiencia traumática y luego, se continuó trabajando con el diálogo socrático:

T: “¿Cuántas líneas de colectivo existen en la ciudad?”

C: “Muchas”

T: Y “¿cuántas personas se trasladan diariamente para ir al trabajo?”

C: “No sé. Muchísimas”.

T: “Y, de todas esas personas que viajan todos los días, ¿de cuántas escucha que hayan tenido accidentes?”

C: “No. No sé”

T: “Hmmm... ¿No será que en verdad sí es real que los accidentes de tránsito de vez en cuando ocurren pero no son tan recurrentes como los imaginamos?”

De esta manera se buscó que la consultante comprendiera que existía una sobrevaloración de la amenaza evaluando la evidencia y haciendo un análisis conjunto de costes - beneficios de cómo esa percepción influía en sus emociones, conductas, sintomatología y persistencia de la ansiedad. Se procedió luego a explicarle la importancia que tenían las tareas de automonitoreo y otras similares fuera de sesión. Sin embargo, luego de varios intentos, explicaciones y sesiones consecutivas en las que la paciente no las hubiera completado, se advirtió que en vez de insistir acerca de esta temática era preferible adaptar el tratamiento y trabajar con el material obtenido de manera verbal en cada sesión en pos de mantener una alianza terapéutica y no generar rupturas innecesarias en la misma. A lo largo de las sesiones, también se le ejemplificaron ejercicios de autoayuda coherente con el modelo cognitivo que fueron practicados durante las sesiones para que pudiera reconocer cómo y cuándo se producía su activación mental y fisiológica, qué pensamientos automáticos surgían, cómo podía identificarlos, clasificarlos y desafiarlos. Asimismo, se utilizó el razonamiento inductivo con el propósito de contrarrestar el estilo de pensamiento que conducía a valoraciones exageradas de la amenaza mediante el cuestionamiento socrático y el cuestionamiento guiado y se le enseñaron técnicas de relajación relacionadas con respiración y la atención plena y, a medida que se generó más

confianza en la relación terapéutica, se probaron técnicas de inducción para exponerla de manera imaginaria a las situaciones de acercarse a los medios de transporte y progresivamente subirse a estos. Luego de cada técnica de inducción, se practicó una meditación guiada o se realizaron ejercicios de respiración diafragmática y se le solicitó a la paciente que puntuara verbalmente en una escala del 0-10 (siendo 0 = nada de ansiedad y 10= el máximo nivel de ansiedad experimentado) cómo se sentía para constatar su grado de activación y regulación con cada uno de ellos.

Una vez evaluado que María estaba preparada para enfrentarse de manera directa a ciertos estímulos, se plantearon y consensuaron algunas pautas para tener en mente al momento de que la paciente pudiese exponerse a él con cierta seguridad y confianza de que ella tenía cierto control acerca de esa exposición, por ejemplo, el hecho de las primeras veces podía bajarse del colectivo en cualquier momento o ir acompañada manteniendo en mente que era una decisión que ella tomaba en pos de lograr su objetivo primordial que era poder volver a ir a trabajar. Del mismo modo se le ofrecieron algunas otras técnicas y objetos de desfocalización de la atención durante las sesiones para prepararse para las exposiciones o previo a ellas tales como: ponerse audífonos con música tranquila o un programa de radio que le gustase, observar a las personas caminando por la vereda advirtiéndoles su vestimenta, su gestualidad (si parecían apurados, contentos, tristes, etc.) e imaginando a donde podrían estar dirigiéndose; el uso de una banda elástica entrelazada entre sus cinco dedos para provocar tensión y distensión y el de fidgets con el fin de que su atención fuese puesta en la sensación física producida y no meramente en la acción temida. Cabe destacar que María tuvo muy buena predisposición para probar todas estas técnicas y, a medida que lo hizo, y se discutieron los resultados obtenidos en sesión, las mismas se fueron adaptando a otras que le resultaban de mayor utilidad. Por ejemplo, se percibió que la música no cumplía con la función esperada pero que, como a ella le gustaban mucho los ejercicios relacionados con las matemáticas, contar de cien a cero de manera descendente primero de uno en uno y luego, incrementar el desafío del ejercicio a hacerlo de dos en dos, le resultaba eficaz.

