



UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Ciencias Sociales

Trabajo Final de Integración

**Abordaje terapéutico sistémico en un caso de
ataque de pánico**

Alumna: Dina Fichendler

Tutora: Wittner, Valeria

Índice

1 INTRODUCCIÓN.....	3
2 OBJETIVOS	5
2.1 Objetivo general	5
2.2 Objetivos específicos.....	5
3 MARCO TEÓRICO	6
3.1 Trastornos de ansiedad y ataques de pánico	6
3.1.1 Ansiedad y sus trastornos	6
3.1.2 Ataques de pánico.....	9
3.1.3 Epidemiología	13
3.1.4 Comorbilidad	15
3.2 Abordaje del ataque de pánico	16
3.2.1 Estado de la cuestión en tratamientos del ataque de pánico	16
3.2.2 Enfoque sistémico.....	17
3.2.3 Lineamientos generales	18
3.2.4 Entrevista de admisión y construcción del motivo de consulta	19
3.2.5 Técnicas cognitivo-conductuales.....	20
3.2.6 Abordaje terapéutico con Terapia breve-estratégica	22
3.2.7 Expectativas de cambio	22
3.2.8 Grilla de intervenciones.....	24
4 MÉTODO.....	26
4.1 Tipo de estudio	26
4.2 Participantes.....	26
4.3 Instrumentos.....	26
4.4 PROCEDIMIENTO	27
5 DESARROLLO	28
5.1 Entrevista de admisión y construcción del motivo de consulta	29
5.2 Grilla de intervenciones	33
5.3 Cambios producidos durante el tratamiento	39
6 CONCLUSIONES.....	40
6.1 Objetivos	40

	3
6.2 Limitaciones	41
6.3 Aporte critico.....	42
7 Referencias Bibliográficas	43
8 ANEXOS	

1 INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se basa en la práctica de habilitación profesional de la Facultad de Psicología de la Universidad de Palermo realizada durante el segundo cuatrimestre del año 2014 en una Institución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires dedicada a la investigación, capacitación y atención de pacientes en el marco de la terapia sistémica.

Dicha fundación fue creada en el año 1992, fecha desde la cual realiza investigaciones, cursos y eventos de capacitación profesional en cuestiones enmarcadas en las teorías de la Comunicación y de los sistemas, así como también en la aplicación de las mismas dentro del modelo Sistémico Cognitivo Conductual.

Las actividades de la fundación apuntan a la resolución de problemas y vínculos entre individuos, parejas, familias y organizaciones. Su misión es formar profesionales idóneos en el campo de las prácticas de la orientación psicológica para el desarrollo de las conductas positivas en la población.

Además de las diversas actividades de formación teórica, la práctica clínica supervisada por profesionales ocupa un lugar importante en la fundación.

En el marco de la práctica de habilitación profesional se participó como observador de Entrevistas de Admisión y derivación realizadas en cámara gesell y también como observador no participante del Espacio de Supervisión a Terapeutas. En el mismo participan profesionales que están realizando el curso de posgrado en la Institución y también terapeutas que desempeñan allí sus actividades profesionales.

Como parte de la Práctica Clínica se concurrió a un Centro de Salud sito en la localidad de San Miguel donde se pudo participar como con-terapeuta en la atención de pacientes. Otra de las actividades consistió en la simulación de entrevistas de admisión con diferentes problemáticas que se acuerdan y seleccionan de acuerdo a las inquietudes de los participantes.

Los ataques de pánico son un fenómeno que actualmente se ha extendido en la población general, aumentando la cantidad de personas que se acercan a consultar por este trastorno, que resulta, en muchos casos, invalidante para la vida cotidiana. La terapia

sistémica resulta adecuada para el abordaje de este problema, brindando un marco de contención que habilita la combinación de técnicas y modos de intervención originarios de otros modelos, como la terapia cognitivo-conductual. De esta manera se logran resultados que producen cambios de un nivel más profundo, es decir modificaciones de la estructura y de las funciones sistémicas, a partir de la planificación consensuada de objetivos que surge de la construcción del motivo de consulta (Bima, 2010).

A partir de la observación de entrevistas de admisión y reuniones de supervisión surgió el interés por analizar las particularidades del abordaje sistémico de este trastorno. En particular se destaca la importancia del proceso de construcción del motivo de consulta para la definición de los objetivos de cada tratamiento. Además se considera importante en el tratamiento del ataque de pánico la utilización de una herramienta específica creada en la institución: *la grilla de intervenciones*. Finalmente, se consideró fundamental la valoración de los resultados obtenidos a través de un tratamiento sistémico en términos de cambios de distinto nivel.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Describir el proceso terapéutico, desde el modelo sistémico, de una mujer de 31 años que consulta por ataques de pánico que padece desde los 23 años.

2.2 Objetivos específicos

Describir el desarrollo de la entrevista de admisión y el proceso de construcción del motivo de consulta, a partir de la sintomatología específica que expresa la paciente en ese primer encuentro.

Describir el uso de la *grilla de intervenciones* diseñada en la institución para el tratamiento de ataques de pánico, y las intervenciones indirectas de desfocalización aplicadas al caso.

Describir los cambios producidos en la paciente respecto a los ataques de pánico a lo largo del tratamiento.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 *Trastornos de ansiedad y ataques de pánico*

3.1.1 **Ansiedad y sus trastornos**

Los ataques de pánico, según el DSM-V están incluidos dentro del espectro de los Trastornos de Ansiedad, por lo cual resulta necesario definir el término *ansiedad*. El concepto de ansiedad tiene su origen en el término latino *anxietas*, y refiere a la condición de la persona cuando experimenta preocupación, intranquilidad, nerviosismo o inquietud. (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986).

A pesar de las connotaciones negativas que tienen los términos utilizados en la definición, cabe destacar que la ansiedad no siempre es una patología, sino que es una emoción común, como el miedo o la felicidad. Incluso puede afirmarse que la ansiedad es necesaria, ya que permite sobrevivir ante ciertos riesgos, dado que pone a la persona en alerta. Es el sistema dopaminérgico el encargado de dar las alertas al organismo, liberando señales al sistema nervioso central (Bulacio, 2010).

Siguiendo una perspectiva evolucionista, la ansiedad es una respuesta sana y normal en tanto le permite al individuo adaptarse al medio ambiente que lo rodea, ya que activa mecanismos necesarios para resolver problemas de la vida cotidiana, sin que el sujeto llegue al extremo de angustiarse en exceso o desesperarse frente a las situaciones que se le presentan. El problema aparece cuando, sin estar frente a una situación de peligro real, el sujeto no puede decodificar adecuadamente los estímulos que recibe, tanto internos como externos (Gomez & Marzucco, 2009).

Tal como lo expresa Nardone (2003), la ansiedad se vuelve un problema o una patología cuando la persona manifiesta dificultades para conducirse adecuadamente en la vida cotidiana. La ansiedad se vuelve entonces patológica, y se expresa en distintos niveles desde una incomodidad persistente hasta un sufrimiento obsesivo que perturba inevitablemente el funcionamiento cotidiano (Cia, 2007).

De acuerdo con este último autor, los distintos trastornos de ansiedad representan un

importante problema de salud mental no sólo por su morbilidad elevada, sino también porque se caracterizan por una tendencia a la cronicidad, en la medida en que no son debidamente diagnosticados y tratados. Sin un tratamiento apropiado este tipo de trastornos no sólo afectan la calidad de vida a través de su influencia negativa sobre las relaciones personales, familiares, laborales y sociales, sino que pueden llegar a afectar también la funcionalidad de varios sistemas fisiológicos, tales como el cardiovascular, el respiratorio y el digestivo (Cia, 2007).

Bulacio (2010), se refiere a las diferentes manifestaciones de la ansiedad, que pueden ser fisiológicas: ansiedad, sudoración, taquicardia, falta de aire, agotamiento; cognitivas: sensación de extrañeza, sensación de peligro o amenaza, temor a perder el control; conductuales: impulsividad, hipervigilancia; y sociales: problemas para afrontar una conversación, ensimismamiento, irritabilidad.

Algunas de estas respuestas coinciden con las que pueden observarse en el caso del miedo, por lo cual es importante diferenciar el fenómeno de la ansiedad de este último. En el caso del miedo la reacción de alarma se asocia a una amenaza presente y definida. Dicha alarma se caracteriza por una elevada activación fisiológica y un marcado afecto negativo. La ansiedad, por su parte, es una combinación de emociones difusa y se orienta hacia el futuro sin que exista una relación directa con un peligro real presente (Sandín & Chorot, 1995; Barlow, 2002).

Sin embargo, la relación entre el miedo y la ansiedad puede ser caracterizada de manera diferente. En el planteo anterior, miedo y ansiedad son términos equiparables en tanto refieren a respuestas de alarma, en el primer caso asociada a una amenaza concreta y presente, y en el segundo orientada hacia el futuro y sin que se presente en el momento un peligro real (Clark & Beck, 2012) presentan una aproximación diferente a la relación entre el miedo y la ansiedad. Para los autores el miedo corresponde a un proceso cognitivo que implica la valoración de que una situación determinada representa un peligro para la persona. La ansiedad, por su parte, sería la respuesta emocional producida por el miedo. Esta diferenciación resulta de fundamental importancia para la terapia cognitiva. Barlow (2002) presenta el miedo como una emoción básica y presente en individuos de todas las edades, género, culturas y razas. Se trata para el autor de un fenómeno concreto y puntual, que se diferencia claramente de la ansiedad, en tanto esta última se caracteriza por ser una respuesta difusa y variable, con una carga subjetiva

importante. Clark & Beck (2012) coinciden en este sentido, pero se separan en cuanto consideran que el miedo, en tanto emoción, es de naturaleza cognitiva, dejando los aspectos fisiológicos y conductuales para el estudio de la ansiedad. Los autores marcan la diferencia con Barlow, sugiriendo que éste se centra en los aspectos neurobiológicos y conductuales automáticos cuando aborda el fenómeno del miedo. En términos precisos, diferencian entre el miedo, como respuesta fisiológica automática que implica una valoración cognitiva en términos de amenaza o peligro, y la ansiedad, como respuesta difusa y compleja, que incluye aspectos fisiológicos, conductuales, cognitivos y afectivos. Para el abordaje de la ansiedad patológica esta diferenciación implica la posibilidad de encarar, por una parte la valoración de una situación en términos de amenaza, y por otra las manifestaciones que hacen a la ansiedad en sí misma (Clark & Beck, 2012).

