



Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Licenciatura en Psicología

*Terapia Sistémica en un paciente con Trastorno
por pánico*

Autor: Andrés Elguer.

Tutora: Lic. Valeria Wittner.

Índice

1. Introducción.....	2
2. Objetivos.....	3
2.1. Objetivo general.....	3
2.2. Objetivos específicos.....	3
3. Marco Teórico	3
3.1. Ansiedad.....	3
3.2. Ansiedad patológica: Trastorno de Ansiedad.....	6
3.3 Trastorno por pánico y agorafobia.....	9
3.3.1. Epidemiología.....	12
3.3.2. Comorbilidad.....	13
3.3.3. Tratamiento.....	13
3.4. Pensamiento sistémico: Introducción y conceptos claves.....	14
3.4.1. Modelos de intervención a partir de la mirada sistémica.....	17
3.4.2. Terapia Breve Estratégica.....	18
3.5. Terapia Breve Estratégica para el trastorno por pánico con agorafobia.....	20
4. Método.....	22
4.1 Tipo de estudio.....	22
4.2 Participantes.....	22
4.3 Instrumentos.....	22
4.4. Procedimiento.....	22
5. Desarrollo.....	23
5.1 Describir las características del caso en relación al motivo de consulta y su Sintomatología.....	23
5.2. Describir las intervenciones realizadas por el terapeuta desde perspectiva sistémica.....	26
5.3. Describir la evolución del paciente a lo largo del tratamiento.....	29
6. Conclusiones.....	30
7. Referencias bibliográficas	33

1. Introducción

El presente trabajo surgió con el fin de articular los conocimientos teóricos obtenidos a lo largo de la carrera de Psicología y la práctica profesional realizada en reconocida institución del área entre los meses de agosto de 2013 y diciembre de 2013.

Dicha institución se basa sobre la teoría sistémica que trabaja en diferentes áreas de la disciplina psicológica como formación, investigación, supervisión y por supuesto, atención en el área clínica.

El instituto se creó con el objetivo de difundir, investigar y capacitar profesionales en la aplicación del pensamiento sistémico y la Teoría de la Comunicación a la resolución de problemas relacionales de individuos, parejas, familias y organizaciones.

La práctica realizada permitió a los pasantes presenciar entrevistas de admisión, supervisiones profesionales, asistir a cursos de variadas temáticas y participar de terapias breves en el rol de co-terapeuta.

El tema elegido surge por el interés del éxito que tiene este enfoque y su formato terapéutico en el tratamiento del trastorno de ansiedad por pánico y el particular abordaje que propone la institución para esta problemática. Esto consiste en el desarrollo de una intervención, aún no publicada, sobre la aplicación de un instrumento autoadministrable para el control de los síntomas generados en los episodios de pánico que sufren los pacientes con la mencionada patología. Para esto se facilitó el acceso a la historia clínica de un paciente de la institución que sufre trastorno de ansiedad por pánico con agorafobia.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

- Describir el tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad por pánico de un paciente abordado desde la perspectiva sistémica propuesta por en la institución donde se realiza la práctica profesional.

2.2. Objetivos Específicos

- Describir las características del caso en relación con el motivo de consulta y su sintomatología.
- Describir las intervenciones realizadas por el terapeuta desde la perspectiva sistémica.
- Analizar la evolución del paciente a lo largo del tratamiento.

3. Marco Teórico.

3.1 Ansiedad

La ansiedad, de acuerdo a Di Tomasso y Gosch (2002), es un fenómeno universal difuso que ocurre en reiteradas ocasiones a lo largo de la vida. El mismo es un estado emocional displacentero caracterizado por sentimientos subjetivos de preocupación y tensión, en la que se produce una activación del sistema nervioso autónomo (Spielberg, 1972).

Este fenómeno fue estudiado desde una gran cantidad de aproximaciones teóricas distintas, ya sean filosóficas, sociológicas o bien psicológicas (Zlotowicz, 1970).

Strongman (1995) menciona cinco aproximaciones diferentes hacia el estudio de la ansiedad: la psicoanalítica, la conductual, la fisiológica, la fenomenológica/existencial y la cognitiva.

La aproximación psicoanalítica fue fundada por Freud en dos construcciones teóricas del año 1917 y 1926 respectivamente (Strongman, 1995). En ambas es utilizada como una vía para explicar la neurosis y es vista como un fenómeno cotidiano para el sujeto, en donde esta respuesta es moldeada al nacer, con restringida capacidad de aprendizaje posterior a esos primeros años. Este acercamiento es considerado por Zlotowicz (1970) como la aproximación clínica a la ansiedad.

Sullivan, en su libro *The interpersonal theory of psychiatry* (1953), propone una dimensión más ligada a lo social dentro de esta corriente en donde la ansiedad es vista como un fenómeno interpersonal y no sólo intrapsíquico (Strongman, 1995).

Dentro de las teorías conductuales puede verse el origen dentro de las formulaciones teóricas de Pavlov y Watson en donde la ansiedad sería el medio que utiliza el organismo para evitar un castigo determinado (Strongman, 1995).

En desarrollos posteriores, Staats y Eifert proponen una idea de multi-nivel en la ansiedad, en donde existe una respuesta emocional central y la misma puede adquirirse no sólo por algún trauma experimentado sino también por medio del lenguaje (Strongman, 1995).

Dentro de las posturas fisiológicas, Nesse (1987) menciona a la ansiedad como una respuesta normal que ayuda a facilitar el escape en situaciones que lo ameriten, mencionando a la agorafobia, por ejemplo, como adaptativa y no disfuncional ante la experiencia de pánico experimentada por los sujetos que la padecen.

En la perspectiva fenomenológica cabe mencionar a Kierkegaard, quien desarrolló la distinción que actualmente es utilizada entre miedo y ansiedad en donde el primero necesita de la presencia de algún objeto específico, mientras que la ansiedad es hacia cualquier objeto e independiente de su existencia real o no (Strongman, 1995).

Eysenck (1992) propone una aproximación individual a partir de rasgos de la personalidad, en donde los sujetos con altos valores en neuroticismo son vulnerables hacia el padecimiento de ansiedad.

Actualmente la ansiedad es entendida de manera multidimensional en donde intervienen tanto patrones de respuesta fisiológicos como cognitivos (Miguel-Tobal, 1990).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV (APA, 2003) se define a la ansiedad como la anticipación aprensiva de peligro o adversidad futuros, que pueden ser internos o externos, la cual se acompaña de síntomas físicos de tensión o disforia.

Además de la tensión muscular, la misma suele promover estados de mayor vigilancia, a fin de preparar al sujeto para los eventos venideros (APA, 2013).

Dentro de las respuestas cognitivas puede observarse una afección al pensamiento, en donde hay una tendencia a producir confusión y distorsiones cognitivas producidas por una tendencia a una alta selectividad atencional que lleva a focalizarse de manera excesiva en cuestiones del entorno que promuevan este estado de ansiedad.

Cabe diferenciar la ansiedad del miedo, como respuesta emocional similar, en donde el segundo es producido ante una amenaza conocida, externa al individuo y definida en términos temporales (Kaplan & Sadock, 2008)

Tabla 1. síntomas de la ansiedad. (Kaplan & Sadock, 2008, pp 581)

Fisiológicos	Cognitivos
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diarrea</i> - <i>Epigastralgia</i> - <i>Hiperhidrosis</i> - <i>Hiperreflexia</i> - <i>Hipertensión arterial</i> - <i>Inquietud</i> - <i>Midriasis</i> - <i>Palpitaciones</i> - <i>Parestesias de las extremidades</i> - <i>Polaquiuria</i> - <i>Síncope</i> - <i>Taquicardia</i> - <i>Temblores</i> - <i>Vértigo, mareos</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Paraprosexia e hiperprosexia - Memoria - Déficit en capacidad de retener. - Distorsiones del pensamiento.