Además, es importante señalar que María contó y cuenta con una gran red de apoyo familiar que colabora y colaboró en su proceso. Todas sus hermanas se turnaban y turnan para acompañarla en

distintas circunstancias. Su hermana menor, que es la que convive con ella, la ha acompañado a caminar en muchas ocasiones a algunas cuerdas de la parada del colectivo, hasta la parada e inclusive se ha tomado este medio de transporte para que su hermana se sintiera contenida durante los ejercicios de desensibilización sistemática hasta que la paciente logró hacerlo de manera totalmente independiente.

Luego de cuatro meses y medio de exposiciones continuas y progresivas al estímulo temido, María logró finalmente realizar todo el trayecto de colectivo desde su casa al trabajo con lo cual pudo regresar a su rutina laboral normal y dar por finalizada su licencia psiquiátrica. A medida que continuaron transcurriendo los meses, también fue necesitando menos de los recursos externos de apoyo tales como la gomita elástica y los fidgets y pudo gestionar sus pensamientos y emociones a nivel mental. Al momento, casi se puede decir que viaja en el transporte público sin casi sentir malestar físico o psicológico y ha podido hacerlo inclusive durante horas pico en las cuales los mismos están atestados de gente.

De la misma manera se trabajó en otras cuestiones relacionadas a su reacción de miedo intenso y extremo como la de subirse a un ascensor, salir sola a hacer compras o poder responsabilizarse nuevamente por el cuidado de sus sobrinos trabajando con intervenciones cognitivo conductuales destinadas a generar disonancia cognitiva, técnicas de exposición gradual y técnicas de respiración y relajación.

Otra de las cuestiones que se trabajó en este tratamiento y que, angustiaba mucho a la paciente fue el poder volver a estar al cuidado de sus sobrinos. Ella solía hacerlo habitualmente pero manifestaba que, luego del accidente y una vez surgidos los ataques de pánico, le “provocaba mucho miedo hacerlo por el miedo a descompensarse en la presencia de ellos y asustarlos o no poder cuidarlos de manera adecuada”. Antes del accidente, María no solo cuidaba a la sobrina de cinco años que convive con ella, sino que se trasladaba hacia la casa de otra de sus hermanas que vive en un edificio y cuidaba de sus otros dos sobrinos. Al momento de iniciar el tratamiento, María casi no salía de su casa por miedo a que “le agarrara un ataque de pánico en la calle”. El solo hecho de pensar en

subir al ascensor del edificio para lograr llegar al departamento en el que se encontraban sus sobrinos “la aterrizzaba”. Pensaba cosas como: “ Y si no llego...?”, “¿Y si me descompenso en el camino?”, “¿Y si me descompongo y mis sobrinos me ven así?”, “¿Y si me desmayo o me falta el aire y los traumo o tengo estas sensaciones físicas y no puedo cuidar de ellos?”.

A María le angustiaba mucho el no poder cuidar de sus sobrinos porque decía que “le encantaba cuidarlos y disfrutaba compartir momentos con ellos”. Además, se sentía culpable por sentirse “tan incapaz e inútil de no poder hacerlo” y “culpable por no poder ayudar a su hermana”. Aquí también se tuvo que trabajar mucho para lograr mayor flexibilidad cognitiva y desafiar distorsiones cognitivas relacionadas con la autopercepción de su persona, sus capacidades y sus limitaciones así como respecto de sus habilidades de comunicación para expresar y explicar lo que sentía y con técnicas de exposición para exponerse de manera gradual a situaciones relacionadas con el cuidado de sus sobrinos con el objetivo de mejorar su sensación de autoeficacia y recuperar hábitos que eran importantes para ella.

Se utilizó mucho la técnica de la flecha descendente proveniente de la TCC para identificar y cuestionar sus creencias subyacentes, por ejemplo, para trabajar su sensación de culpa:

T: “Me gustaría que exploráramos juntas esta sensación de culpa que tenés respecto de no poder cuidar a tus sobrinos como solías hacerlo. ¿Me podría decir qué pensamientos tiene exactamente cuando se siente culpable?”