En cualquier caso, y retomando la diferenciación entre ansiedad adaptativa y ansiedad patológica, esta última queda definida en términos de un exceso, ya sea en cuanto a la frecuencia, intensidad o duración, en relación con la situación objetiva. Esto marca la importancia que tiene el factor subjetivo en el pasaje de una ansiedad adaptativa, normal, a una patológica; este factor subjetivo puede explicarse por diferencias individuales o por la influencia de factores sociales y/o culturales (Tobal & Cano Vindel, 2002). Esto lleva a que algunos autores, como Cia (2007) planteen que la diferencia fundamental entre una ansiedad normal o adaptativa y la ansiedad patológica descansa en valoraciones irreales de amenaza, que llevan en sus casos extremos a que una persona perciba un futuro cargado de peligros desconocidos y restrinja su libertad y desarrollo personales a niveles que producen sufrimiento.

Aunque durante buena parte del siglo XX las distintas manifestaciones de la ansiedad fueron englobadas en el término *neurosis de ansiedad*, la mayoría de las teorías actuales y los resultados de la investigación sobre las manifestaciones de la ansiedad reconocen que existen diferentes subtipos de ansiedad que se agrupan bajo el denominador "trastornos de ansiedad". Incluso aunque estos trastornos compartan algunas características comunes, entre ellas la que permite caracterizarlos en conjunto como trastornos de ansiedad, es decir la activación de una respuesta como resultado del miedo, orientada a detectar y evitar la amenaza (Clark & Beck, 2012), las diferencias existentes entre ellos son fundamentales, no sólo en términos de diagnóstico, sino también por las implicaciones que tienen para el tratamiento.

Según el DSM-V (APA, 2013) existen varios tipos de trastornos de ansiedad, distinguibles por los estímulos que generan la respuesta de ansiedad. Así puede reconocerse un trastorno por separación, donde lo que genera la ansiedad es el temor a ser abandonado u obligado a separarse de figuras significativas para el sujeto; un conjunto de fobias específicas que reconocen gran variedad de objetos disparadores (insectos y otros animales, elementos médicos, lugares, etc.); la fobia social, que implica sentimientos de angustia ante la necesidad de hablar en público o vincularse cara a cara con personas desconocidas e incluye el mutismo selectivo; ansiedad generalizada, cuando no se reconoce ninguna causa específica; y el trastorno de pánico con o sin agorafobia, que consiste en la irrupción de una sensación de miedo irracional que provoca un conjunto de síntomas acompañados de una angustia que puede llegar al límite de la sensación de muerte. También pueden encontrarse manifestaciones de la ansiedad que reconocen causas diversas como sustancias químicas (cocaína, LSD), enfermedad médica.

De acuerdo con la última definición del ataque de pánico, se justifica su inclusión dentro de los trastornos de ansiedad en la medida en que se caracteriza por una respuesta ansiosa exagerada, que supera el límite de lo que una persona puede manejar para afrontar sus actividades. A continuación, se presenta con mayor detalle las características del trastorno.

3.1.2 Ataques de pánico

Como ha quedado dicho, una de las formas en que se manifiesta la ansiedad patológica es el ataque de pánico, que de acuerdo al DSM5, es la aparición, de forma brusca e inesperada, de un miedo intenso, que puede estar acompañado de diferentes síntomas físicos y cognitivos, como por ejemplo opresión en el pecho, mareos, sensación de vacío, taquicardia, miedo a volverse loco. Estos síntomas, que aparecen bruscamente, alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos del evento panicoso (APA, 2013).

A continuación se presenta una tabla con los criterios del DSM5 (APA, 2013) para el diagnóstico de ataque de pánico.

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el trastorno por ataque de pánico, DSM-5 (2013).

	<p>A. Ataques de pánico recurrentes e inesperados. Un ataque de pánico es una sensación abrupta de miedo o displacer intensos que llega a su pico en unos minutos y en donde se experimentan cuatro (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitaciones, taquicardia, o ritmo cardiaco acelerado. 2. Sudoración. 3. Temblores o agitación. 4. Sensación de falta de aire. 5. Sensación de ahogo. 6. Dolores o malestar en el pecho. 7. Nausea o malestar abdominal. 8. Sensación de marea, falta de equilibrio o desmayo. 9. Sensaciones de escalofríos o calor. 10. Parestesias. 11. Desrealización o despersonalización. 12. Temor a perder el control o “volverse loco”. 13. Temor a morir.
	<p>B. Al menos uno de estos ataques es seguido por 1 mes (o más) de uno o ambos de lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o preocupación continúa acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (Ej.: perder el control, tener ataque cardiaco, “volverse loco”).

	2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento, relacionado con los ataques (Ej. comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).
C	Las alteraciones no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares
D	Las alteraciones no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

Existen diferencias en cuanto a la forma de abordar la relación entre los ataques de pánico y la agorafobia. Tomando el DSM5 (APA, 2013) y el CIE-10 (OMS, 2000) como referencias principales en cuanto a la clasificación y definición de los trastornos puede observarse que el primero toma al ataque de pánico como trastorno principal, y distingue entre aquellos que incluyen la agorafobia y los que no presentan esta complicación. También se reconoce la existencia de agorafobia sin presencia de ataques de pánico. Los criterios de la clasificación europea implican ubicar al trastorno fóbico como el principal, y a los ataques de pánico como indicadores de la gravedad del trastorno principal en los casos en que se presentan conjuntamente. Según Bados López (2004) al tener la agorafobia preminencia diagnóstica sobre el trastorno de pánico en el CIE-10 se evitan dos problemas, la sobrevaloración de los ataques de pánico y la subvaloración de la agorafobia. A pesar de este señalamiento, en el presente trabajo se adopta la perspectiva del DSM5 para mantener la correspondencia con el abordaje propio del caso analizado, centrando el análisis en el ataque de pánico.

Según Cia (2007) los síntomas de las crisis pánicas pueden clasificarse en fisiológicos o somáticos y cognitivos. Los más frecuentes son los fisiológicos, y entre ellos se destacan las palpitaciones, sudoración, temblores y sensación de ahogo. Entre los cognitivos pueden reconocerse la desrealización, el miedo a volverse loco o perder el control y el temor a la propia muerte. El mayor peso relativo de la presencia de síntomas fisiológicos está relacionado con la sensación que tienen las personas que padecen este trastorno de que su problema es de origen físico. Por eso es común que las personas que

sufren un episodio de este tipo concurren a un cardiólogo, o un médico clínico, lo que puede ser el inicio de una infructuosa búsqueda de las causas somáticas del problema hasta que se arriba a un diagnóstico correcto.

En sus primeras manifestaciones, las crisis de pánico suelen presentarse espontáneamente, aunque en muchos casos se producen a posteriori de actividades que implican una importante activación motora (Kaplan & Sadock, 2008). De acuerdo con este criterio, puede distinguirse entre ataques esperados o señalados y ataques inesperados. En el primer caso el ataque es percibido por la persona como asociado a un estímulo interno o externo, mientras que en los segundos no se pueden identificar señales claras que anuncien el ataque. Los ataques esperados son mucho más frecuentes que los inesperados. Entre estos últimos los terrores nocturnos son el ejemplo más común (Craske, Brown & Barlow, 1991).

Por otra parte, una característica bastante común entre quienes sufren de ataques de pánico es la ansiedad anticipatoria, es decir aquella que se presenta entre ataques y que se relaciona con el temor a sufrir un nuevo episodio. El resultado es lo que podría denominarse *miedo al miedo* (Goldstein & Chambless, 1978; citado en Bulacio, 2010). Esta situación deriva típicamente en restricciones en las salidas y en el desarrollo de actividades, llegando en algunos casos a que la persona se sienta totalmente incapaz de salir si no es acompañada por alguien.

Las conductas defensivas y evitativas pueden producir un cierto alivio en cuanto a la ansiedad anticipatoria, pero en la mayoría de los casos contribuyen a la persistencia del trastorno ya que impiden la desconfirmación de las interpretaciones de amenaza, en la medida en que la persona realmente cree que ha evitado los episodios gracias a tales conductas (Bados López, 2004). Nardone (2003) coincide en este aspecto, al señalar que la tendencia a la evitación de situaciones identificadas como potenciales disparadores de ansiedad es un intento de solución fallido que en muchos casos agrava el problema y en general tiende a su perpetuación.

Las crisis pueden darse de manera completa, en cuyo caso se denominan *crisis típicas*, o ser incompletas, llamadas *de síntomas limitados*. Las primeras reúnen al menos 4 síntomas, en tanto que las segundas sólo presentan de 1 a 3 síntomas (Cia, 2007).

La existencia de crisis o ataques de pánico es un elemento importante de este

trastorno. La misma podría explicar que los pacientes que padecen ataques de pánico busquen ayuda profesional con mucha mayor frecuencia que pacientes que sufren de otro tipo de trastorno de ansiedad (Botella Arbona, 2001).

El problema en muchos de estos casos sigue siendo que el primer contacto de la persona con profesionales de la salud se da en el marco de la atención médica primaria, en donde todavía existen enfoques remanentes de concepciones vigentes durante buena parte del siglo XX que identifican los síntomas del paciente con problemas fisiológicos. Skerit (1983) destaca que muchos médicos clínicos diagnostican a pacientes que concurren por problemas que entrarían en la caracterización del ataque de pánico con etiquetas tales como hipertensión lábil, estado beta adrenérgico hiperdinámico, prolapso de la válvula mitral, dolor de pecho atípico, síndrome de hiperventilación o colón espasmódico, sin detectar que las manifestaciones sintomáticas de esas personas encuadran dentro de lo que es el ataque de pánico.

Esta cuestión resulta de mayor importancia en materia de prevención y control de las consecuencias individuales y sociales asociadas con el trastorno de pánico, si se considera que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en base a un estudio clínico aleatorizado sobre atención primaria, ha detectado que el diagnóstico de trastorno de pánico se omite en la mitad de los casos que se presentan en atención primaria, debido en parte a la manifestación de la sintomatología somática (Simon y Vonkorff, 1991).

3.1.3 Epidemiología

Los ataques de pánico representan un trastorno que se presenta en todas las culturas, grupos étnicos y niveles socioeconómicos. En cuanto a la prevalencia en función de la edad, se presentan con mayor frecuencia a partir de los 20 años y hasta los 30, siendo mucho menos frecuente entre los 45 y 60 años, y excepcional después de los 65. El análisis de las diferencias según sexo muestran una mayor incidencia entre las mujeres en relación 2/1 en pánico sin agorafobia y 3/1 con agorafobia (Milos Estrada, 2010). Estudios realizados en diversos países europeos han confirmado relaciones similares al analizar las diferencias en la prevalencia del trastorno según género. Esto podría indicar que es probable que la mayor prevalencia de la mujer frente al varón se deba a factores de tipo biológico y psicológico más que culturales (Gater et al., 1998).