La respuesta de ansiedad puede producirse tanto por estímulos externos o situacionales, como debido a estímulos internos, valorados como amenazantes por el sujeto, siendo los mismos imágenes y pensamientos, entre otros (Miguel-Tobal, 1990).

La ansiedad en sí presenta una fuerte asociación frente a la existencia de un peligro real (Di Tomasso & Gusch, 2002), ya que se trata de una respuesta normal y adaptativa que promueve la motivación necesaria para actuar ante algún evento determinado (Nutt, García de Miguel & Davies, 2011).

La patología se desarrolla al presentarse una excesiva respuesta en relación con la frecuencia, intensidad o duración de la experiencia de ansiedad (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002) afectada subjetivamente por diferentes factores, tanto individuales como sociales/culturales.

Nardone (2003) menciona que la ansiedad se vuelve una patología, o un problema, sólo cuando el sujeto refiere dificultades o incapacidad para poder llevar a cabo conductas de la vida cotidiana que pretende realizar.

3.2 Ansiedad patológica: trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son comunes en la población general y muy disfuncionales para quienes lo padecen ya que se observa un gran impacto social en estos individuos (Nutt, et al. 2011).

Suls y Bunde (2005) mencionan la presencia de esta ansiedad patológica como resultante de una incapacidad del individuo de poder predecir, controlar u obtener resultados deseados a futuro

Los mismos, de acuerdo con el DSM-5 (2013), son una categoría que abarca 11 trastornos diferenciados. Ordenados cronológicamente de acuerdo con su aparición en el ciclo vital de la persona, son los siguientes:

1. Trastorno por separación
2. Mutismo selectivo.
3. Fobia específica.
4. Fobia social.
5. Trastorno por ataque de pánico.
6. Agorafobia.
7. Trastorno de ansiedad generalizada.
8. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
9. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.
10. Trastorno de ansiedad específico.
11. Trastorno de ansiedad no especificado.

De acuerdo a Nutt, et al (2011) todos ellos comparten una serie de síntomas nucleares: la activación fisiológica, la tendencia al escape y la evitación disfuncionales.

Los trastornos de ansiedad en general son prácticamente crónicos por naturaleza, aunque lo mismo no implica la prevalencia del mismo durante el todo ciclo vital del individuo (Anthony, Federici & Stein, 2008)

Todos los trastornos de ansiedad están fuertemente relacionados con la predisposición a desarrollar enfermedades médicas ya que influyen en el organismo al aumentar la cantidad de lípidos presentes, reducen la acción del sistema inmunológico y exacerban la experiencia de dolor (Suin, 2001).

De acuerdo con Suls y Bunde (2005) las enfermedades cardiovasculares, son las de mayor correlación positiva con la presencia con estos trastornos.

También cabe mencionar que los diferentes trastornos de ansiedad tienen una fuerte asociación a conductas poco saludables como fumar, consumir alcohol y tener patrones de sueño irregulares, entre otras (Suin, 2001).

Esto último es congruente con que la tendencia de evitación como intento de solución ante la ansiedad termina reforzando el problema inicial y generando la perpetuación del mismo (Nardone, 2003).

En cuanto a la prevalencia de los mismos puede observarse una alta presencia dentro de la población general de acuerdo con diversos estudios que la sitúan entre el 12 y el 20% (Wittchen & Jacobi, 2005; National Comorbidity Study citado en Kaplan & Sadock, 2008; Tanios, et al, 2009) en diferentes países como son Estados Unidos o el mundo árabe.

A su vez, cabe mencionar que Lieb, Becker y Altamura (2005) mencionan al trastorno de ansiedad generalizada como el de mayor prevalencia en los centros de atención primaria, hasta un 10% sobre el total de trastornos, en comunidades europeas.

En Estados Unidos se estima que se encuentran casi 30 millones de personas afectadas por algún trastorno de ansiedad en algún momento de sus vidas (Lepine, 2002).

Estos datos dan cuenta de la importancia de los trastornos de ansiedad en general, ya que los mismos, además del sufrimiento individual, dan lugar a grandes gastos para su atención por parte del Estado, según diversos estudios (Greenberg et al. 1999;

Hoffman, Dukes & Wittchen, 2008), ocupando hasta un 30% del presupuesto en lo referido a salud mental.

Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres que hombres, siendo la proporción aproximada alrededor de 2:1 (APA, 2013).

De acuerdo con Glaas (2004), existe una gran separación entre las prácticas clínicas y las de investigación en cuanto a los trastornos de ansiedad, aunque resalta que ambas prácticas recientemente comenzaron a destacar fuertemente la importancia del contexto tanto en la etiología como en el tratamiento de los mismos.

En cuanto al trastorno por ataque de pánico se menciona como síntoma específico la presencia del ataque de pánico en sí y el pensamiento disfuncional sobre la recurrencia e impacto mortal futuro del mismo (Nutt, Garcia de Miguel & Davies, 2011).

3.3 Trastorno por ataque de pánico y agorafobia.

De acuerdo con el DSM 5 (APA, 2013) el trastorno por ataque de pánico refiere a la presencia de ataques de pánico recurrentes e inesperados.

Los criterios específicos datan no sólo a la presencia de los mismos sino también a un malestar o cambio conductual que el sujeto realice a partir de la preocupación de una nueva aparición de estos ataques (APA, 2013).

Esta presencia de malestar se vuelve patológica no sólo por ser activada en situaciones que no lo ameritan sino también por la gran intensidad fisiológica que lo acompaña (Schmidt, Korte, Norr & Keough, 2014), como se describe en la Tabla 2.

Normalmente, de acuerdo a Kaplan y Sadock (2008) las primeras de las crisis de pánico suelen ser espontáneas, aunque suelen ser posteriores a actividades de gran activación motora por parte del individuo.

Tabla 2. Criterios diagnósticos para el trastorno por ataque de pánico, DSM 5(2013).

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:

1. Palpitaciones, taquicardia, o ritmo cardíaco 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. Náusea o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, 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 por morir.

Al menos uno de estos ataques es seguido por 1 mes (o más) de uno o ambos de lo siguiente:

1. Preocupación o malestar persistente con respecto a futuros ataques o sus consecuencias (Ej.: perder el control, tener ataque cardíaco, “volverse loco”).
2. Un cambio conductual disfuncional significativo relacionado con los ataques (Ej.: conductas diseñadas para evitar los ataques, como pueden ser evitar o ejecutar acciones no familiares)

La perturbación no es atribuible a los efectos psicológicos de una sustancia (Ej.: abuso de sustancias, medicación) u otra condición médica (Ej.: hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

La perturbación no es mejor explicada por otro trastorno mental.

También, de acuerdo con Anthony, Federici y Stein (2008), pueden existir los llamados *limited symptoms attacks* donde el individuo no cumple con el mínimo de cuatro síntomas especificados pero los mismos son funcionalmente perturbadores para él.

El individuo, tras los ataques, puede adoptar conductas de seguridad con el objetivo de impedir futuros episodios de pánico. Estas conductas constan fundamentalmente de evitar lugares o situaciones en las que se teme puedan desencadenarse dichos episodios, conducta que suele desencadenar entonces la presencia de agorafobia (Nezu, Maguth Nezu & Lombardo, 2006).