C: “Siento que no soy una buena tía. Pienso que si no puedo cuidar de ellos, soy egoísta y les estoy fallando a mis hermanas y a ellos”.

T: “Entiendo. A ver, profundicemos un poquito: ¿Qué significa para usted ser egoísta en esta situación?”

C: “Que no estoy pensando en los demás, que solo me ocupo de lo que me pasa a mí y mis ataques de pánico y no ayudo a mi familia”.

T: “Y si fuese egoísta, ¿qué dice eso de usted como persona?”

C: “Que soy una mala persona.

T: “¿Cuál sería la evidencia que apoya la idea de que es una mala persona por no poder cuidar a tus sobrinos?”

C: “Bueno, no sé si hay evidencia concreta. Solo sé que me siento culpable (e.j.: de razonamiento emocional) y que me siento frustrada conmigo misma. Me da bronca no poder cuidar de ellos”.

T: “Ok. Es entendible que pueda sentirse frustrada o enojada por sentir que no puede colaborar con su familia aunque quiera hacerlo. La culpa y la frustración pueden hacer que nuestros juicios acerca de nosotros mismos sean muy severos. Ahora, pensando en todo esto, ¿hay algún aspecto de usted misma que considere positivo o alguna evidencia que contradiga la idea de que es una mala tía o una mala persona?”

C: “Sí. Bueno... mis sobrinos saben que aunque no los vaya a ver tan seguido o los cuide como antes, los amo. Además, yo los llamo por tel. o hago videoconferencias con ellos para saber como están y hablar con ellos”.

T: “Entonces, ¿podríamos decir que es una buena tía aunque en este momento no pueda cuidar de ellos? ¿Y que el no poder cuidar de ellos en la actualidad no significa que sea mala persona o que no le importan ellos o tu familia? Todos enfrentamos dificultades en distintos momentos de nuestras vidas y eso no define quienes somos. ¿Puede ser que esté sobreestimando el impacto de su situación actual en su valor como persona?”

C: “Sí. Puede que tengas razón”

T: “¿Cómo se siente ahora respecto de su pensamiento original de ser egoísta o mala persona?”

C: “Un poco más tranquila. Tal vez estoy siendo un poco dura conmigo misma. Quizás no esté relacionado a que sea mala persona sino a que estoy atravesando un momento difícil”.

T. “Me alegra que pueda ver eso. Vamos a trabajar juntas para que pueda construir una perspectiva más equilibrada, ajustada a la realidad y compasiva hacia usted misma. Recordar que sus dificultades actuales no definen su valor como persona es un paso importante para reducir la culpa y mejorar su bienestar”.

Una vez que la problemática de ansiedad y sus ataques de pánico remitieron, se procedió a abordar el Trastorno de Acumulación. En primer lugar así como se hizo respecto de la ansiedad, se realizó psicoeducación respecto del desorden mental con la paciente y se le facilitó material educativo acerca del mismo para que se lo entregara a sus familiares cercanos con la intención de que estos pudieran entenderlo como una problemática relacionada con la salud mental y no a un capricho de la paciente. En conjunción con esto, también se les ofreció a los familiares (previo consenso con María), la posibilidad de realizar una reunión virtual para hablar de la complejidad y desafíos que plantea el tratamiento del mismo y que intervenciones por parte de ellos podrían resultar favorables para colaborar con el tratamiento y cuales desfavorables e ir en detrimento de él.

Intervenciones psicoterapéuticas utilizadas

Con la consultante se trabajó desde un lugar respetuoso, empático y de contención asegurándole regularmente que, de ningún modo, se la iba a juzgar respecto del problema del acopio y que se iba a trabajar de manera conjunta para que fuese más viable trabajar en objetivos al principio pequeños para luego intentar incrementarlos gradualmente. Una vez que María aceptó definir objetivos para lograr mejorar la situación de su habitación se acordó comenzar por un área de la misma clasificando aquellos objetos que tenían mayor y menor significado para ella constatándose, por ejemplo, que aquellos papeles, libros o elementos relacionados con lo laboral eran objetos asociados a un menor afecto y, por ende, más fáciles de desechar que aquellos vinculados a lo personal.