Un estudio llevado a cabo en Estados Unidos con 8.098 sujetos para evaluar, entre otras cosas la prevalencia de los trastornos de ansiedad arrojó que el 2.3% de los encuestados ha tenido ataques de pánico en su vida, mientras que el 2,8% sufre agorafobia sin ataques de pánico (Kessler, Berglund, Demler, Jin, & Walters, 2005).

Un estudio mucho más amplio, coordinado por la Organización Mundial de la Salud, incluyó más de 25,000 sujetos que concurrieron a centros de atención primaria de 14 países. Allí se estimó que los ataques de pánico representan el 1,1% de esta población (Segarra Gutierrez, Farriols Hernando & Palma Sevillano, 2011).

En su edición más reciente, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) estima la prevalencia del trastorno de pánico en la población de Estados Unidos y algunos países europeos entre el 2 y el 3% de los adolescentes y adultos. Para países del África, Asia y Latinoamérica la prevalencia estimada es bastante menor, alrededor del 1%. El DSM-V también refleja las diferencias por edad en la prevalencia de este trastorno, ya mencionada en párrafo anterior: aunque se registran casos de ataque de pánico en menores, la prevalencia antes de los 14 años es menor al 0,4%. Algo similar sucede con los adultos mayores, quienes presentan una prevalencia de 0,7% después de los 65 años de edad (APA, 2013).

Particularmente interesante resulta el estudio de la prevalencia de este tipo de trastorno en algunas poblaciones acotadas. Así, se estima que entre 33% y el 43% de los pacientes que registran dolores de pecho a pesar de mostrar resultados normales en estudios coronarios padecen ataques de pánico (Pery & Lewis, 1992, citado en Milos Estrada, 2010). Otro estudio aborda la relación entre obesidad y distintos trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, encontrando incrementos estadísticamente significativos en el diagnóstico de trastornos de pánico entre la población con obesidad (Simon et al, 2006).

La gravedad de las complicaciones que conlleva un trastorno con manifestaciones tan intrincadas como el aquí analizado se expresan en el análisis de los datos de una muestra epidemiológica que revelaron que las tasa de deterioro psicosocial de los pacientes con trastorno de pánico eran similares o mayores que las de pacientes con depresión mayor y otras enfermedades médicas crónicas (Markowitz, Weissman y Ourellette, 1989, citado en Amodeo Escribano, 2013).

3.1.4 Comorbilidad

Tanto en este como en otros trastornos, la existencia de comorbilidad es un aspecto importante de su abordaje, ya que puede tener implicaciones en diversos aspectos, generando complicaciones que contribuyen a confundir respecto del problema central, al mismo tiempo que requieren de abordajes específicos y condicionan el tipo de intervenciones que es posible llevar a cabo en un caso particular (Bados López, 2004).

Retomando la diferenciación entre ataques de pánico sin y con agorafobia, puede decirse que el segundo de ellos es el que presenta mayor comorbilidad, lo que redundaría en un mayor efecto incapacitante, fundamentalmente por el peso que tienen en estos casos las estrategias de evitación (Andrews & Slade, 2002).

La comorbilidad más importante en cuanto al ataque de pánico es la que presenta con el trastorno depresivo. Milos Estrada (2010) realiza una revisión de la bibliografía que aborda las comorbilidades con este trastorno y en el mismo estudio muestra que la presencia de depresión mayor es uno de los factores que mejor predice la aparición de ataques de pánico, aumentando en cuatro veces las probabilidades. El autor afirma que el tamaño del efecto encontrado y el de la muestra considerada permiten afirmar que la asociación entre ataque de pánico y depresión no puede explicarse por el azar u otras variables intervinientes, sino que representa una alta comorbilidad real.

Además de la comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, existen estudios que registran comorbilidad entre este trastorno y otros trastornos de ansiedad. Sanderson, DiNardo, Rapee y Barlow (1990) hallaron en una muestra de pacientes con trastorno de pánico un 69% de casos que presentaban comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad de acuerdo con los criterios del DSM III R. Con criterios del DSM IV, Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill (2001) hallaron porcentajes que van del 33% al 60% de pacientes tratados por ataques de pánico que presentaban al mismo tiempo otros trastornos de ansiedad, trastornos depresivos o ambos. En la revisión de estudios realizada por Bados López (2004) se encontró que las comorbilidades más frecuentes, además de la depresión mayor, se dan con el trastorno de ansiedad generalizada, algunas fobias específicas, fobia social, abuso de sustancias, hipocondría y otros trastornos de personalidad.

Roca (2003) sostiene que la comorbilidad con trastornos de ansiedad es más

frecuente en aquellos casos que presentan agorafobia, refiriendo que diversos estudios han permitido establecer que entre un 15 y 30% de las personas de este grupo padecen también de fobia social, entre un 8 y un 10% trastorno obsesivo compulsivo (TOC), del 10 al 20% alguna fobia específica y cerca del 25% sufren de trastorno de ansiedad generalizada.

3.2 Abordaje del ataque de pánico

3.2.1 Estado de la cuestión en tratamientos del ataque de pánico

Botella Arbona (2001) realiza una revisión de las publicaciones acerca del abordaje de este trastorno después de 10 años de investigación sobre este tema, afirmando que se ha puesto de manifiesto que el tratamiento más eficaz es la terapia cognitivo-comportamental diseñada específicamente para el trastorno de pánico.

En la actualidad, hay una importante variabilidad en el abordaje terapéutico de esta enfermedad, a pesar de que hay tratamientos cuya eficacia ha sido comprobada. Particularmente se presta a debate la elección entre estrategias psicoterapéuticas y abordajes farmacológicos. Este suele ser un tema controvertido y muchas veces cargado por posturas a priori. Existen meta análisis que muestran la eficacia de un tratamiento que combina estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas, con resultados al menos tan convincentes como los registrados en abordajes sólo terapéuticos, y superiores al obtenido con tratamiento farmacológico en la fase aguda (Navarro Mateu, Garriga-Puerto & Sánchez-Sánchez, 2010).

En el terreno de los tratamientos farmacológicos, los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) han demostrado ser efectivos en comparación con placebo para controlar los síntomas de angustia anticipatoria y demás síntomas que afectan la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes. Las benzodiacepinas, por su parte, si bien han demostrado cierta eficacia en la reducción de síntomas, están asociados a cierto número de efectos no deseados, incluyendo síndrome de abstinencia, por lo cual no son recomendados para el tratamiento prolongado, sino sólo para los casos de crisis y en dosis bajas. En cuanto al periodo de mantenimiento, los antidepresivos son el medicamento de elección para controlar el número de ataques de pánico (Consejo de Salubridad General, 2010).

Clark (1997, citado en Bima, 2010) sostiene que los sujetos que experimentan ataques de pánico recurrentes son aquellos que tienen una tendencia relativamente estable a interpretar erróneamente las sensaciones del cuerpo como indicadores de un impedimento psicológico, o catástrofe mental. Esta caracterización se encuentra en la base de los tratamientos cognitivo-conductuales del ataque de pánico. A través de estos tratamientos se ha logrado una reducción de los síntomas y mejoría clínica en pacientes con ataques de pánico tras seis meses de seguimiento (Consejo de Salubridad General, 2010).

3.2.2 Enfoque sistémico

En el tratamiento de los trastornos de ansiedad y otro tipo de patologías el enfoque sistémico se ha extendido como alternativa de abordaje, despegándose de su identificación temprana con la terapia familiar. Entendida como un marco de interpretación de las problemáticas subyacentes a los trastornos y como estrategia de aplicación de técnicas de variada procedencia, el enfoque sistémico recurre a constructos de la teoría cognitiva resignificándolos en el contexto de su perspectiva particular. Igualmente, utiliza técnicas de intervención desarrolladas en el marco de las terapias cognitivo-conductuales para lograr objetivos de cambio.

Existen al menos dos modelos reconocidos que combinan los enfoques cognitivo y sistémico: la terapia racional emotiva de Ellis, aplica a la terapia familiar lineamientos de la terapia cognitiva-conductual, y el enfoque sistémico constructivista, que en un marco que combina elementos de la teoría de los sistemas y del constructivismo incorpora técnicas de intervención tomadas igualmente de la terapia cognitiva-conductual (Bima, 2010).

Las coincidencias entre la terapia cognitiva-conductual y la sistémica son varias. Ambos modelos terapéuticos se caracterizan por ser estructurados, de breve duración, y orientados a objetivos que son definidos junto al paciente al inicio del tratamiento, manteniendo un papel activo de éste a lo largo de todo el trabajo terapéutico. Según Nardone, cada escuela de psicoterapia posee sus propios criterios para establecer la eficacia de una terapia. Para un terapeuta cognitivo el éxito de la terapia consiste en la modificación de las estructuras cognitivas, para uno conductista en la extinción de las conductas negativas y/o la aparición de otras deseadas. En el caso de un terapeuta sistémico, más precisamente uno que aplica la terapia breve-estratégica, la eficacia está

representada por la solución del problema específico que presenta el paciente y en la consecución de los objetivos fijados al comienzo del tratamiento (Bima, 2010).

De acuerdo con lo anterior, la principal diferencia entre ambos tipos de abordaje terapéutico radica en el criterio de eficacia y la capacidad que se le adjudica al tratamiento. Las técnicas utilizadas son muchas veces las mismas, aunque en virtud de los criterios anteriores éstas pueden diferir en la forma y el momento del tratamiento en que se aplican, variando en mayor medida en el caso del enfoque sistémico por la consideración de la totalidad propia del mismo (Bima, 2010).

Una visión más amplia de la integración entre ambos modelos es aquella que considera que la misma debe ir más allá de la articulación en la práctica clínica, para implicar un cambio en el nivel meta-teórico. En este sentido, los conceptos de autorregulación, equilibrio, auto organización y determinación estructural, propios de la teoría de los sistemas pueden resultar fundamentales para alcanzar este objetivo (Prada Villalobos, 2013).

3.2.3 Lineamientos generales

El Mental Research Institute (M.R.I.), es una de las instituciones de psicoterapia más emblemáticas de los Estados Unidos. Se funda bajo la iniciativa de Donald Jackson, alrededor del año 1959 en la ciudad de Palo Alto, y es en ese lugar donde se gestó el modelo sistémico, como resultado del intercambio de investigaciones realizadas con el grupo liderado por Gregory Bateson (Wainstein, 2006a).

Este modelo de psicoterapia se basa en la Teoría general de los sistemas, que establece la existencia de principios y leyes universales aplicables a sistemas diferentes, más allá de la heterogeneidad que es posible observar en la naturaleza de sus componentes.