Aunque, los pacientes que sufren de este trastorno no evitan de por sí las actividades ociosas en espacios abiertos o con otra gente (O'Connor, Ranglin & Martinsen, 2000), por lo cual en el DSM 5 (2013) la agorafobia se encuentra codificada como un trastorno diferente y, cuando un sujeto padece ambos, debe ser indicada como comorbiles.

La Agorafobia se trata de una constante evitación de situaciones en las que sería complicado el recibir ayuda por parte del individuo (Kaplan & Sadock, 2008). Los mismos pueden afrontar diversas situaciones sociales con la presencia de alguien cercano, llegando a necesitar compañía cada vez que salen de la casa.

Tabla 3. *Criterios diagnósticos del DSM 5 para Agorafobia.*

Marcado miedo o ansiedad al menos en dos situaciones agorafóbicas, como las siguientes:

- 1) Estar fuera de casa a solas;
- 2) Viajar en transporte público
- 3) Espacios abiertos
- 4) Estar en tiendas, teatros o cines
- 5) Hacer cola.

Los temores y/o las conductas de evitación aparecen cuando escapar puede resultar difícil o, en el caso de que aparezcan síntomas similares al pánico no se pueda recibir ayuda.

Las situaciones agorafóbicas constantemente provocan miedo o ansiedad.

Las situaciones agorafóbicas que se evitan requieren estar acompañado de un conocido, o se experimentan con miedo o ansiedad intensa.

El miedo o la ansiedad son desproporcionados en relación con el peligro real que plantea la situación agorafóbica.

La duración tiene que ser al menos de 6 meses.

El miedo, la ansiedad y la evitación provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en el área social, ocupacional, u otra área importante de funcionamiento.

El miedo, la ansiedad y la evitación no se limitan a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, trastornos cardio-pulmonar)

El miedo, la ansiedad y la evitación no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental

Según el DSM 4 (APA, 2003) la agorafobia implica la sensación de ansiedad significativa producida por estar en lugares o situaciones en los cuales exista una dificultad de escapar o resulte vergonzoso hacerlo en caso de que se presente una crisis de pánico o síntomas parecidos, así como también la sensación de no tener ayuda disponible en estas situaciones.

3.3.1 Epidemiología.

El DSM 5 (APA, 2013) indica que, en población general, la prevalencia estimada para un trastorno por pánico en los Estados Unidos y varios países europeos se ubica entre el 2% y el 3 % en adultos y adolescentes.

En los Estados Unidos, se reportan tasas más bajas de trastorno por pánico en

minorías tales como latinos, afroamericanos, afro caribeños y asiáticos americanos, en comparación con blancos no latinos; los indios americanos, en contraste, tienen tasas más altas.

Se han reportado estimaciones más bajas para países asiáticos, africanos y latinoamericanos, que van desde el 0.1 % al 0.8 %. Las mujeres son más afectadas que los hombres, en una tasa aproximadamente de 2 a 1. La diferenciación de género ocurre principalmente durante la adolescencia y es observable antes de los 14 años.

Aunque los ataques de pánico pueden ocurrir en niños, la prevalencia general para el trastorno por pánico es bajo antes de los 14 años siendo menor al 0.4% (APA, 2013).

Las tasas para trastorno por pánico muestran un incremento gradual durante la adolescencia, particularmente en mujeres, seguido del inicio de la pubertad y llegando al punto máximo durante la adultez.

La prevalencia disminuye en sujetos de edad avanzada (0.7% en adultos con más de 64 años), posiblemente reflejando una disminución de síntomas a niveles subclínicos. (APA, 2013)

En cuanto a la agorafobia, también de acuerdo con el DSM 5 (APA, 2013), la mayoría de los casos se desarrollan antes de los 35 años, siendo la media de edad aproximada los 17 años de edad. La prevalencia anual del mismo es aproximadamente 1,7% y, al igual que en el trastorno por ataque de pánico, las mujeres son más vulnerables que los hombres a sufrirlo.

La agorafobia, a su vez, es la principal comorbilidad presentada en pacientes con trastorno por ataque de pánico (Kaplan & Sadock, 2008).

3.3.2. Comorbilidad

Los trastornos mencionados son muy infrecuentes como trastornos únicos dentro de la población clínica diagnosticada (APA, 2013), siendo las apariciones más frecuentes la aparición conjunta con otros trastornos de ansiedad.

De acuerdo con Wetzler y Anderson (1995) la comorbilidad con algún otro trastorno llega a presentarse en dos tercios de los pacientes con trastorno por pánico, lo cual empeora la posibilidad de eficacia del tratamiento de manera considerable. De acuerdo con los autores el trastorno depresivo mayor, el abuso de sustancias y los trastornos de la personalidad son los de más frecuente aparición.

En un estudio dentro de la comunidad europea, se concluyó que los trastornos con mayor comorbilidad con el mismo eran otros trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, afectivos y, principalmente, agorafobia (Goodwin, et al., 2005).

En cuanto a la agorafobia en sí, cabe destacar la presencia de también otros trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en donde los primeros suelen preceder y los segundos ser consecuencia de la misma (APA, 2013).

3.3.3 Tratamiento

Los trastornos mencionados con tratamiento psicológico adecuado suelen tener una considerable y positiva evolución. Dicho tratamiento debe estar basado tanto en el aspecto cognitivo del individuo como en la interacción del mismo con la sociedad por los inconvenientes que se generan en este ámbito (Kaplan & Sadock, 2008).

Históricamente, se utilizaba la desensibilización sistemática para el tratamiento del trastorno por pánico, usando imágenes mentales con ejercicios de relajación dentro del ámbito terapéutico para poder afrontar luego las situaciones en la vida cotidiana (Barlow, Raffa & Cohen, 2002).

Los tratamientos, según los mismos autores, evolucionaron hacia fines de la década de los ochentas hacia una exposición en directo de los pacientes ante la situación temida, previamente establecida y trabajada en terapia, en compañía de algún conocido o del mismo terapeuta en casos graves. Los mismos fueron probados como de mejor eficacia que los anteriores.

Diversas variaciones de la exposición en vivo pueden ser utilizadas por los terapeutas sin que la eficacia de las mismas difiera significativamente entre sí (Martínez

Valero, Perelló del Río & Hernández Viadel, 2011).

En general, se considera que las intervenciones de corte cognitivo-conductual suelen ser las de mayor eficacia ya sea con o sin tratamiento farmacológico en conjunto (Cloos, 2005).

Watzlawick y Nardone (1993) hacen hincapié en un tipo particular de tratamiento, denominado *terapia breve estratégica* respecto a la cual, luego de diferentes estudios, se ha podido concluir que es de gran eficacia para lo que llaman *Trastornos fóbicos graves* dentro de los cuales se incluye el trastorno por ataque de pánico.

Esta aproximación forma parte de la teoría sistémica (Rizzo, 2011), la cual se desarrollará a continuación a fin de contextualizar la misma, para luego volver sobre el tratamiento.

3.4 Pensamiento sistémico: introducción y conceptos clave

El pensamiento sistémico, de acuerdo con Wainstein (1997), puede considerarse como una aproximación hacia el estudio de la mente desde una perspectiva innovadora a partir de una larga evolución que atraviesa diversas corrientes de pensamiento que convergen en la construcción teórica de Gregory Bateson.