En este aspecto también se trabajó con intervenciones intencionadas a generar disonancia cognitiva: Una de las más ejemplificadoras fue trabajar con la asociación que María tenía respecto de las más de diez bolsas que guardaba con cajas de medicamentos vacías. Cuando se le preguntó para qué las guardaba, contestó que “las guardaba en caso de en algún momento necesitarlas”. Cuando se le

consultó para qué podría usarlas, respondió en una primera instancia que “no sabía” y luego agregó que “tal vez para artesanías”. Entonces, se le repreguntó: ¿cuánto tiempo hacía que las guardaba? a lo que contestó: “siete años”. En consecuencia, se trató de desafiar la percepción de la utilidad que tenían las cajas, consultándole: “Y, en siete años...¿cuántas usó para hacer artesanías? La paciente se quedó pensando y terminó diciendo: “Ninguna...”. Se hizo un silencio para que María pudiese reflexionar al respecto y luego se preguntó en voz alta pero en tono casual: “Y entonces, ¿cree que tiene sentido guardar las cajas o al menos todas ellas...?”

Otra de las intervenciones que se realizaron y funcionaron muy eficazmente con esta consultante fue el plantear al inicio de la sesión objetivos viables y muy concretos . Por ejemplo, como mesa de luz, utilizaba una silla de la infancia que era una de las áreas que se había planteado como objetivo terapéutico ordenar y limpiar ya que, era un sector en el que ubicaba sus medicamentos y objetos de uso diario. Sobre la misma se habían apilado una gran cantidad de papeles. Entre ellos revistas, papeles del trabajo, recetas viejas, etc. Entonces se procedió a preguntarle: ¿cuántos cms creía que medía la pila de papeles? Se calculó que medía alrededor de 40 cms. De esta manera se acordó con la paciente que, para esa sesión, el objetivo era lograr reducir esa pila a la mitad.

Es importante señalar que no en todas las sesiones pudieron lograrse los objetivos planteados de manera totalitaria ya que, en ocasiones, María se angustió o se sintió más ansiosa que en otras. Algunas áreas u objetos de la habitación costaron más que otros o hubo que postergarlos. Siempre se realizó una escucha activa de lo ella refería en cada experiencia, una buena observación de su corporalidad y una evaluación verbal de su sintomatología ansiosa con la escala nombrada anteriormente con el fin de estimar si la intensidad de la exposición era adecuada, podía intensificarse o debía reducirse. Además de esto, se le ofreció realizar ejercicios de Mindfulness antes y/o luego de cada una de estas exposiciones.

Luego de alrededor de un mes y medio de trabajar con esta dinámica de manera conjunta, se incitó a la consultante a que intentara realizar alguna de estas tareas de manera independiente fuera de sesión con un planteamiento de objetivo previo (por ej, separar los recibos del banco viejos de los

nuevos o vaciar 5 cms de alguna pila de papeles). El cumplimiento o no de la tarea fue luego discutido en las posteriores sesiones con ella. Al cabo de dos meses de ver un mayor progreso en cuanto a los objetivos planteados cuando la paciente estaba acompañada y lo hacía en sesión, se le ofreció realizar sesiones bi-semanales con el objetivo de generar un hábito nuevo de conducta y que el avance ocurriera más rápidamente para que los cambios sean más notables.

Asimismo, a medida que las sesiones pasaron, se fueron desarrollando nuevas estrategias que resultaban funcionales con esta paciente para mantener los sectores en los que ya se había trabajado limpios y ordenados. Por ejemplo, mediante el pegado de carteles que tuvieran palabras o frases cortas como: “no” o “acá no” a fin de que María no se sintiera tentada de volver a ubicar objetos en esos espacios. De la misma manera, se utilizaron bolsas oscuras en vez de translúcidas o transparentes en las que María introducía los objetos de los cuales decidía deshacerse y el perder contacto visual con ellos, se comprobó mediante la práctica, reducía su nivel de angustia y su grado de ansiedad. También se incorporó la ayuda de soporte externo, en este caso, la hermana menor con la que comparte la casa, para que durante las sesiones prestara atención a si María situaba una de estas bolsas fuera de la puerta de su habitación para poder agarrarla y deshacerse de ella en cuanto pasara el camión de recolección de residuos. Esta última fue una estrategia de gran utilidad que sirvió para evitar que, como en previas ocasiones y como es muy común en este tipo de trastorno, la paciente intentara recuperar aquello de lo que se había desecho. Esta fue una de las intervenciones que fueron consensuadas previamente tanto con la paciente como con su familia en pos de colaborar con los objetivos terapéuticos.