Según esta teoría, cualquier sistema se compone de un conjunto interrelacionado de elementos que interactúan en función de un objetivo que es identificable en relación con la totalidad que ese conjunto define, y que no es equiparable a la simple sumatoria de esos elementos (Von Bertalanffy, 1976/2012).

En el marco del enfoque sistémico, la Terapia Sistémica Breve considera que ni las

personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que están íntimamente ligados a sistemas relacionales y recíprocos más amplios. Entiende a la persona como participante de un sistema lleno de relaciones y vinculaciones, que lo supera, lo contiene y le influye. Se centra en la relación del individuo consigo mismo y, además, sobre la relación entre personas, ya que la vinculación es un eje central en el ser humano (Wainstein, 2006a).

Jay Haley (2008) desarrolló el Modelo Estratégico de Resolución de Problemas, que se conoce como Modelo de Palo Alto. Este modelo implicó un cambio radical dentro de la psicoterapia, ya que postuló un modelo breve, efectivo, simple y eficaz, para ayudar a las personas a producir cambios positivos en sus vidas. Para él, un terapeuta que emplea la terapia estratégica debe identificar los problemas que tienen solución, establecer metas, diseñar intervenciones para lograr esos objetivos, examinar las respuestas y examinar el resultado de la terapia.

Para el M.R.I. cualquier cambio, por mínimo que sea, producirá una reacción en cadena que necesariamente modificará todo el sistema. Teniendo este enfoque en cuenta, la terapia debe orientarse hacia objetivos aparentemente mínimos, para evitar la resistencia al cambio (Nardone & Watzlawick, 1995).

3.2.4 Entrevista de admisión y construcción del motivo de consulta

La entrevista de admisión tiene una importancia fundamental para el éxito del tratamiento. En ella, el terapeuta debe aprovechar el contacto con el paciente, para organizar una estrategia al mismo tiempo que se establecen los objetivos. Es necesario diferenciar aquí entre la información que provee el paciente acerca de aquello que representa un problema para él y lo que será el motivo de consulta, como resultado de una construcción. El pasaje de una a otra implica ordenar la información obtenida según ciertos esquemas o mapas, que darán lugar al marco de reglas dentro de las cuales se va a trabajar durante el tratamiento (Wainstein, 2006b).

El paciente que se presenta a una entrevista de admisión relata una situación que le produce alguna forma de malestar en su vida cotidiana. Esto suele incluir la descripción de los síntomas por el paciente, acompañada de una valoración de los efectos que producen en su vida. Esta información es fundamental para el profesional, pero no debe ser tomada acriticamente, sino como el punto de partida de un diagnóstico que deberá

determinar en detalle las circunstancias que hacen a la experiencia del paciente (Fernández Álvarez, 2008).

Por otra parte, el padecimiento de quien consulta genera la búsqueda de soluciones que resultan fallidas. Esto es un elemento clave desde la perspectiva sistémica, ya que este tipo de respuestas fallidas potencian el problema inicial y forman parte del sistema que se tratará de modificar, rompiendo el círculo vicioso que se genera (Cruz Fernández, 2009). La persistencia en este tipo de respuestas fallidas se debe en la gran mayoría de los casos a sesgos interpretativos y premisas incorrectas, y allí es donde puede articularse con el modelo cognitivo-conductual.

Desde esta perspectiva, la entrevista inicial supone un modelo de evaluación estratégico-sistémica, que permite al terapeuta elaborar una hipótesis inicial acerca del problema que enfrenta e iniciar la construcción de una estrategia para solucionarlo (Midori Hanna & Brown, 1998).

Esta hipótesis inicial forma parte de lo que se denomina *motivo de consulta*. Para poder definirlo, el terapeuta debe aprovechar la primera entrevista para realizar un conjunto de preguntas que resignifiquen las quejas del paciente, relacionándolas con comportamientos específicos y definidos. Esto puede, y debe, complementarse con técnicas de evaluación de diverso origen que permitan superar el carácter difuso y subjetivo de la queja para acceder a una construcción más concreta y práctica del problema que se debe abordar. Un motivo de consulta bien definido permite fijar objetivos claros y acordados entre terapeuta y paciente, lo que es el primer paso para la elaboración de una estrategia consensuada (Wainstein, 2006a).

3.2.5 Técnicas cognitivo-conductuales

Los tratamientos vigentes del ataque de pánico desde esta perspectiva incluyen diversas técnicas que focalizan en componentes específicos. Así se pueden encontrar tratamientos centrados en la reestructuración cognitiva y el entrenamiento para reducir la tendencia a reaccionar con miedo ante determinadas sensaciones corporales; tratamientos que buscan controlar los síntomas a través de técnicas de respiración y relajación; otros que recurren a la exposición sistemática de los pacientes a las sensaciones corporales temidas y, finalmente, aquellos que persiguen la refutación de las

creencias catastróficas por medio de experiencias conductuales programadas. En los tratamientos cognitivo-conductuales se recurre a una combinación de estas técnicas con el objetivo de lograr modificaciones en distintos niveles; de esta manera un alto porcentaje de pacientes dejan de padecer ataques de pánico con el beneficio adicional que representa la generalización del cambio a otros aspectos y su sostenimiento en el tiempo (Botella Arbona & Ballesteros Arnal, 1997).

Caro (1997) presenta un plan de tratamiento en el cual se combinan varias de las técnicas enumeradas en el párrafo anterior. Los componentes principales de dicho plan son: a) Evaluación del problema; b) Psicoeducación; c) Entrenamiento en respiración; d) Técnicas para superar los pensamientos catastróficos; e) Técnicas de distracción; f) Experiencias conductuales y g) Prevención de recaídas. A continuación se desarrolla brevemente cada uno de ellos según los presenta este autor.

La evaluación del problema marca el inicio del tratamiento, y resulta de fundamental importancia para identificar las técnicas más adecuadas para el caso particular, ya que, aunque el plan de tratamiento tiene una estructura, puede manejarse con cierta flexibilidad.

El componente psicoeducativo apunta a brindar al paciente información acerca de las manifestaciones de la ansiedad y la forma en que se producen los ataques de pánico, especialmente acerca del papel que les corresponde en ellas a las cogniciones y a la hiperventilación. Relacionado directamente con esto, el entrenamiento en respiración tiene como objetivo lograr que el paciente aprenda a adoptar un ritmo de respiración exactamente opuesto al que genera la hiperventilación durante el ataque de pánico, destinando tres sesiones a este trabajo.

Los pensamientos catastróficos asociados a las sensaciones corporales de ansiedad son un punto fundamental del tratamiento. El trabajo con ellos está orientado a detectarlos y generar una discusión para cuestionar la veracidad de las interpretaciones que implican. Las técnicas de distracción tienen como objetivo enseñar al paciente a focalizar su atención en estímulos diferentes a las sensaciones corporales de angustia y a los pensamientos catastróficos asociados a ellas. Esto es lo que se suele llamar desfocalización en terapia sistémica.

Finalmente, las experiencias conductuales permiten crear situaciones en las que se

ponen a prueba las creencias irracionales que subyacen a los pensamientos catastróficos. En tales experiencias se pueden incluir ejercicios físicos relacionados con lo postural y de respiración, siempre que aporten al doble objetivo de este tipo de experiencias: poner a prueba los pensamientos del paciente en situaciones análogas a las que deberá enfrentar, y verificar la eficacia de las técnicas aprendidas durante la terapia. Las experiencias a utilizar aceptan cierto grado de flexibilidad en cuanto a su significación y contexto, y no deben confundirse con la aplicación de una forma estructurada y sistemática como es la exposición.

Un componente necesario del plan es la constatación de la supervivencia de restos de los pensamientos catastróficos y la planificación de formas de mantener el cambio logrado a través del tratamiento. Esto tiene la finalidad de prevenir futuras recaídas.

Aun cuando muchos tratamientos continúan utilizando combinaciones de técnicas e intervenciones que buscan obtener resultados en distintos niveles, en los últimos años el enfoque cognitivo ha aumentado su interés por los procesos, más precisamente por los sesgos cognitivos. Esto se debe a que la investigación experimental ha señalado la importancia de este tipo de factores cognitivos frente a otros factores como la hiperventilación. El sesgo atencional, principalmente, determina que el paciente se fije fundamentalmente en los estímulos amenazantes de una situación, obviando los estímulos neutros o positivos de la misma. Esto genera un estado de alarma que dispara la respuesta de ansiedad. El sesgo interpretativo, por otra parte, hace que quienes padecen este tipo de trastorno consideren como amenazas, o incluso como catástrofes, a estímulos o situaciones que otras personas interpretarían simplemente como neutros o incluso positivos. El trastorno de pánico, en particular, está relacionado con sesgos atencionales e interpretativos acerca de alguna sensación física provocada por activación fisiológica. Las personas con este trastorno están permanentemente monitoreando tales sensaciones y tienen una marcada tendencia a interpretarlas como señales de gravedad extrema (Cano-Vindel, Dongil-Collado, Salguero & Mae Wood, 2011).

3.2.6 Abordaje terapéutico con Terapia breve-estratégica

3.2.7 Expectativas de cambio

Las nociones de cambio y de comunicación subyacen a todo proceso terapéutico y

son abordadas con especial atención en el modelo de la Terapia breve-estratégica (TBE).

El factor de la comunicación es crucial para entender los fenómenos que tienen que ver con la relación terapéutica, mientras que la Teoría del Cambio fundamenta la aplicación de diversas técnicas en función de los objetivos definidos al inicio del tratamiento. El cambio implica una reconstrucción del sistema de percepción de la persona, un concepto claramente expresado por las corrientes constructivistas y narrativistas (Prada Villalobos, 2013).

Dentro del enfoque sistémico se diferencia entre Cambio tipo 1, que es aquel que no implica un verdadero cambio a nivel sistémico, sino que consiste en cambiar algo para que todo siga igual, y el Cambio tipo 2, que es el cambio más radical, aquel en el que lo que cambian son las estructuras, las reglas de juego del sistema (Watzlawick, Weaklans & Fisch, 1974/1982).

Los objetivos terapéuticos, en este tipo de terapia, se determinan por consenso a partir de lo que los propios pacientes expresan querer alcanzar durante el proceso, esto es en función de los cambios reales esperados por el paciente. De esta manera se establece un contrato entre paciente y terapeuta que define el alcance del cambio que se buscará lograr con el tratamiento (Haley, 2008).