Se basa, principalmente, en los aportes de diversas teorías tales como la teoría de sistemas, la teoría de la comunicación humana, la teoría de los grupos, la teoría de los tipos lógicos como así también lo realizado en el campo de la hipnosis por Milton Erickson (Montalvo & Soria, 2011).

Se trata de una nueva orientación hacia la cognición que pretende desafiar los modelos mentales existentes, para así reestructurar el sistema de creencias presente no sólo en la ciencia en general, sino también en el individuo en particular (Stanton & Welsch, 2012).

El proceso mental, desde esta perspectiva, es producto de una interacción entre los componentes de un sistema ya que hay una influencia directa y recíproca entre los mismos (Wainstein, 1997). Dicho de otra manera, cada diferencia en algún componente genera una

diferencia en el sistema total (Rizo, 2011).

Según Morales (2008) los principios básicos del modelo sistémico son los siguientes:

- Toda conducta es comunicación.
- Los sujetos participan activamente en la construcción del significado de aquello que sucede en sus vidas, otorgándole sentido a ello.
- Todas las personas son multi - historizadas.
- La identidad se considera como práctica, intencional y esperanzadora.
- Los sujetos actúan según su historia y su experiencia singular.

Esto implica la comprensión del fenómeno de la comunicación en términos más amplios y abarcativos (Wainstein, 1997), como fue también desarrollado por Mead, quien entiende que la comunicación influye a los otros seres humanos fundamentalmente en términos simbólicos (Roiz, 1989).

En cuanto a la construcción de significado se puede mencionar que, desde la mirada sistémica, no se cree en la existencia de una realidad presente de por sí, sino en que la misma es construida por la evaluación y acción de cada persona, dentro del lenguaje e influyéndose mutuamente (Watzlawick & Nardone, 1993).

Esta idea deriva de lo expuesto por Bateson (1979), quien expresa que no se puede tener acceso a lo real sino a lo resultante del procesamiento que hacen nuestros sentidos de la información presente.

El término de multi – historizadas se encuentra relacionado con lo anteriormente mencionado ya que, según Wainstein (1997) la realidad es construida a partir de la comunicación humana, a partir de la interacción de diferentes realidades subjetivas y esa realidad subjetiva creada depende de la construcción particular que cada persona puede realizar en un momento determinado de su vida.

De acuerdo con Stanton y Welsch (2012) las personas, al ser socializadas, adoptan el pensamiento de acuerdo a la epistemología dominante en la sociedad en la que se encuentran, casi sin noción de que existen otras formas de pensamiento. De acuerdo a estos autores, Bateson expone un método para esta diferencia en los *meta diálogos* que describe tener con su hija en diferentes publicaciones.

La idea sobre la identidad como intencional y práctica, como así también que cada persona actúa según su propia historia, es de acuerdo con que el significado no puede estar separado del contexto, ninguna comunicación o proceso mental tiene sentido sin el ámbito que lo rodea (Bateson, 1979).

Desde esta perspectiva puede observarse que todo trastorno no es individual e intrasubjetivo sino que se encuentra presente en el ámbito comunicacional, en donde el contexto y las relaciones son factores clave a ser tenidos en cuenta para el tratamiento de los mismos (Wainstein, 1997).

Stanton y Welsch (2012) sostienen que el pensamiento sistémico actual se centra en la compleja interacción de los diferentes factores que se encuentran involucrados en el origen y la perpetuación de los problemas.

En el proceso terapéutico se busca la construcción compartida del problema por parte del sistema consultante, resultante de la interacción entre el consultante y el terapeuta, a partir del motivo de consulta inicial traído por quien acude al proceso (Wainstein, 2006).

Desde esta perspectiva, de acuerdo con Morales (2008), un problema es la imposibilidad de resolución de aquellas situaciones indeseables o dificultades que se presentan. En el mismo se presupone que el cliente ha ejecutado diversas soluciones intentadas fallidas ante una dificultad, lo cual sostiene la existencia del problema.

El cambio reside en poder acompañar al sistema en una mayor funcionalidad, basándose en la capacidad inherente del mismo de evolucionar hacia un diferente punto de equilibrio, más adaptado (Stanton & Welsch, 2012).

El terapeuta, entonces, debe aplicar modelos de acción que recorten y expliquen la

realidad, aunque sean considerados arbitrarios, y aplicarlos “como si” fueran ciertos a fin de intentar modificar el sistema que presenta este problema construido (Watzlawick & Nardone, 1993).

3.4.1 Modelos de intervención a partir de la mirada sistémica

Para poder mencionar a un modelo de intervención o proceso terapéutico como dentro de la perspectiva sistémica, la misma debe tener en cuenta la complejidad del contexto que rodea e influye al sistema, estando éste constituido por el individuo, la familia, la comunidad, el sistema político (Asen, 2002).

De acuerdo con Wainstein (2006) pueden diferenciarse tres modelos de intervención dentro de la perspectiva sistémica:

- Estratégico: Se focaliza en adecuar medios y fines. Está dirigido al cumplimiento de objetivos convenidos durante la terapia orientados a la resolución de las problemáticas que presenta el cliente.
- Estructural: Se trabaja sobre el conjunto de reglas de relación que organizan la dinámica familiar o de grupo.
- Constructivo: Trabaja sobre la construcción de la realidad desde el relato del cliente.

La importancia de una intervención sistémica, cualquiera sea, reside en la capacidad de poder ser una terapia lista-para-el-cambio, la cual sea guiada por lo que se da durante la interacción y no aplicando solamente técnicas pre establecidas (Keeney & Keeney, 2012).

Al no haber una realidad objetiva, se busca el reemplazar una visión del mundo que produce malestar o dolor por una que no lo haga, siendo la misma también un constructo mental (Watzlawick, 1990).

El terapeuta, para Watzlawick y Nardone (1993), no debe limitarse a un tipo particular de interpretación del individuo ni por un método de aproximación rígido hacia los problemas. Ya que se tiene en cuenta como los diferentes individuos varían

considerablemente en sus expectativas vitales de acuerdo a su propia historia personal, su posición dentro del ciclo vital o la cultura en la que se encuentran inmersos (Grossman et al, 2012).

3.4.2 Terapia breve estratégica

La terapia estratégica es normalmente breve, menor a 20 sesiones y se encuentra orientada a la extinción de la sintomatología y la resolución de la problemática, utilizando como medio para ello una reestructuración en la manera del sujeto de percibir la realidad (Watzlawick & Nardone, 1993).

Cabe mencionar una serie de intervenciones a aplicar dentro del proceso terapéutico de la terapia breve estratégica a fin de promover el cambio en la consulta, destacadas en la Tabla 4.

Dichas intervenciones, de acuerdo con Watzlawick (2010), deben ser utilizadas con un lenguaje que sea consistente con la visión del consultante, sin importar la opinión del terapeuta sobre la misma.

Dentro de las intervenciones paradójales se puede mencionar la restricción del cambio, en donde el terapeuta desalienta la posibilidad de cambio lo cual puede resultar útil cuando se encuentra una fuerte oposición por parte del consultor (Wainstein, 2006). En esta misma línea se encuentra la prescripción del síntoma, a partir de la cual el terapeuta parece promover la aparición de los mismos.

Este procedimiento se encuentra compuesto por objetivos y estrategias siendo estas últimas, formas de acción construidas para lograr la mayor eficacia posible (Nardone, 2003). A continuación, en el apartado 3.5., se detalla un procedimiento propuesto y validado por Watzlawick y Nardone para los trastornos mencionados.