En la actualidad y mediante la observación objetiva del profesional tratante y las devoluciones tanto de la familia como de la propia paciente se han notado grandes avances en cuanto a una reducción significativa en la sintomatología ansiosa a nivel cognitivo, fisiológico y conductual, un decrecimiento en el hábito de acumulación y un aumento del orden de los espacios, una mejoría en el funcionamiento social, laboral y familiar y un aumento en la sensación de alivio y bienestar general.

Seguimiento terapéutico

A lo largo del proceso psicoterapéutico que, hasta el momento lleva una duración de 13 meses, y que comenzó con sesiones individuales semanales con una duración de 45 mins cada una, además del pedido de feedback continuo por parte del profesional, surgieron comentarios espontáneos de la consultante acerca de las observaciones que ella misma y sus familiares percibían acerca del proceso terapéutico tanto en cuanto a aspectos sintomatológicos físicamente observables como a aquellos conductuales relacionados con las interacciones sociales fuera y dentro del ámbito del hogar. Además de esto, se continuó utilizando a lo largo del mismo una evaluación oral de su sintomatología ansiosa en una escala del 0 al 10 (siendo 0= nada de ansiedad y 10= la ansiedad más alta posible) así como otras similares confeccionadas para esta paciente en particular para el pedido de feedback en cuanto a su sensación de mejoría respecto de distintos aspectos como el social (fuera del hogar), el vincular-familiar, el laboral, aspectos relativos a su problemática de acopio, etc. con la misma modalidad de una escala Likert del 0 al 10 siendo siempre 0 = nada de progreso y 10 = el mayor progreso posible.

A lo largo del tratamiento, se constataron mediante la observación, el relato de María, las eventuales entrevistas telefónicas o por videoconferencia con sus hermanas y estas escalas personalizadas una mejoría significativa respecto de los síntomas de ansiedad habiendo marcado su sintomatología ansiosa al principio del tratamiento en números entre 10 a 8, a mediados del mismo en 7 a 5 y en la actualidad en 4 a 0 y, en relación a su problemática de acopio, se obtuvieron números similares aunque la mejoría parece ser más lenta habiendo comenzado en una escala de 10- 9, logrando alcanzar un 8-7 hasta el momento. Durante el transcurso del tratamiento terapéutico, el esquema de tratamiento psicofarmacológico experimentó diversas modificaciones, resultando en una reducción significativa tanto en el número de psicofármacos administrados como en las dosis de los mismos (ver en Anexo 3).

Resultados

A través de lo mencionado anteriormente identificó una reducción significativa en la sintomatología ansiosa a nivel cognitivo, fisiológico y conductual, un decrecimiento en el hábito de acumulación y un aumento del orden de los espacios, una mejoría en el funcionamiento social, laboral y familiar y un aumento en la sensación de alivio y bienestar general.

Discusión

Los avances obtenidos durante el proceso psicoterapéutico son congruentes con la información obtenida de distintos artículos científicos acerca de la importancia que una buena y fuerte alianza terapéutica tiene en este tipo de procesos. Asimismo, se constata la eficacia de las técnicas utilizadas para el tratamiento del trastorno por pánico y el trastorno de acumulación evidenciada por el menor grado e intensidad de presentación de los síntomas ansiosos, el incremento en la acción de deshacerse de ítems innecesarios y un aumento en la sensación de alivio y bienestar general. Es primordial subrayar que la duración de los procesos terapéuticos y la consecuente magnitud de mejora acerca de las problemáticas referidas a la salud mental son subjetivas a cada persona singular y que este estudio refleja los resultados obtenidos con intervenciones psicoterapéuticas basadas en la evidencia en esta paciente en particular. Por este motivo este estudio apoya las investigaciones actuales respecto de los enfoques de personalización de tratamientos, tanto en base a características basales de los pacientes como en base a predicciones de resultados, lo cual es de gran utilidad para hacer tratamientos transdiagnósticos focalizados más en los individuos que en los marcos teóricos en los que se sustenta cada orientación psicoterapéutica.