Cambio y comunicación se entrelazan íntimamente en el desarrollo de la relación entre terapeuta y paciente, y esta articulación resulta crucial para el éxito del tratamiento. Comprender la idiosincrasia y personalidad del paciente es esencial para lograr una comunicación efectiva con él, y a través de ella es posible generar un espacio de cambio, permitiendo que el paciente alcance el cumplimiento de los objetivos manteniendo una posición activa (Nardone & Watzlawick, 1995).

Una vez establecidos los objetivos de cambio, la terapia breve-estratégica se desarrolla normalmente en un máximo de 20 sesiones, y se orienta a la supresión de los síntomas reestructurando la manera en que el sujeto percibe la realidad (Nardone & Watzlawick, 1995).

Según Nardone y Salvini (2011) lo que logra la terapia breve estratégico-constructivista es poner rápidamente en crisis los esquemas cognitivos y emotivos que mantienen y sostienen el síntoma disfuncional a través de las resistencias al cambio.

En el caso del trastorno de pánico, a través de un tratamiento breve-estratégico se busca poner al miedo contra sí mismo; recurriendo, por ejemplo, a intervenciones indirectas de desfocalización. Con esto se logra romper con la rigidez y la auto-referencialidad del sistema introduciendo un cambio de tipo 2 que modifica el sistema (Nardone, 1997).

Lo anterior responde a la teoría general de los sistemas, que sostiene que la información que circula en el sistema puede generar conductas que bloqueen las posibilidades de desviación manteniendo un equilibrio, que puede tener efectos negativos para la persona (Von Bertalanffy, 1976/2012). Desde la perspectiva sistémica aplicada a la terapia breve estratégica esto es lo que sucede con las soluciones fallidas que intentan los pacientes. A partir de las intervenciones incluidas en la planificación del tratamiento se busca introducir información que apunte a un cambio en las interacciones a nivel sistémico, con el objetivo de dar lugar a conductas de desviación que induzcan al cambio de tipo 2, incluso a través de la generación de una crisis que haga posible la reformulación a nivel estructural y de las funciones.

3.2.8 Grilla de intervenciones

A continuación se desarrollan las características de la grilla de intervenciones como instrumento adecuado para el tratamiento de los ataques de pánico según la información obtenida a través de la entrevista realizada al director de la institución.

La grilla de intervenciones es un sistema de registro creado en el año 1997 por un equipo de la Fundación para ser utilizado en el tratamiento de ataques de pánico. La motivación inicial para su creación surgió ante la constatación del estado de confusión en el que llegaban los pacientes panicosos, y la necesidad de organizar la demanda. El paciente panicoso tiende a registrar confusamente los signos de lo que le pasa, y la grilla le brinda unas coordenadas para ubicar sus sensaciones y pasar de lo absolutamente subjetivo a una cierta objetividad.

La hipótesis de por qué la grilla funciona se basa en el concepto de “inhibición lateral”. Consiste en el desplazamiento de la atención desde un foco determinado hacia uno nuevo. Si el foco original genera algún tipo de tensión, ese desplazamiento o desfocalización, logra una disminución de dicha tensión. En el caso de un estímulo

ansiógeno, la desfocalización tiene una alta probabilidad de disminuir la respuesta ansiosa.

A través de este instrumento se busca desarrollar la conciencia acerca de los cambios fisiológicos que habitualmente son interpretados como señales de alarma por las personas que sufren de ataques de pánico. Pero, fundamentalmente, es un instrumento para la desfocalización a través de la mediación de una tarea. La grilla se le da al paciente con la expectativa de que organice su actividad cognitiva mediante un sistema de registro y simultáneamente dirija su atención a la tarea desplazándola de las sensaciones corporales ansiógenas.

Posteriormente, el registro detallado de las sensaciones comúnmente asociadas a los episodios de ataque de pánico, permite problematizar la interpretación predominante para diferenciar lo que es una amenaza real de aquella que surge a partir de los sesgos de atención y de interpretación.

4 MÉTODO

4.1 *Tipo de estudio*

Estudio descriptivo de caso único

4.2 *Participantes*

Paciente adulta, de 31 años, licenciada en Comunicación.

Profesional licenciada en psicología, que pertenece a la Fundación desde que esta ha sido creada, hace quince años.

La paciente llega a la consulta derivada de una psiquiatra.

La paciente convive con su pareja desde hace ocho años, y tienen una hija de siete años.

Desde sus 23 años padece ataques de pánico.

4.3 *Instrumentos*

Historia clínica de la paciente, con el seguimiento realizado por la profesional, el motivo de consulta, la identificación del problema específico, las intervenciones realizadas y las estrategias utilizadas durante el tratamiento (Anexo 2 protocolo de evolución)

Entrevista a la profesional asignada al caso, que proporcionó información acerca de la paciente: datos personales, genograma y derivación. También amplió la información contenida en la historia clínica. Esta entrevista permitió conocer los pasos seguidos por la psicóloga para el logro de la alianza terapéutica

Entrevista al director de la institución, que brindó información sobre la grilla de intervenciones como instrumento de evaluación para pacientes con ataque de

pánico, acerca de la técnica de desfocalización y otras cuestiones relacionadas con el tratamiento de este trastorno.

Grilla de intervenciones utilizada durante el tratamiento, lo que permitió observar la evolución de la paciente y los cambios producidos entre una sesión y otra (Anexo 1 grilla de intervenciones)

4.4 PROCEDIMIENTO

Se trabajó en principio sobre la entrevista de admisión, lo cual habilitó acceder a los datos personales de la paciente. Esto permitió abordar la historia clínica para conocer las características de la sintomatología que presentaba la paciente al momento de comenzar el tratamiento y las cuestiones que la profesional tuvo en cuenta para la construcción del motivo de consulta. Además se obtuvo información de estas fuentes sobre los objetivos consensuados para el tratamiento y las intervenciones realizadas.

Para complementar la información anterior se recurrió a la entrevista realizada a la profesional encargada del caso, que tuvo una duración aproximada de una hora. En ella se le pudo preguntar sobre las diferentes técnicas utilizadas en este caso puntual y los logros obtenidos a lo largo del tratamiento y las razones que la llevaron a emplear una u otra técnica, de acuerdo a la necesidad en cada circunstancia.

La grilla de intervenciones permitió conocer la evolución de la sintomatología, así como la forma en que la paciente percibía los signos físicos que caracterizaban sus ataques de pánico.

Por otra parte, a partir de la información obtenida a través de la entrevista con el director de la institución se obtuvo la información para realizar el estudio de la grilla de intervenciones, que fue un elemento indispensable para el seguimiento del caso, tanto para la profesional como para la paciente.

5 DESARROLLO

Luego de realizado el proceso de recopilación de datos, entrevistas a los profesionales y lectura de la historia clínica de la paciente, el desarrollo del presente trabajo apunta a responder a los objetivos planteados en este caso único de una paciente que padece ataques de pánico, razón por la cual se hará una breve descripción del caso, cambiando los nombres de las personas involucradas en el proceso.

Juliana, de 31 años, convive con Esteban, de 33 años, desde hace 8 años, y tienen una hija, María, de 7 años, que concurre a un colegio privado del barrio de Caballito.

Se pusieron de novios y a los cuatro meses ella quedó embarazada, razón por la cual comenzaron a convivir. Juliana tiene a su mamá, que es quien fue garante del departamento que alquiló con su pareja, y tiene a su papá, que se convirtió al judaísmo ortodoxo y según manifiesta la paciente es un hombre muy violento, muy agresivo, que le pegaba a su mamá. Ahora él padre tiene una nueva mujer, y pelea menos, pero igual Juliana lo percibe como “un tipo muy violento, muy contenido”.

Esta paciente llega a la Institución derivada por su psiquiatra, y en ese momento estaba tomando Rivotril de 0,5 mg, en dosis de $\frac{1}{4}$ de comprimido mañana, tarde y noche, sólo hasta que ella pudiera comenzar a manejar los ataques.

La psicóloga la vio por primera vez en Enero de 2013. Ella se tomaba vacaciones, y le ofreció tres opciones: tener una primera sesión para conocerse, verse directamente en Febrero, ó que comenzara la terapia con otro profesional de la Institución. Juliana dijo que quería realizar el tratamiento con ella y que prefería que se conocieran antes de que la psicóloga se tomara sus vacaciones.

Combinaron entonces una primera entrevista, que se realizó en la Institución. Las siguientes sesiones comenzaron efectivamente en el mes de febrero de 2013 y se realizaron en el consultorio de la psicóloga.

5.1 Entrevista de admisión y construcción del motivo de consulta

En la entrevista de admisión lo que se persigue es, a través de un cuestionario, conocer los datos relevantes de la persona y su entorno familiar y laboral, y también comenzar a generar un vínculo entre paciente y terapeuta.

Con los datos proporcionados por la psicóloga tratante se reconstruye el proceso de determinación del motivo de consulta a partir de este primer encuentro. La historia clínica incluye el genograma de la paciente, que es una representación gráfica que registra información sobre los miembros de la familia y sus relaciones. Su estructura en forma de árbol proporciona una rápida “Gestalt” de las relaciones familiares y ayuda a formular hipótesis acerca de los problemas relacionados con el contexto familiar y su evolución en el tiempo.

Juliana convive con Esteban desde hace 8 años y tienen una hija en común, María, de 7 años. Sus padres están separados y la madre vive en España. Ella es quien les salió de garante para alquilar el departamento que ocupan actualmente. El padre formó otra pareja hace quince años.

Figura 1:GENOGRAMA

Su queja inicial es que sufre frecuentes ataques de pánico. Empezó a tenerlos a los 23 años, cuando tenía 5 meses de embarazo, y la paciente relata que le quedó miedo a enfermarse y, un temor permanente a sufrir a nuevos ataques, aunque no los tenía. Esto puede identificarse con la ansiedad anticipatoria que los pacientes con este trastorno padecen entre ataques y que se ha caracterizado como *miedo al miedo* (Bulacio, 2011).

En marzo de 2012 cambia de trabajo, y entonces vuelve a tener ataques. Esto la llevó a consultar a un psiquiatra que la medicó con Zitalopram. Estuvo con este tratamiento hasta diciembre del mismo año. En sus vacaciones sufre un nuevo ataque de pánico pero no quiere consultar a su psiquiatra, porque dice que es muy frío, muy distante. Llama a la psiquiatra que atiende a una prima y ella le recomienda acudir a la fundación cuando le dice que está haciendo terapia psicoanalítica, dado que el psicoanálisis no es un tratamiento adecuado para su problema.