Tabla 4. Intervenciones estratégicas (Wainstein, 2006).

Intervención	Objetivo
Prescripciones directas	Que el consultante haga lo que se le pide.
Prescripciones paradójicas	Desafiar al consultante, se busca que no cumpla lo pedido.
Reencuadre	Modificar la visión del consultante sobre el problema.
Acción sobre patrón	Cambiar las pautas de acción habituales en problema, sea en tiempo, frecuencia o espacio.
Uso de metáfora	Transmitir el mensaje por medio de una análoga, evitando las resistencias.
Uso de ambigüedad	Que el consultante utilice lo que se adapte más a su personalidad.
Escribir, leer y quemar	Quemar simbólicamente los pensamientos disruptivos.
Técnica de la bola de cristal	Que el consultante vea posibilidad de éxito.

3.5 Terapia breve estratégica para el trastorno por pánico con agorafobia

El tratamiento para este tipo de trastornos se encuentra, según Watzlawick y Nardone (1993), dividido en cuatro etapas caracterizadas por los objetivos acordes a los

mimos. Éstos se describen a continuación con una serie de estrategias propuestas para lograrlos.

En la primera etapa, que sucede entre la primera y la segunda sesión, se busca:

- Obtener confianza y colaboración por parte del consultante.
- Romper el patrón rígido de interacción con la realidad.
- Convencer, al demostrar en la práctica, que el cambio es posible.

Una estrategia, mencionada por Wainstein (2006) para ser utilizada en la primera entrevista es la de *prescripción del síntoma*. Esta intervención que consiste la descripción al paciente de las experiencias que tendrá en las semanas venideras en relación con su problemática; de esta forma, se logra una des focalización del problema por parte del paciente generando así la expectativa de cambio.

Para llevar adelante lo mencionado arriba puede prescribirse el ubicar en una escala el nivel de intensidad de alguna experiencia determinada, la cual no sólo permitirá registrar qué situaciones promueven dicha experiencia sino también lograr una mayor motivación en el consultante con respecto a la terapia (Wainstein, 2006).

A su vez, el terapeuta debe aprender a comunicarse en el lenguaje del paciente y evitar las formulaciones lingüísticas en negativo, para evitar resistencias mayores (Watzlawicz & Nardone, 1993).

Dentro de la segunda etapa (Watzlawick & Nardone, 1993):

- Realizar un refuerzo de la propia capacidad de cambio del consultante.
- Lograr un cambio efectivo de la situación.
- Promover una reestructuración cognitiva.

En esta etapa, que se extiende aproximadamente desde la tercera hasta la sexta sesión, se puede utilizar tanto las prescripciones paradójales como la reestructuración (Watzlawick & Nardone, 1993).

Dentro de esta etapa debe considerarse la posición mencionada en la perspectiva sistémica, en donde se busca evitar el reduccionismo, comprendiendo la importancia de la

complejidad del sistema (Stanton & Welsch, 2012).

La tercera etapa se orienta a:

- Promover que el consultante experimente situaciones de cambio gradual con respecto al problema.
- Lograr una reestructuración de su percepción de sí mismo y de los demás.

Se busca llevar al paciente a experimentar situaciones que de por sí suponen cierto nivel de tensión y de ese modo, junto con las prescripciones directas, se sugestionan circunstancias de espera y de logro gradual (Watzlawick & Nardone, 1993).

En esta etapa también se debe tener en consideración el punto de inflexión en el proceso terapéutico, a fin de poder reforzar las conductas específicas que resultan funcionales para el individuo en cuestión (Stanton & Welsch, 2012).

En la cuarta y última etapa se intenta, por lo tanto, terminar de consolidar la autonomía personal y los resultados positivos. En esta etapa que se desarrolla hacia la sesión final se refuerza la idea de logro personal del consultante; por lo tanto, se corre del centro de escena al proceso terapéutico para que el individuo note que los cambios son a partir de sí mismo (Watzlawick & Nardone, 1993).

Nardone (2003) menciona que el objetivo del proceso terapéutico es que el sujeto lleve a cabo conductas a partir de sí mismo, que lo alejen de la repetición disfuncional que genera la perpetuación del trastorno.

4. Método

4.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo, diseño no experimental.

4.2. Participantes

El presente trabajo se basa en el análisis de un caso único de un hombre de 23 años, que será nombrado como J, a fin de proteger su identidad, diagnosticado con trastorno de ansiedad por pánico con agorafobia. El paciente reside en el Gran Buenos Aires donde comparte vivienda con sus padres biológicos y tres hermanos menores.

El tratamiento fue realizado en un reconocido instituto de terapia sistémica, al cual el paciente arribó con motivo de un trastorno de ansiedad por pánico que tuvo su inicio a los 10 años con posterior desarrollo de agorafobia desde los 19 años.

El tratamiento fue complementado, a su vez, con terapia farmacológica para estabilizar los síntomas producidos por el trastorno.

Se desarrolló durante 2 años con una modalidad de un encuentro semanal en los que en ocasiones tuvo participación la red familiar del paciente.

4.3. Instrumentos

Se utilizó la historia clínica provista por institución, la cual cuenta con información relativa al caso, recabada por el terapeuta a cargo. En la misma se realiza un resumen general de lo transcurrido, descrito por el terapeuta y algunas transcripciones literales de las conversaciones ocurridas. Se mencionan intervenciones realizadas y los objetivos de las mismas.

También se utilizó información provista por el terapeuta a cargo del caso mediante comunicaciones con él.

4.4. Procedimiento

Se realizó un análisis de la información volcada en la historia clínica procurando lograr una consistente descripción del caso.

5. Desarrollo

5.1 Describir las características del caso en relación con el motivo de consulta y su sintomatología.

A fin de describir las características del caso, es importante comenzar comentando un poco el marco contextual del cual forma parte, detallando las características particulares que la familia de J presenta.

El marco de contención familiar es inestable. J relata durante sus entrevistas con el terapeuta que en reiteradas ocasiones buscó consuelo en sus padres en momentos de angustia y miedo ante la posible ocurrencia de un inminente episodio sin demasiado resultado, ya que éstos, según J, no tenían tiempo para ocuparse de él. Aquello resultó en una sensación de falta de seguridad para el consultante. La relación entre los padres de J se menciona como cordial, aunque distante. Según el consultante, su familia no se caracteriza por ser comunicativa o cariñosa, aunque sí respetuosa. Menciona, además, que justamente por ello siempre le resultó incómodo y hasta difícil tocar asuntos como ser sus propios problemas, motivo por el cual la mayoría de las veces prefería no hacerlo. J relata que poco a poco fue volviéndose distante y retraído. Esta idea es congruente con la idea sistémica de la importancia de la interacción para la propia identidad personal (Bateson, 1979).

J tiene tres hermanos menores y, en relación a ello, una característica llamativa de la familia es que dos de ellos también evidenciaron trastornos ansiosos. El padre de la familia trabaja como agente inmobiliario, ocupación que genera una marcada inestabilidad en la economía familiar, ya que depende, para subsistir económicamente, exclusivamente de las comisiones generadas a partir de las operaciones concretadas. La madre de J es ama de casa y, por lo tanto, no genera ingresos económicos. Esta situación implicó en más de una ocasión serios problemas financieros que concluyeron en reiteradas mudanzas y contribuyeron a importantes cambios durante todo el ciclo vital de J.