Continuidad del tratamiento

Se sugiere continuar trabajando bi-semanalmente con la problemática de acopio hasta lograr mayor progreso. Por otro lado, al tratarse de un caso clínico atendido de manera virtual, se recomienda mantener el contacto con el familiar adulto conviviente o, eventualmente, realizar una visita domiciliaria para valorar y monitorear de manera adecuada el avance realizado hasta el momento. Por otro lado, aunque algunos síntomas fueron consistentes con el TEPT y, se observó una exacerbación de estos a partir del accidente, en este caso clínico específico, no se cumplían todos los criterios diagnósticos para establecer tal diagnóstico. Por lo tanto, tampoco se consideró necesario emplear técnicas específicas para este hasta ahora. En cambio, al centrarse en el tratamiento de la sintomatología ansiosa y obtener mejoras, podríamos reconsiderar la conceptualización del caso y

evaluar el Trastorno de Pánico como diagnóstico primario. Se recomienda continuar con esta línea de trabajo en el futuro ya que, la misma ha conducido a resultados positivos.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Barceló-Soler, A., Monreal- Bartolomé, A., Navarro-Gil, A., Beltrán Ruiz, M., y García- Campayo, J. (2018). *Mindfulness aplicado a la atención primaria. Formación médica continuada en atención primaria*, 25(10), 564-573. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2018.03.004>
- Beck, A. T., Emery, G., y Greenberg, R. L. (2012). *Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T. & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- Beck, A., Shawn, John Rush, A., B. Shaw, B. F. & Emery, G. (2010). Visión general. El problema de la depresión. En Beck, A., Shawn, John Rush, A., B. Shaw B. F. & Emery, G., *Terapia cognitiva de la depresión* (19ª ed., pp. 13-40). Desclée de Brouwer.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Cohen, Z. D., y DeRubeis, R. J. (2018). Treatment Selection in Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 209-236. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084746>
- Corbella, S. (2019). El Estilo Personal del Terapeuta y la Alianza Terapéutica. En H. Fernández-Álvarez y F. García (Eds.), *El Estilo Personal del Terapeuta* (pp. 57-90). Polemos.

Fernández-Álvarez, H. (2008). Psicoterapia de grupo: un modelo integral. En H. Fernández-Álvarez (Comp.), Integración y salud mental. *El proyecto Aiglé 1977-2008 (pp.593-631)*. Desclée de Brouwer.

Fullana, M. A., Fernández de la Cruz, L., Bulbena A. y Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica, 138* (5), 215-219.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017>

Gonzalez Tuta, D. F., Barreto Porez, A. P., y Salamanca Camargo, Y. (2017). Terapia cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología [investigación documental]. *Revista Iberoamericana de Psicología, 10* (2), 201-207. https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.10211/pdf_1

Keefe, J. R., Wiltsey Stirman, S., Cohen, Z. D., DeRubeis, R. J., Smith, B. N., y Resick, P. A. (2018). In rape trauma PTSD, patient characteristics indicate which trauma-focused treatment they are most likely to complete. *Depression and Anxiety, 35*(4), 330–338.
<https://doi.org/10.1002/da.22731>

López Ortiz, A. (2022). Intervención cognitivo-conductual en pacientes asistentes a psicoterapia. *Revista De Psicología De La Universidad Autónoma Del Estado De México, 11*(23), 208-230.
<https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v11i23.18056>

Lutz, W., Schwartz, B., Martín Gómez Penedo, J., Boyle, K., y Deisenhofer, A.-K. (2021). Correction to: Working Towards the Development and Implementation of Precision Mental Healthcare: An Example. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 48*(5), 936. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01149-z>

Mahon, D., Brown, J., & Simon, A. (2021). The relationship between measures of alliance and outcome in psychotherapy lasting more than five sessions.