Juliana fue a su primera entrevista en la fundación el 10 de enero de 2013. Según lo que relata la profesional en la entrevista que se le hizo, el temor a sufrir ataques había empezado a limitar las actividades de Juliana. Ya no se reunía con amigas, trataba de evitar las salidas sola, incluso al supermercado, y tampoco iba a las reuniones de padres en la escuela de su hija, que iba en transporte escolar porque Juliana se sentía imposibilitada de llevarla. En función de la queja presentada por la paciente, la construcción del motivo de consulta implicó ordenar la información obtenida. Este orden surgió a partir del intercambio entre la profesional y la paciente y es, según se ha visto en el marco teórico, enmarcó las reglas dentro de las cuales se va a trabajar durante el tratamiento (Wainstein, 2006b).

Parte de la construcción del motivo de consulta es la identificación de las soluciones intentadas por la paciente y que resultaron fallidas. En ese sentido, Juliana consiguió trabajar desde su casa y que le pagasen el mismo sueldo. Esto, claramente, entra en el criterio de soluciones fallidas, porque reforzaba la tendencia de la paciente a quedarse en su casa (Cruz Fernández, 2009). Wainstein señala, con respecto a los intentos fallidos del paciente para salir del estado panicoso, que las personas intentan cosas para salir de ese estado, pero no saben muy bien qué

hacer. Algunas veces consultan a un profesional, pero en general sienten miedo, no quieren hablar con nadie, tienen vergüenza, se sienten locos, y también, a veces, tienen miedo a morir (Wainstein comunicación personal, 27 de abril, 2015). La tarea de la profesional consistió, según declara en la entrevista, en ordenar las sensaciones y pensamientos de la paciente para que pudiera proyectarse en el futuro, y en base a eso determinar los objetivos que se iban a proponer durante el tratamiento.

Para avanzar en la construcción del motivo de consulta y en la determinación de los objetivos del tratamiento, la psicóloga le propuso a Juliana hacer un listado de cosas que querría hacer cuando se sintiera bien.

Si bien la finalidad principal de esta propuesta es la de construir el motivo de consulta, implica una primera forma de intervención. A pesar de que en esta primera entrevista la paciente manifiesta que se siente angustiada y tiene pensamientos fatalistas, acepta la propuesta de la licenciada y juntas elaboran una lista de objetivos a cumplir, por ejemplo dejar de depender de su pareja para concurrir a la consulta o ir al supermercado. Esto coincide con la imposibilidad del terapeuta de evitar actuar, y por lo tanto de intervenir, desde el momento que comienza el contacto con el paciente, aún si el contacto fuera telefónico. Así, realizará intervenciones incluso en momentos previos al tratamiento (Fisch, R., Weakland, J. H. & Segal, L. (1984).

En función de los deseos de la paciente, se convino en que se le daría prioridad a los ataques de pánico, lo que permitiría bajar los niveles de ansiedad y, como resultado, mejorar notablemente la calidad de vida de la paciente. Cumplida esta etapa del tratamiento, Juliana podría reevaluar su situación y encarar los cambios que quiere realizar en su vida. De esta manera se observa cómo establecer un motivo de consulta lleva a fijar los objetivos que quieren lograrse durante el tratamiento, y que serán el marco que guiará el diseño de tratamiento y el tipo de intervenciones adecuadas para cada caso. El motivo de consulta resaltarán las diferencias entre la situación en la que se encuentra actualmente la consultante y el objetivo perseguido con el propósito de resolver el problema (Wainstein, 2006).

El trabajo de la profesional en la primera entrevista se realizó con la planilla de la Institución, que tiene la finalidad de organizar la queja inicial del consultante muy detalladamente. Los pacientes que tienen ansiedad muestran una marcada tendencia a la confusión, por lo cual el trabajo debe hacerse con un patrón sistemático de certezas (Clark 1997; citado en Bima, 2010). La grilla de intervenciones permite, al poner esas apreciaciones por escrito y detalladamente, trabajar más friamente sobre su contenido para plantear el verdadero sentido de las sensaciones que se interpretan en términos catastróficos, como señales de una gravedad extrema (Cano-Vindel, Dongil-Collado, Salguero & Mae Wood, 2011).

En la entrevista realizada a la profesional responsable del tratamiento, ella remarca esta característica de la entrevista de admisión, aceptando que puede parecer emocionalmente frío y distante el lugar que debe adoptar el terapeuta para lograr el pasaje de la queja que trae la paciente a un motivo de consulta que permita elaborar objetivos factibles, pero señala que lo que se debe evitar es la sobreprotección, esforzándose por ser directivo. Por ejemplo, decirle a la paciente: *la semana próxima vamos a chequear esto, la siguiente vamos a chequear esto otro*. Con respecto a la entrevista de admisión con la paciente, la psicóloga dice: *Yo le dije a Juliana en la primera entrevista que en siete u ocho entrevistas los síntomas debían haber disminuido, y una vez que esto ocurriera íbamos a trabajar sobre cómo seguir* (Entrevista a profesional responsable, 13 de marzo de 2015).

De esta manera, y después de trabajar con la lista de cosas que quisiera realizar cuando se sintiera mejor, la psicóloga le presentó a Juliana la grilla de intervenciones y le explicó lo que se esperaba que hiciera. Debía trabajar diariamente con ella, completando lo siguiente: cuándo tuvo los síntomas, y cuáles eran, por ejemplo: mareo, inestabilidad, taquicardia, sudoración. Además debía indicar, para cada uno de los síntomas, en qué nivel los sintió en una escala de 0 a 10, donde 0 es nada y 10 es el máximo.

La entrevista de admisión terminó con una recomendación de la profesional a la consultante. Juliana venía haciendo un tratamiento medicamentoso, además de una terapia psicoanalítica. Desde diciembre no había vuelto a consultar con el psiquiatra,

y mantenía la medicación que le había recetado sin control. La psicóloga le sugiere que hable con ambos profesionales para hacer un cierre adecuado con cada uno de ellos. Al iniciar el tratamiento propiamente dicho, la paciente ya había hablado con su psicoanalista para decirle que no continuaría con la terapia y le faltaba hacer el cierre con el psiquiatra. En ese periodo se mudó y tuvo algunos síntomas, por lo que siguió tomando Zitalopram por indicación de la psiquiatra que había consultado por recomendación de su prima.

De acuerdo con lo visto, la entrevista de admisión es un espacio que la profesional aprovechó para ordenar la información que la paciente presenta en la forma de sensaciones, percepciones y deseos, de manera de poder llegar a determinar un conjunto de objetivos posibles para el tratamiento, lo que implica un cambio en el sentido de pasar del padecimiento ante el que sólo caben las respuestas defensivas fallidas a una proyección que permita prever la superación del problema en términos de cambios deseados.

5.2 Grilla de intervenciones

La grilla de intervenciones, tal como lo manifestó el doctor Wainstein en la entrevista que se le realizó a los fines de este trabajo, es un sistema de registro que, al mismo tiempo que permite documentar la sintomatología del paciente para uso en el tratamiento, colabora en la desfocalización de la atención respecto de las señales corporales que las personas con ataque de pánico suelen interpretar como signos de alarma (Wainstein comunicación personal, 27 de abril, 2015).

En el caso de Juliana, la profesional le indicó desde la primera entrevista la forma de trabajar con la grilla. A partir de ese primer encuentro, en todas las sesiones se revisaron los registros que la paciente había hecho. En una de las sesiones no llevó la grilla, y entonces el trabajo se focalizó en el significado de la grilla para su tratamiento. Wainstein sostiene que la persona que padece ataques de pánico nunca se queja de que le resulta pesado llenar la grilla, todos lo hacen. Si un

paciente con diagnóstico de ataque de pánico se niega a trabajar con la grilla, o simplemente no la completa, puede inferirse que el diagnóstico es equivocado y que en realidad se trata de otra patología. En el caso de Juliana, y en todos aquellos en los que el paciente viene completando la grilla diariamente y en un momento comienza a espaciar la tarea o da muestras de no querer seguir haciéndolo, esto puede interpretarse favorablemente como un síntoma de mejoría (Wainstein comunicación personal, 27 de abril, 2015).

A través de estos análisis de la grilla de intervenciones, se pudo detectar que Juliana tenía un pico de angustia a la mañana, con sentimientos de confusión. Dice no saber “cómo encarar el día”. Cuando esto apareció en sesión, la psicóloga decidió trabajar sobre sus sentimientos respecto de su pareja. Así surgió que la paciente suma a sus temores relacionados con los ataques, el miedo a que Esteban la abandone.

Empezó cumpliendo con el registro. En la segunda entrevista de las veinte pactadas en principio, Juliana manifestó sentirse “bastante bien”, había hecho el cierre con la psicoanalista y esto la tranquilizaba, y también estaba regulando la medicación. Luego de la segunda entrevista la profesional propuso realizar una entrevista de pareja con Juliana y Esteban, porque la profesional quería ver cómo era el novio, cómo interactuaban y cómo él estaba sosteniendo el circuito. En el cuarto encuentro se trabajó sobre la entrevista de pareja y también sobre la grilla. Juliana dijo sentirse anímicamente bien y manifestó que fue tranquilizador para ella la concurrencia de Esteban la vez anterior.

En la sexta entrevista Juliana llegó tarde, muy alterada y con taquicardia. Cuando se le preguntó por qué, respondió que acababa de presenciar una situación en la cual había dos conductores que estaban peleándose a raíz de un choque. La profesional tomó la grilla y trabajaron separando lo que ella registró y lo que ahora recordaba, refiriendo a otras situaciones ansiógenas. Los registros expresaban un grado de alarma que puede interpretarse como el resultado de un sesgo cognitivo. En primer lugar un sesgo atencional, que predispone a la paciente a prestar atención a todo aquello que podría representar una amenaza; pero también existe un sesgo

interpretativo, que justamente hace que se tomen como amenazas estímulos que otras personas tomarían como neutros (Cano-Vindel, Dongil-Collado, Salguero & Mae Wood, 2011). El trabajo de la terapeuta consistió en ayudar a la paciente a reflexionar sobre esta situación, para que ella pudiera comprender que una situación como la que presenció no constituye una amenaza real a su persona, mostrándole la diferencia entre lo que ella percibió en el momento y lo que ahora, más tranquila, podía llegar a evaluar de esos hechos.

Por eso es importante que la paciente cumpla con lo que se le pide, por ejemplo que en el reverso de la hoja describa cuál era la situación en la que se desencadenó el síntoma. Este procedimiento organiza el discurso de alguien que normalmente llega confuso y que, además, tiene ciertas características como paciente. Por ejemplo, si cuando viene hacia el consultorio se puso muy ansioso por cualquier circunstancia, eso le tiñe todo lo que recuerda, pero si viene con la grilla, entra en contradicción lo que dice con lo que aparece en la grilla. Y es allí donde reside el valor del instrumento de registro con el cual es posible trabajar (Entrevista a profesional responsable, 13 de marzo de 2015). Esta es una de las formas en que la grilla de intervenciones colabora con los efectos del tratamiento, permitiendo el trabajo con las interpretaciones sesgadas que tiene la paciente para ordenar sus sensaciones y exponerlas a la crítica.