Durante la primera entrevista el paciente relató su historia en relación con el trastorno. Éste tuvo su primera manifestación a la temprana edad de 9 años, mientras atravesaba un período de recuperación de la enfermedad de mononucleosis. En ese momento, el cual se sitúa aproximadamente a un mes de superada aquella, manifestó el primer ataque de pánico mientras se encontraba descansando en la cama.

Los síntomas que lo aquejaron durante ese episodio fueron despersonalización, fuerte calor, agitación motora y taquicardia, descritos también por el DSM 5, dentro de la sintomatología característica (APA, 2013). Asimismo, luego de este episodio, se presentaron conductas de evitación frente a la asistencia al colegio. Las conductas evitativas son señaladas por Nardone (2003), como el método típico de perpetuación del problema, siendo la evitación una forma de solución intentada fallida.

Ante la intención de J de dejar de asistir al colegio, sus padres se mostraron impacientes y poco predispuestos a la contención emocional del consultante ya que, según el relato de J *“me obligaron a ir al colegio a pesar de la angustia y ansiedad que tenía sin siquiera intentar hablar sinceramente conmigo, de lo que pasaba”*. En la historia clínica el terapeuta destaca en reiteradas ocasiones la queja de J en relación con la forma de comunicación de su familia y su falta de contención para con él, si bien su madre siempre lo llevó a sus terapias acompañándolo desde ese lugar. En este sentido, y retomando a Asen (2002), las interacciones y eventos familiares disfuncionales son importantes a la hora del desarrollo de la patología del consultante ya que la familia como sistema inmediato tiene una fuerte influencia sobre el sujeto.

Durante la adolescencia se producen grandes cambios en la vida de J, entre ellos una mudanza desde la C.A.B.A., donde residía desde su nacimiento, hacia el conurbano bonaerense. Dicho traslado implicó, a su vez, el consiguiente cambio de colegio pasando, además, de uno privado con orientación religiosa (J es de origen judío) a uno estatal y laico.

El segundo episodio de pánico registrado en la historia clínica según el relato del consultante ocurrió a la edad de 16 años en el trayecto de vuelta del colegio hacia su casa. J se encontraba solo ya que el recorrido era de corta distancia. Posteriormente tuvo dos episodios más, ambos de una duración aproximada de 5 minutos, uno 4 meses después mientras se estaba bañando y otro aproximadamente al año del primero, nuevamente volviendo a su casa desde la escuela. Esto encuentra relación con lo postulado por Schmidt, Korte, Norr y Keough (2014), quienes describen que la presencia de malestar se convierte en patológica por ser activada no sólo en situaciones que no lo ameritan, así como también por la gran intensidad fisiológica que lo acompaña.

Según el terapeuta, los cambios mencionados generaron un marcado aumento de

ansiedad en J, contribuyendo significativamente a la subsiguiente reaparición de los episodios. El terapeuta menciona, además, que los cambios típicos de la adolescencia también afectaron el cuadro de J; es decir que las inestabilidades en su contexto social sumado a los cambios biológicos propios del momento vital habrían tenido un efecto negativo durante esta etapa.

A los 19 años padece un nuevo episodio de pánico, esta vez mucho más intenso que los anteriores, de casi 15 minutos de duración, en el que aparecen diversos síntomas característicos de este cuadro, ya experimentados por él en las anteriores ocasiones, pero esta vez acompañados inclusive de un profundo temor a morir, lo cual también se incluye, retomando la descripción del DSM 5 (2013) como posible síntoma dentro del cuadro psicopatológico. En este caso J se encontraba escuchando música en su computadora, mientras estaba solo en su casa.

Dicho episodio es mencionado en la historia clínica como el fundante de la aparición de la posterior agorafobia, lo cual, retomando a Kaplan y Sadock (2008), es algo que suele aparecer con mucha frecuencia.

Durante las primeras sesiones de la terapia, el paciente menciona cómo sus ataques de pánico le fueron impidiendo paulatinamente la realización de sus tareas cotidianas, ante el miedo constante de la aparición de un nuevo ataque. Esto coincide con lo postulado por Nezu, et al. (2006), quienes sostienen que la ansiedad se experimenta en eventos cotidianos y no sólo durante los ataques de pánico.

Para controlar estos síntomas se le prescribe, inicialmente, Lorazepam. J complementó el tratamiento psiquiátrico con tratamiento terapéutico, sin obtener los resultados deseados, hasta llegar finalmente a la institución elegida para la pasantía, a los 23 años de edad. El motivo de consulta registrado en la historia clínica es el trastorno, la sintomatología y sus consecuencias. Esta prescripción suele ser común, siendo el tratamiento farmacológico útil a fin de tratar con el propio miedo del paciente para luego, como menciona Cloos (2005), ser tratado con tratamiento psicoterapéutico que proporcione, además, herramientas y recursos.

Además de la presencia del trastorno por pánico, el consultante presenta ciertas dificultades en el manejo de la ansiedad en general ante situaciones estresantes, sean éstas

normales en el ciclo vital como no, como sucedió en el caso de las mudanzas o cambios de colegio, lo cual, siguiendo la línea de Anthony, et al. (2005), resulta esperable en las personas que padecen este tipo de trastornos.

Las experiencias de ansiedad patológica son una constante en la vida de J, habiendo momentos en los cuales las mismas se manifiestan con mayor nivel de intensidad. Esto encuentran acuerdo con lo que sostiene Nardone (2003) quien plantea que la ansiedad se transforma en una patología cuando el individuo refiere gran dificultad o incapacidad para llevar adelante actividades de su vida cotidiana que pretende realizar. El trastorno ha sido muy incapacitante para J provocando diversas restricciones en su vida; de hecho, hasta su llegada a la consulta, nunca había podido viajar en transporte público sin ser acompañado por alguien significativo, no podía quedarse solo en su casa y evitaba los eventos sociales organizados por sus pares. Volviendo a Nutt, et al (2011), los trastornos de ansiedad son muy disfuncionales para quienes lo padecen causando, entre otras cosas, muchos problemas en lo social.

5.2 Describir las intervenciones realizadas por el terapeuta desde la perspectiva sistémica.

A fin de responder a este objetivo, se describe el tratamiento llevado a cabo utilizando la categorización propuesta por el modelo de Watzlawick y Nardone (1993), indicando inicialmente lo ocurrido durante la entrevista de admisión, bajo los conceptos de primera entrevista (Wainstein, 2006).

Antes de desarrollar el tratamiento realizado en esta institución en particular, cabe mencionar los tratamientos anteriores de J. El primer tratamiento terapéutico que realizó fue de corte psicoanalítico. Sostuvo esta terapia durante 8 meses, sin resultar en una evolución favorable, entre otras cosas, por sus reiteradas faltas y cancelaciones.

Pocos meses previos a su llegada a esta institución, formó parte de dos tratamientos cognitivo-conductuales en donde se solía efectuar la técnica de exposición en vivo durante la terapia y durante las cuales, de acuerdo a lo mencionado por J, se pudieron evidenciar ciertas mejorías leves.

Durante la primera entrevista, a la que el paciente concurrió junto a su madre, menciona los anteriores tratamientos realizados, su incapacidad para manejarse autónomamente y las sensaciones de ansiedad que experimenta. El terapeuta le prescribe entonces, bajo el argumento de buscar esclarecer y conocer un poco mejor las experiencias de J, la elaboración de una *Grilla* en la cual el paciente tomará registro de los síntomas, indicando sus características, duración, intensidad, escalonamiento, evolución y finalización, así como también las tareas que se encontraba realizando al momento de la aparición de los síntomas complementando con una toma de nota de los pensamientos surgidos al momento, para luego trabajarlos en sesión.