<http://www.societyforpsychotherapy.org/the-relationship-between-measures-of-alliance-and-outcome-in-psychotherapy-lasting-more-than-five-sessions>

Manubens, R. T., Buongiorno, E., y Gómez Penedo, J. M. (2024). Personalización en psicoterapia: estado actual y desafíos para su implementación en Latinoamérica. *Revista de Psicoterapia*, 35(127), 17-24. <https://doi.org/10.5944/rdp.v35i127.39808>

World Health Organization International. (2018). *Classification of Diseases (ICD11)*. World Health Organization.

Anexos 1, 2 y 3:

Anexo 1: Escala Ad-Hoc- utilizada para el tratamiento del Trastorno por Ataques de Pánico

Para cada uno de los enunciados elija el número que mejor refleja su experiencia (1 - 10, siendo 0= nada de ansiedad y 10= la ansiedad más alta posible):

1. ¿De 0 - 10 cuánta ansiedad sintió esta semana?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. ¿Cuántos ataques de pánico sufrió durante esta semana?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Cuando sentí opresión en el pecho, sentí que me faltaba el aire o no podía respirar bien

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Cuando sentí dolor en el pecho, sentí que iba a darme un ataque cardíaco

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Cuando noté que mi corazón latía más rápido, sentí que perdía el control

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Cuando me sudaron o temblaron las manos, comencé a sentirme muy ansiosa

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Cuando tuve pensamientos catastróficos, pensé que “nunca iba a superar esto”

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Cuando tuve pensamientos catastróficos o síntomas físicos (palpitaciones, sudoración de manos, etc.), intenté realizar el conteo de manera descendente, la meditación guiada, utilizar el fidget o alguna de las técnicas aprendidas

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Cuando siento alguno de los síntomas mencionados en el punto anterior, reconozco que son síntomas de ansiedad

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Siento que voy a poder superar esto

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Anexo 2: Escala Ad-Hoc- utilizada para el tratamiento del Trastorno por Acumulación

-Esta escala es administrada de manera oral antes y después de cada sesión en la que se abordan tareas relacionadas al orden y/o el desecho de objetos.

Para cada uno de los enunciados elija el número que mejor refleja su experiencia (1 - 10, siendo 0= nada de ansiedad y 10= la ansiedad más alta posible) o conteste:

1. ¿De 0 - 10 cuánta ansiedad siente en este momento en que estamos hablando o nos estamos preparando para ordenar/ desechar algún(nos) objetos de la habitación ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. ¿Qué pensamientos le vienen a la mente? ¿Qué sensaciones tiene?

3. ¿Con qué herramientas/ estrategias cuenta para desafiar esos pensamientos o gestionar mejorar esas sensaciones? (respiraciones, meditación guiada, etc.)

4. ¿Cuál de todas esas herramientas prefiere usar hoy?

5. ¿Cómo se siente ahora?

Anexo 3: Registro de Psicofármacos a lo largo del tratamiento

Al momento de la consulta María estaba realizando un tratamiento con un ISRS (Escitalopram, 20 mg con el desayuno). En 8 semanas de tratamiento tuvo una pobre respuesta a este. El médico psiquiatra cambió el psicofármaco a Fluoxetina 20 mgs y, paulatinamente, se aumentó la dosis a 40 mgs. Con esta dosis se logró una reducción sintomatológica significativa respecto de la ansiedad; en la frecuencia e intensidad de sus ataques de pánico y en las conductas de tipo obsesivas como morderse las uñas o frotarse las manos persistentemente ante ciertos estímulos y esto contribuyó con el abordaje de la problemática de acopio.

Una vez que se lograron ciertos cambios a nivel cognitivo y conductual, se practicaron sistemáticamente ciertas habilidades para gestionar las emociones y se afianzaron ciertos hábitos en relación a la organización y el desecho de objetos.

MES	PSICOFÁRMACOS	DOSIS DIARIAS	CUÁNDO
Mayo 2023	Escitalopram	20 mg	c/desayuno
Julio 2023	Fluoxetina	20 mg	c/desayuno
Septiembre 2023	Fluoxetina	40 mgs	desayuno/ almuerzo
Febrero - Julio 2024	Fluoxetina	20 mgs	desayuno