La grilla de intervenciones también funciona como un recurso para evaluar la evolución del tratamiento, ya que se considera que la terapia da resultado cuando la sintomatología disminuye. A medida que el paciente trae a la sesión las grillas, el profesional ve en ellas la evolución de la sintomatología. De esta manera, el paciente registra y el profesional evalúa esos registros para determinar si el tratamiento está funcionando a través de los cambios que se puedan encontrar en esos registros (Wainstein comunicación personal, 27 de abril, 2015).

5.3 Cambios producidos durante el tratamiento

En el momento de llegar a consulta, Juliana se quejaba de su trabajo, decía que mucho no le gustaba. Ella estaba trabajando para el Estado, y a partir de que aparecieron los ataques de pánico, consiguió trabajar desde su casa y que le paguen el sueldo. Eso, que en general es un beneficio, a Juliana le juega en contra, porque entonces no tiene la exigencia de salir de la casa, constituyendo una solución fallida (Cruz Fernández, 2009).

Para lograr superar las limitaciones que la paciente tenía en la vida cotidiana se decidió comenzar el trabajo en las sesiones con el manejo de la ansiedad, utilizando la grilla de intervenciones tanto como medio de tratamiento como así también para controlar los cambios en la sintomatología.

Se trabajó sobre la grilla con los síntomas, y en pocas sesiones este instrumento comenzó a mostrar una disminución, aunque leve, de algunos síntomas. Además de lo que quedaba reflejado en el instrumento, Juliana manifestaba en sesión sentirse mejor con respecto a sus temores, comenzando a pensar en hacer cosas fuera de su casa, tal como ocurría antes de que comenzaran los ataques de pánico. De hecho, unas sesiones más adelante, pudo comenzar a hacer RPG (rehabilitación corporal), lo que implicaba, además de una mejora en el aspecto físico, un incentivo para romper el círculo vicioso de miedo-encierro-más miedo.

Además del retroceso de la sintomatología panicosa, a medida que transcurrían las sesiones la paciente pudo hacer un mejor manejo de las conductas de ansiedad de su hija María. La situación a la que la habían conducido los ataques de pánico había comenzado a afectar a María, que manifestaba ansiedad frente a lo que estaba viviendo su madre. Al principio, Juliana no sabía cómo conducirse con su hija, y la situación aumentaba su angustia; claramente se sentía superada. A medida que avanzaban las sesiones, y la paciente iba mejorando su estado anímico, pudo modificar su conducta y transmitirle a su hija una mayor tranquilidad.

El cambio operado en este aspecto de la vida de Juliana muestra una de las

formas en que la terapia breve-estratégica logra romper con la rigidez y la auto-referencialidad del sistema introduciendo un cambio de tipo 2 que modifica el sistema (Nardone, 1997). El trabajo con Juliana en cuanto a su forma de percibir las situaciones que debe enfrentar en su vida cotidiana le fue permitiendo superar los sesgos interpretativos que la llevaban a los ataques de pánico. Además, el trabajo con técnicas cognitivo-conductuales le permitió modificar también su relación con la familia, lo que es de suma importancia para el éxito del tratamiento. La interrelación en el ámbito familiar es un aspecto fundamental para el enfoque sistémico, tanto en la explicitación del problema, como en la construcción de la solución (Wittner, entrevista realizada el 6 de octubre de 2014).

Con el correr de las sesiones, y la disminución de la intensidad de algunos síntomas, Juliana se sintió más aliviada y contenta. En la décima entrevista comentó que estaba haciendo cosas que había dejado de hacer, por ejemplo ir sola a encontrarse con una amiga en una confitería y quedarse dos horas charlando, sin pensar en cuando tuviera que volver a su casa.

A partir de estos logros se continuó trabajando sobre el manejo de la ansiedad en la vida cotidiana, ahora enfocándose en el ámbito laboral. Juliana manifestaba que tenía ganas de realizar alguna actividad artística, algo que durante mucho tiempo había relegado debido a su padecimiento. Aún cuando este cambio pueda parecer poco importante, conviene recordar que, en el marco del modelo sistémico cualquier cambio, por mínimo que sea, producirá una reacción en cadena que necesariamente modificará todo el sistema (Nardone & Watzlawick, 1995). En este sentido, la concreción del deseo de Juliana de comenzar una actividad artística puede interpretarse como un cambio de nivel 2 (Watzlawick, Weaklans & Fisch, 1974/1982).

A medida que avanzaban en las sesiones la paciente iba mejorando su estado anímico y reconoció sentirse mejor. Con el correr de las sesiones disminuyó la intensidad de algunos síntomas, y esto la pone muy contenta, en la décima entrevista comenta que está haciendo cosas que había dejado de hacer, por ejemplo ir sola a encontrarse con una amiga en una confitería. Se continuó trabajando sobre

el manejo de la ansiedad en la vida cotidiana, en particular en relación con el tema laboral. Juliana manifiesta que tiene ganas de realizar alguna actividad artística.

Si bien tuvo más síntomas, está haciendo cosas que antes no podía realizar, por ejemplo ir al supermercado.

La psicóloga, en la entrevista realizada, manifiesta que: "...si bien es cierto que tuvo más síntomas, esto se debió a que comenzamos a trabajar sobre la posibilidad de que Juliana comenzara a exponerse; empezó a ir al supermercado, comenzó a viajar en colectivo, pudo ir sola a buscar a su hija a la escuela". De hecho, la psicóloga manifiesta que Juliana está muy contenta porque volvió a hacer cosas que había dejado de hacer por causa de la ansiedad anticipatoria que la superaba.

Un poco más adelante tuvo lo que Juliana misma llamó una "prueba de fuego": Esteban sacó 12 entradas para ir al Colón con amigos y ella fue con su hija María a la feria del libro infantil. En relación con estos dos eventos Juliana y la psicóloga confeccionaron una *lista negra* de las cosas que no puede afrontar todavía:

- Viajar en subte (hace más de un año que no lo hace)
- Ir sola al centro
- Ir al cine/teatro
- Reuniones de trabajo/amigos
- Recitales
- Lugares con mucha gente

A partir de la lista elaborada en colaboración entre profesional y consultante, se inicia un trabajo secuencial con cada uno de los ítems de esta lista, utilizando técnicas de exposición que parten desde un grado mínimo y van incrementándose a medida que la paciente se va sintiendo mejor y más segura de sí misma. Puede observarse aquí la forma en que la terapia sistémica, como perspectiva para el abordaje de este problema, brinda un marco de contención que habilita la

combinación de técnicas y modos de intervención originarios de otros modelos (Bima, 2010). En este caso se recurre a una técnica propia de la terapia cognitivo-conductual para lograr que la paciente supere sus temores y sea capaz de realizar actividades que le interesan y que hasta ahora no podía afrontar.

Luego de un par de encuentros Juliana dice que le faltaría liberar un poco a Esteban de los viajes en subte y de los trayectos largos en colectivo. La psicóloga le propuso, como experiencia, que hiciera un viaje en subte con su prima, pero no estando juntas, sino a una cierta distancia. Después de haberlo hecho, en la sesión siguiente, Juliana le informó a la terapeuta que subió sola al subte y estaba muy contenta con ese logro. Este tipo de cambios puntuales en cuestiones que tienen que ver con la actividad cotidiana impulsan una modificación mayor que puede llegar a constituir un cambio en el sentido de reconstrucción del sistema de percepción de la persona (Prada Villalobos, 2013). En este sentido, en sesiones posteriores, la psicóloga continúa con las exposiciones, y logran que Juliana vaya sola a Plaza Serrano.

Después de los logros anteriores, se decide de común acuerdo comenzar a espaciar las entrevistas, al mismo tiempo que se pacta una sesión de la pareja para tres semanas después. La información de la grilla de intervenciones señalaba, a esta altura, que la sintomatología había mejorado notablemente. A raíz de esto, y tras la reunión con la pareja, se fue discontinuando el tratamiento hasta que se suspendió. En esta etapa, a partir del trabajo con la grilla de intervenciones y la intervención a través de técnicas de la terapia cognitivo-conductual se lograron los objetivos propuestos al inicio del tratamiento, en el sentido de que Juliana pudo volver a realizar actividades que había abandonado por los temores que la asaltaban.

En Marzo de 2014 la paciente vuelve a consultar por haber tenido un nuevo ataque de pánico. En esta ocasión, y en un nuevo nivel de intervención, se trabaja el tema “¿Alarma de qué es la angustia?”

Así surge que el gran tema para Juliana es la pareja: ¿tener más hijos? ¿Seguir con la relación? Son las cuestiones relacionadas con el ciclo vital que le preocupan.

Con el nuevo objetivo de trabajar este tema se planifican entrevistas semanales.

En la primera de las entrevistas acordadas para esta nueva etapa, Juliana manifiesta sentirse anímicamente mejor, y en el lapso transcurrido desde el anterior encuentro no ha vuelto a tener ataques de angustia. Se trabaja durante la sesión el tema pareja: ¿cambio de pareja o cambio de vida? Se plantea trabajar sobre autonomía y recuperar espacios que Juliana siente que abandonó.

Después de que en Semana Santa Juliana estuvo en el campo de su tío, se planteó en la sesión realizar una listado de las cosas que desea hacer en esta nueva etapa:

- Desarrollo laboral
- Veta artística
- Militancia social

En cuanto al desarrollo laboral, Juliana decidió participar más activamente en un proyecto grupal de investigación, lo que representa un cambio importante para su vida, que se hallaba muy reducida por sus temores.

Con respecto a la veta artística quiere probar danza y tango, ella dice “mover el cuerpo”. También quiere incursionar en la fotografía. Y en la militancia social desea involucrarse en talleres de alfabetización y en el proyecto “mujer originaria”.

Un mes después, la paciente manifiesta sentirse anímicamente mucho mejor, no ha vuelto a tener ataques de angustia y su hija María está mejor. Con Esteban todo sigue igual, ella está más tranquila con el tema, por lo que se sigue trabajando sobre un cambio en el estilo de vida.

6 CONCLUSIONES

Este trabajo se desarrolló para dar cuenta de un caso de ataque de pánico y las técnicas utilizadas durante el tratamiento desde el modelo de terapia estratégica sistémica.

Se trabajó sobre los datos de la historia clínica de la paciente, que fueron proporcionados por la profesional que llevó adelante el caso.