Tanto esta grilla, como forma de intervención, como la primera entrevista descrita teóricamente por Wainstein (2006), se ubican dentro del encuadre de la primera etapa del tratamiento mencionado por Watzlawick y Nardone (1993). Los resultados de esta intervención fueron altamente satisfactorios.

Durante las primeras sesiones, mediante la implementación de este instrumento, se buscó quitar el problema del centro de la escena, descentralizando el foco de atención del problema como algo individual, trabajando sólo sobre ciertos aspectos de éste y buscando dentro del relato del paciente las evidencias que sirvan de argumentación para la posibilidad de cambio y el buen funcionamiento general.

Para esto se empezó a trabajar sobre los momentos y circunstancias en donde aparecían los síntomas, siendo el viaje en transporte público en donde se exhibían los mayores niveles de intensidad. Se empieza entonces a tratar ese tema dentro del sistema consultante, buscando las modificaciones que podrían ser plausibles de introducirse con el objetivo de poder desarrollar mayor independencia, algo que J había conseguido siendo más chico al lograr asistir a la escuela luego del primer episodio.

Este tratamiento sobre el síntoma es la llamada intervención de *acción sobre el patrón*, que busca cambiar las pautas de acción dentro del sistema para que los síntomas varíen en cuanto a intensidad o frecuencia; al producirse una diferencia en algún punto del subsistema, el mismo generará otras en el conjunto (Rizzo, 2011).

En cuanto a las diferentes explicaciones y argumentos que mencionaba J respecto a la aparición de los síntomas y su idea de que la situación actual no era posible de ser modificada, se propusieron sostenidamente a lo largo de la terapia, propuestas alternativas de interpretación de la realidad.

La técnica es mencionada como reencuadre (Wainstein, 2006), donde se busca que el consultante modifique la visión actual sobre el problema. La idea de imposibilidad de cambio de J podría decirse que desde la subjetividad del consultante estaba justificada, pero el terapeuta intenta proporcionar una interpretación de la realidad que promueva su bienestar. Esta búsqueda de cambio en la percepción de la realidad es consecuente con la visión sistémica de que el problema es en sí mismo una construcción personal subjetiva y no algo que existe objetivamente (Watzlawick, 1990).

Todas estas intervenciones son a su vez congruentes con la segunda etapa del tratamiento para este tipo de trastornos, continuando con la terapia breve estratégica de Watzlawick y Nardone (1993), en donde se busca resaltar y reforzar la noción de capacidad del paciente dentro de una búsqueda de cambio efectivo.

Alrededor de dos meses y medio después del comienzo del inicio de la aplicación de la grilla, J dejó de completarla a partir de una notoria remisión en cuanto a la experiencia de síntomas, que resultó en una marcada disminución de su motivación para seguir adelante con la aplicación de dicho instrumento en su terapia.

El tratamiento del trastorno fue durante todo el proceso tratado en conjunto con el psiquiatra personal del consultante, el cual continuó con la prescripción de Lorazepam durante los meses en los que se extendió el tratamiento. Esta acción es considerada en general como la de mayor eficacia ante este tipo de trastornos (Cloos, 2005).

5.3 Describir la evolución del paciente a lo largo del tratamiento.

Para describir los cambios positivos que ha experimentado J a lo largo del tratamiento se describe brevemente la sintomatología presentada por el paciente, que ya fue descrita con mayor detalle anteriormente, para luego desarrollar como fue en cada caso la evolución.

En las primeras 4 sesiones se evidenció un marcado progreso respecto al tratamiento de los síntomas. Se logró disminuir la ansiedad mediante el ejercicio de auto registro sintomático al momento de la experimentación del episodio de pánico mediante el uso de la grilla y su posterior trabajo en sesión.

J logró viajar solo por primera vez en transporte público hasta la institución para asistir a la cuarta sesión, comentando sentir muy poca ansiedad. Esto es consistente con la tercera etapa del tratamiento descrito por Watzlawick y Nardone (1993), es decir, que se ha promovido que el consultante experimente situaciones de cambio gradual con respecto al problema.

El logro de una mayor autonomía personal es, quizás, la mayor evolución observable por J, teniendo en cuenta la gran dificultad que presentaba en este ámbito. La terapia logró resultados muy positivos, principalmente en lo que respecta a la consecución por parte del consultante de una independencia de la que carecía dejándolo al margen de diversas actividades necesarias para llevar adelante una vida saludable y que, hasta el momento, no había podido desarrollar con normalidad.

El tratamiento continuó con el fin de consolidar la autonomía personal y los resultados logrados y reforzando la idea de logro personal del consultante, tal como mencionan Watzlawick y Nardone (1993) en la cuarta etapa.

Luego de lograda la consecución de los objetivos planteados por J en el motivo de consulta, el trabajo terapéutico pasó a focalizarse en la superación de particulares aspectos ansiógenos aún presentes que continuaban interfiriendo en el despliegue potencial de su

desarrollo. De esta forma se fueron logrando nuevos objetivos, como ser el inicio satisfactorio de una carrera universitaria, así como también, posteriormente, la incursión en el ámbito laboral. Esto es congruente con lo mencionado por Nardone (2003) en relación con que el objetivo del proceso terapéutico consiste en que el sujeto pueda realizar conductas propias que lo alejen de la repetición disfuncional que genera la perpetuación del trastorno.

. Dos años después de haber comenzado la terapia continúa con tratamiento psiquiátrico a modo de mantenimiento.

6. Conclusiones

Estimo importante comenzar destacando la notable efectividad de la terapia breve sistémica en el tratamiento del trastorno por pánico con agorafobia presentado por el consultante.

Teniendo en cuenta que, como muestran las estadísticas mencionadas anteriormente, el porcentaje de prevalencia general del trastorno por pánico en personas menores de 14 años es menor al 0.4% (APA,2013) se puede inferir lo inusual del caso. Considerando que hasta el momento de asistir a consulta y comenzar el tratamiento el consultante transcurrió una gran parte de su vida siendo afectado o al menos condicionado por el trastorno, sus síntomas y consecuencias en todas las dimensiones de su vida, fundamentalmente la dimensión social y de autonomía personal. En este caso el primer episodio se presentó a los 9 años. Siguiendo la perspectiva de Morales (2008) se presupone que el consultante ha ejecutado diversas soluciones intentadas fallidas ante esta dificultad, lo cual sostuvo la existencia del problema. Esto se evidencia en la marcada tendencia a la evitación de situaciones estresantes por parte del consultante hasta el momento de comenzar el tratamiento.

El trabajo del terapeuta apoyado en el encuadre sistémico ha sido muy satisfactorio logrando en poco tiempo de trabajo conjunto una clara remisión de sintomatología, para luego alcanzar la resolución de la problemática, cambiando la percepción de la realidad del consultante, como postulan Watzlawick & Nardone (1993). Y así logrando que el paciente experimente, al fin, una vida más adaptativa en todas las dimensiones posibles. El éxito de la terapia queda representado teniendo en cuenta el punto de partida y los resultados obtenidos. Y se potencia aún más, desde mi punto de vista, por la brevedad con que fue alcanzado el principal objetivo terapéutico de remisión de sintomatología.