También se entrevistó al director de la institución en la cual se admitió a la paciente y se realizó una importante búsqueda de material bibliográfico para sustentar el desarrollo del tratamiento del ataque de pánico dentro de este marco teórico.

Es de destacar la excelente disposición de los profesionales de la Fundación para facilitar todo lo posible la realización de este TFI.

6.1 Objetivos

En cuanto al primer objetivo planteado en este trabajo, y a través del desarrollo del tratamiento, puede observarse cómo se fueron cumpliendo las pautas planteadas en la primera entrevista con respecto a la construcción del motivo de consulta y cómo, a partir de las propuestas de la licenciada se construyó dicho motivo y se planificaron los pasos a seguir.

Con respecto al segundo objetivo planteado, la utilización de la grilla de intervenciones resultó ser una excelente herramienta, tanto para la paciente como para la psicóloga, ya que, a Juliana le permitió correr el foco atencional de la sintomatología, y a la profesional le permitió evaluar los cambios producidos a lo largo del tratamiento.

En el tercer objetivo, que refiere a los cambios producidos a lo largo del tratamiento, es posible observar cómo, a medida que la paciente fue implementando

estrategias para reducir la ansiedad anticipatoria y utilizó técnicas sugeridas por la profesional, por ejemplo viajar en colectivo con una amiga pero sentarse separadas, Juliana fue sutilmente pasando de la resolución de los ataques de pánico en una primera etapa a, en una segunda etapa, trabajar en el ciclo vital. Esto puede observarse cuando vuelve a consultar y trabaja con la psicóloga en la problemática del ciclo vital, logrando en este caso cambios que tienen que ver con la construcción de un proyecto.

Puede concluirse entonces que, siguiendo la secuencia de las entrevistas, el uso apropiado de la grilla de intervenciones y los cambios producidos durante el tratamiento, la terapia sistémica fue altamente exitosa en el caso de Juliana.

6.2 Limitaciones

La principal limitación en el desarrollo de este trabajo fue no haber participado activamente del proceso, lo que impidió tener una mayor fluidez en la exposición, primero del caso en particular y luego en la evaluación del tipo de intervenciones terapéuticas utilizadas durante el tratamiento.

Con respecto a este trabajo específico, donde se encontró mayor dificultad fue en encontrar marco teórico para sustentar el segundo de los objetivos específicos del presente trabajo, esto es la grilla de intervenciones, dado que fue creada por un equipo de trabajo y se ha presentado en diferentes ámbitos del país y del exterior, y de hecho casi todos los profesionales que trabajan con ataque de pánico la utilizan, pero no existe aún bibliografía que avale su eficacia.

6.3 Aporte crítico

En el ámbito profesional, independientemente de la corriente psicológica a la que se adhiera, hay absoluta coincidencia en cuanto a la importancia del proceso de la primera entrevista y la separación de la queja inicial y el motivo de consulta. Sin embargo, en la búsqueda de información acerca de este tema fundamental, hay muy

poca o ninguna bibliografía. Sería un aporte sumamente interesante y útil que los profesionales con más años de experiencia en la profesión confeccionaran, por ejemplo, un manual que incluyera diferentes enfoques en la manera de encarar la primera entrevista.

Otra propuesta sería la de documentar por escrito y exhaustivamente la implementación de la grilla de intervenciones y los importantes beneficios que produce en el tratamiento de los pacientes con ataque de pánico.

6.4 Aporte personal

El hecho de haber realizado la pasantía y también la formación en terapia sistémica breve durante dos años en la institución fue de gran ayuda para la realización del presente trabajo integrador. Es de destacar la buena disposición de todos los miembros del staff de la Fundación en cuanto a facilitar material inherente al caso en el que se trabajó y la colaboración prestada por los profesionales en cuanto a las entrevistas y también respecto a la ayuda cuando surgía alguna dificultad en el desarrollo del trabajo.

Este trabajo resultó ser un gran aporte, tanto teórico como práctico, de quien realizó esta tarea, ya que fue posible, a través del material proveído por la institución y las prácticas realizadas como observador de primeras entrevistas en cámara gesell, integrar teoría y práctica para tener una sólida formación que permita desarrollar una adecuada tarea profesional.

Como sugerencia de posibles líneas de trabajo a futuro, se considera que resultaría valioso poner a prueba la implementación de sesiones grupales para pacientes panicosos, como parte de un tratamiento sistémico. El contacto con personas que padecen la misma sintomatología y están en distintos momentos del proceso de cambio permite a los que están en los estadios iniciales visualizar la posibilidad de mejoría en aquellos que han transitado ya parte de ese camino. Estos últimos, también pueden beneficiarse de este tipo de abordaje al sentir que están ayudando a aquellos que se encuentran en una situación en la que ellos mismos estuvieron y pudieron superar.

7 Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5° Ed.* Barcelona: Elsevier Masson.
- Amodeo Escribano, S. (2013). De la teoría a la práctica en la superación del pánico: a propósito de un caso. *Clínica contemporánea*, 4(13), 269-280.
- Andrews, G. y Slade, T. (2002). Agoraphobia without a history of panic disorder may be part of the panic disorder syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 624-630.
- Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martinez Roca.
- Bados Lopez, A. (2004). *Agorafobia y ataques de pánico*. Barcelona: Pirámide.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (Segunda edición). London: The Guilford Press.
- Bima, A. (2010). Tratamiento para pacientes agorafóbicos: correlaciones entre el enfoque cognitivo-conductual y el sistémico. [Tesis de grado]. Universidad de Belgrano. Recuperado el 11 de enero de 2015 en http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/296_Tesina_Bima.pdf
- Botella Arbona, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema* 13(3), 465-478.
- Botella Arbona, C. & Ballester Arnal, R. (1997). El estado de la cuestión en el tratamiento del trastorno de pánico. En I. Caro (Comp.) *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. & Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.
- Bulacio, J.M. (2010). *Ansiedad, estrés y práctica clínica*. Buenos Aires: Librería Akadia.
- Bulbena, A. (1986). Psicopatología de la psicomotricidad. En J. Vallejo (Ed.),

- Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 236-255). Barcelona: Salvat
- Cano Vindel, A.; Mae Wood, C.; Dongil, E. & Latorre, J. M. (2011). El trastorno de pánico en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 32 (3), 265-273.
- Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J.M. & Mae Wood, C. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Información psicológica*, 102, 4-27.
- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Cia, A. H.I (2007). *La ansiedad y sus trastornos: Manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.
- Clark, A. & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Barcelona: Desclée de Brouwer.
- Consejo de Salubridad General. Gobierno Federal de México. (2010). *Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto*. México D.F.: Secretaría de Salud.
- Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1991). Behavioral treatment of panic disorder: A two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 22(3), 289-304.
- Cruz Fernández, J. P. (2009). Enfoque Estratégico y Formación de Terapeutas. *Terapia psicológica*, 27(1), 129-142.
- Fernández-Álvarez, H. (2008). *Integración y salud mental. El proyecto Aiglé 1977-2008*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fisch, R., Weakland, J. H. & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Gater, R., Tansella, M., Korten, A., Tiemens, B. G., Mavreas, V. G., & Olatawura, M. O. (1998). Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General

- Health Care. *Archives of General Psychiatry*, 55, 405-413.
- Gómez, M. & Marzucco, V. D. (2009). *No puedo dejar de preocuparme*. Buenos Aires: Galerna.
- Haley, J. (2008). *Terapia para resolver problemas*. Amorrourtu. Buenos Aires
- Kaplan, L. A. & Sadock, B. J. (2008). *Psiquiatría clínica*. Madrid: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Midori Hanna, S., & Brown, J.H. (1998). *La práctica de la terapia de familia. Elementos claves en diferentes modelos*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Milos Estrada, D. A. (2010). *Factores potenciales de riesgo para síndrome de pánico: Estudio transversal de una muestra de atención primaria*. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada. España.
- Nardone, G. (1997). *Miedo, pánico, fobias: La terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2003). *Más allá del miedo*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Nardone, G. & Salvini, A. (2011). *El diálogo estratégico: Comunicar persuadiendo: técnicas para conseguir el cambio*. Barcelona: Herder
- Nardone, G. & Watzlawick, P (1995). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona. Herder.
- Navarro Mateu, F., Garriga-Puerto, A. & Sánchez-Sánchez, J.A. (2010). Análisis de las alternativas terapéuticas del trastorno de pánico en atención primaria mediante un árbol de decisión. *Atención primaria*, 42(2), 86-94.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). CIE 10. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.

- Prada Villalobos, S. (2013). Corrientes cognitivas y sistémicas en psicoterapia: integración y paradigma. *Reflexiones*, 92(2), 155-161.
- Roca, E. (2003). *El trastorno de pánico y su tratamiento. Terapia cognitiva focal en formato de grupo*. Recuperado el 10 de enero de 2015 en <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/articulo%20webs%20,%203,%205.pdf>
- Sanderson, W.C., DiNardo, P.A., Rapee, R.M. y Barlow, D.H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.
- Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.) *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill. (Volumen 2).
- Segarra Gutierrez, G., Farriols Hernando, N. & Palma Sevillano, C. (2011). Prevalencia, impacto y tratamiento psicológico grupal de trastornos de ansiedad: una revisión en el ámbito de la atención primaria. *Aloma Revista de psicología, Ciencies de educació de l'Esport*, 28, 209-224.
- Sierra, J. C., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista malestar e subjetivade / fortaleza*, 3 (1), 10 – 59.
- Simon, G. E., & VonKorff, M. (1991). Somatization and psychiatric disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 1494-1500.
- Simon, N. M., Smoller, J. W., McNamara, K. L., Maser, R. S., Zalta, A. K., Pollack, M. H. & Wong, K. K. (2006). Telomere shortening and mood disorders: preliminary support for a chronic stress model of accelerated aging. *Biological psychiatry*, 60(5), 432-435.
- Skerrit, P. W. (1983). Anxiety and the heart: A historical review. *Psychological Med*, 13, 17-25.
- Tobal, M. & Cano Vindel, A. (2002). Emoción y clínica: Psicopatología de las emociones. En F. Palmero, E. G. Fernández Abascal, F. Martínez & M. Chóliz (Eds.) *Psicología de la motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill.

- Von Bertalanffy, L. (2012). *Teoría general de los sistemas*. (Trabajo original de 1976). México: Fondo de Cultura Económica.
- Wainstein, M. (2006a). *Comunicación. Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2006b). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974/1982). *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona:Herder.

Anexos

8 Anexo 1: Grilla de intervenciones

9 Anexo 2: Protocolo de evolución