6.1 Limitaciones y aporte personal

Resulta evidente, como principal limitación, el hecho de no haber podido

presenciar una consulta ni conocido al paciente. Obtener la información del caso de las transcripciones de la historia clínica provista por el terapeuta también ha resultado una clara limitación, ya que personalmente hubiera preferido analizar el caso con más elementos para así lograr comprender ciertos aspectos de la problemática del consultante. Principalmente, más información relacionada a la evolución del trastorno a lo largo de los años desde su aparición hasta el comienzo del presente tratamiento. Del mismo modo, apreciar la totalidad de las intervenciones realizadas por el terapeuta hubiera posibilitado una mayor comprensión del proceso terapéutico en particular, como de la terapia sistémica en general.

Hubiera resultado satisfactorio, por ejemplo, analizar con mayor profundidad la dinámica familiar particular consultante, sobre todo teniendo en cuenta que otros elementos del sistema familiar también han padecido trastornos ansiosos, como se detalla en el apartado 5.1. Dicho esto, resulta evidente a mi entender un trabajo más profundo sobre el sistema familiar para complementar el tratamiento del consultante, principalmente apuntando a la prevención de la reaparición de la sintomatología.

También es importante destacar que el paciente continuo en todo momento bajo tratamiento psiquiátrico. Si bien esta recomendado para el tratamiento del trastorno presente en el consultante, y no es una determinación exclusiva del terapeuta a cargo del tratamiento, una vez logrado la remisión de sintomatología y la consecución de objetivos terapéuticos, ya sobre la cuarta etapa del tratamiento, desde mi perspectiva, intentaría lograr la estabilidad del paciente prescindiendo de fármacos para así terminar de consolidar la autonomía personal y los resultados positivos, reforzando así la idea de logro por parte del consultante, para que sea evidente que los cambios fueron logrados puramente a partir de si mismo, en consonancia con lo postulado por Watzlawick & Nardone (1993)

Otra limitación importante resulta de la casi nula presencia de datos académicos publicados sobre la Grilla, es decir, la principal intervención aplicada durante el proceso terapéutico. Esto ha sesgado la posibilidad de respaldar teóricamente, con mayor detalle y solvencia, el segundo objetivo específico dedicado a la descripción de las intervenciones aplicadas durante el proceso.

De cualquier manera, la realización de la pasantía y el posterior análisis del presente caso posibilitaron un acercamiento más concreto a lo que es la práctica de la clínica en esta profesión, ya que el estilo de la formación que brinda la institución está fuertemente ligado al ejercicio de la práctica profesional, por supuesto, desde su particular modelo teórico.

7. Referencias bibliográficas

- Anthony, M., Federici, A. & Stein, M. (2008). Overview and introduction to anxiety disorders en Anthony, M. & Stein, M. (eds.) *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*
- Asen, E. (2002). Integrative therapy from a systemic perspective en Holmes, J; Bateman, A (Eds) *Integration in psychotherapy: Models and methods*. NY: Oxford University.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM IV TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA.
- Barlow, D., Raffa, S. & Cohen, E. (2002). Psychosocial treatments for panic Disorders, Phobias, and Generalized Anxiety disorder. CA: Sage.
- Bateson, G. (1979). *Mind & Nature: A necessary unit*.
- Cloos, J. (2005). The treatment of panic disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(1), 45-50.
- Di Tomasso, R. & Gosch, E. (2002). Anxiety disorders: A practitioners guide to comparative treatments. Springer publications company: New York.
- Eysenck, M. (1992). Anxiety: the cognitive perspective. BPCW Wheaton: Exeter.
- Glas, G. (2004). Philosophical aspects of neurobiological research on anxiety and anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 17(6), 457-464. doi: [10.1097/00001504-200411000-00007](https://doi.org/10.1097/00001504-200411000-00007)
- Greenberg, P., Sisitsky, T., Kessler R., Finkelstein S., Berndt E., Davidson J., Ballenger J. & Fyer A., (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(7), 427-35.

5. Hoffman, D., Dukes, E. & Wittchen H. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depress anxiety*, 25(1), 72-90.
 6. Lieb, R., Becker, E. & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *The journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 445-52.
- Martínez Valero, C. Perelló del Río, M. & Hernández Viadel, M. (2011). El trastorno de pánico, con o sin agorafobia, y su tratamiento. *Información psicológica*, 103, 63-78.
- Miguel-Tobal, J. & 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 la Emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- Keeney & Keeney, 2012 What is systemic about systemic therapy? Therapy models muddle embodied systemic practice. *Journal of Systemic Therapies*, 31(1), 22-37.
doi: [10.1521/jsyt.2012.31.1.22](https://doi.org/10.1521/jsyt.2012.31.1.22)
- Montalvo, J. & Soria, R. (2011) *Terapia Familiar Sistémica: El Modelo Interaccional y Su Aplicación a un Caso de Ansiedad*. Recuperado de Revista electrónica de Psiquiatría Iztacala. <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/22830>
- Nardone, G. (2003). *Más allá del miedo*. Paidós Ibérica.
- Nezu, A., Maguth Nezu, C. Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Distrito Federal, México: Editorial El Manual Moderno.
- Nesse, R. (1987). An Evolutionary perspective on panic disorder and agoraphobia. *Ethology and sociobiology*, 8, 73-83.
- Schmidt, N. B., Korte, K. J., Norr, A. M., Keough, M. E. (2014). Cognitive behavioral therapy for panic disorder en J. Smits (Ed.) *Cognitive Behavioral Therapy: A Complete Reference Guide (Vol. 2)*. New York: John Wiley & Sons.
- Stanton, M. & Welsch, R. (2012). Systemic Thinking in Couple and Family Psychology

Research and Practice. *Couple and Family psychology: Research and Practice*, 1(1), 14-30. DOI: 10.1037/a0027461 (Nutt, Garcia de Miguel & Davies, 2011).

O'Connor, P., Raglin, J. & Martinsen, E. (2000). Physical activity, anxiety and anxiety disorders. *International Journal of Sport Psychology*, 31(2), 136-155.

Rizzo, M. (2011). *Pensamiento Sistémico y comunicación*.

Strongman, K. (1995). Theories of Anxiety. *New Zealand Journal of Psychology*, 24(2), 4-10.

Suin, R. (2001). The Terrible Twos-Anger and Anxiety. *American Psychologist*, 56(1), 27-36. DOI: 10.1037//0003-066X.56.1.27

Suls, J. & Bunde, J. (2005). Anger, Anxiety, and Depression as Risk Factors for Cardiovascular Disease: The Problems and Implications of Overlapping Affective Dispositions. *Psychological Bulletin*, 131(2), 260-300. DOI: 10.1037/0033-2909.131.2.260

Tanios, C., Abou-Saleh, M., Karam, A., Salamoun, M., Mneimneh, Z. & Karam, E. (2009). The epidemiology of anxiety disorders in the Arab world: A review. *Journal of Anxiety disorders*, 23, 409-419.

Wainstein, M. (1997). *Comunicación, un paradigma de la mente*. JCE Editores.

Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. JCE Editores.

Wetzler, S. & Sanderson, W. (1995). Comorbidity of panic disorder en Asnis, Gregory M., van Praag, Herman (Eds.) *Panic disorder: Clinical, biological, and treatment aspects*. Oxford: John Wiley & Sons

Wittchen, H. & Jacobi, F. (2006). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357 – 376

Watzlawick, P. (2010). The use of prescriptions in psychotherapy. *Journal of Systemic Therapies*, 29(4), 35-39. doi: 10.1521/jsyt.2010.29.4.35

Watzlawick, P. & Nardone, G. (1993). *El arte del cambio*. Editorial Herder.