



UNIVERSIDAD ALHER ARAGÓN
INCORPORADA A LA UNAM

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

ACUERDO CIRE NÚM. 09/09 DEL 19 DE MAYO DE 2009

CLAVE DE INCORPORACIÓN 8952-25

“INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN
TRASTORNO DE PÁNICO DESDE LA TERAPIA
BREVE SISTÉMICA”.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

MARÍA GUADALUPE VARGAS PÉREZ

ASESOR

LIC. MIGUEL ÁNGEL AGUILAR PADILLA

NEZAHUALCÓYOTL, MÉXICO, ABRIL DE 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios, por brindarme la oportunidad de concluir este proyecto.

A mi papá Alfredo Vargas, por su cariño y apoyo incondicionales.

A mi mamá María Pérez, por educarme y cuidarme.

A mi abuelita Bertha Basurto, por su amor y ternura.

A mi tío Héctor Vargas, por llevarme tantos años a la escuela.

A mi asesor de tesis, Miguel Aguilar, por guiarme en la elaboración de este proyecto.

A mis amigos Wendy y Jaén por su gran amistad.

A los profesores que contribuyeron en mi formación académica.

Este proyecto va dedicado a mis padres, por todo el apoyo y amor que me han brindado.

ÍNDICE

Resumen.....	6
Abstract.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	11
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	12
Objetivo General.....	12
Objetivos Específicos.....	12
CAPÍTULO I: LA TERAPIA BREVE SISTÉMICA.....	14
1.1 Antecedentes de la terapia breve sistémica.....	14
1.1.1 Teoría general de los sistemas.....	14
1.1.2 Cibernética.....	15
1.1.3 Cibernética de primer orden.....	17
1.1.4 Cibernética de segundo orden.....	17
1.1.5 Fundación del MRI (Mental Research Institute).....	18
1.1.6 Surgimiento de la terapia breve sistémica.....	20
1.2 Principales enfoques de la terapia breve sistémica.....	21
1.2.1 Terapia centrada en soluciones de Steve de Shazer.....	21
1.2.2 Terapia narrativa de Michael White y David Epton.....	25
1.2.3 Terapia estructural de Salvador Minuchin.....	28
1.2.4 Terapia estratégica de Jay Haley y Cloé Madanes.....	31
1.2.5 Terapia del grupo de Milán.....	34
1.2.6 Entrevista circular como intervención.....	37
CAPÍTULO II: EL TRASTORNO DE PÁNICO.....	40
2.1 Definición y criterios diagnósticos del trastorno de pánico según el DSM V 40	
2.1.1 Definición de trastorno de pánico.....	40
2.1.2 Criterios diagnósticos del trastorno de pánico.....	42
2.2 La Terapia Estratégica como intervención psicoterapéutica en el Trastorno de Pánico.....	44
2.2.1 Intervención psicoterapéutica.....	44

2.2.2	Usuario con trastorno de pánico.....	45
2.3	Modelo terapéutico de Giorgio Nardone basado en la terapia estratégica.....	46
2.3.1	Breve historia sobre Giorgio Nardone.....	46
2.3.2	Aproximación al problema.....	47
2.3.3	La intervención.....	49
2.3.4	Las fases de una terapia de corte estratégico.....	50
2.4	Investigaciones relacionadas.....	55
2.4.1	Terapia Breve Sistémica y Atención Primaria: Un Caso de Trastorno Somatomorfo.....	55
2.4.2	Un caso de fobia social con predominio de ataques de pánico.....	56
MÉTODO	.....	59
	Enfoque de investigación.....	59
	Alcance de estudio.....	59
	Diseño de investigación.....	59
	Variables.....	59
	Definición conceptual.....	60
	Definición operacional.....	60
	Hipótesis.....	61
	Sujeto de estudio.....	61
	Instrumento de evaluación.....	63
	Materiales.....	65
	Procedimiento.....	66
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	.....	83
	Preprueba.....	83
	Postprueba.....	86
	Análisis comparativo: Preprueba y Postprueba.....	88
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	.....	91
SUGERENCIAS	.....	97
REFERENCIAS	.....	98
A N E X O S	.....	102

Resumen

En esta investigación de tipo cualitativa, cuyo propósito es tratar el trastorno de pánico a través de la terapia estratégica y describir los resultados obtenidos en un estudio de caso de femenina de 27 años desde la terapia breve sistémica, y la cual se basa en el diseño pre-experimental, dado que el grado de control es mínimo y no hay una referencia previa sobre cuál era el nivel que tenía el sujeto en las variables dependientes. El alcance de la investigación es de tipo descriptivo, debido a que define los cambios logrados en el tratamiento del trastorno de pánico a través de la terapia breve estratégica. Los resultados obtenidos se basan en la disminución de la frecuencia e intensidad con la que aparecían los ataques de pánico, así como una mejora en la confianza de la usuaria.

Palabras clave: trastorno de pánico, terapia sistémica, estudio de caso, psicoterapia.

Abstract

In this qualitative research, whose purpose is to explain and treat the panic disorder presented by the 27 years old female case study from brief systemic therapy, which is based on the pre-experimental design, so it was used An instrument (Panic and Agoraphobia Scale, Bandelow, 1999) to measure the frequency and intensity with which panic attacks occurred, before and after the psychotherapeutic treatment based on the model of strategic therapy, which lasted for 8 Sessions. The scope of the research is descriptive through a case study, because it describes the archived changes in the clinic treatment of the panic disorder with the strategic therapy. The results obtained are based on the decrease in the frequency and intensity of the panic attacks, as well as an improvement in the patient's confidence.

Key words: panic disorder, systemic therapy, case study, psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

Los ataques de pánico se presentan cada vez con mayor frecuencia en las personas adultas, pues el mundo actual requiere de mayores responsabilidades y desafíos que se deben enfrentar para poder sobrevivir. Tal es el caso de las personas que trabajan y se dedican a otras actividades simultáneamente, como cuidar a sus hijos o a un familiar enfermo, además de los problemas económicos por los que la mayoría de la población mexicana pasa. Todo esto aunado a un ritmo de vida muy elevado, que conlleva a la aparición de enfermedades psicosomáticas como la ansiedad en sus diferentes trastornos y el estrés (Yanes, 2008).

Por otro lado, las presiones en el hogar pueden mermar la calidad de vida de las personas y su capacidad para hacer frente a estos nuevos desafíos, provocando que se sientan vulnerables ante situaciones que anteriormente sabrían manejar o que a la mayoría de los individuos no les causarían dificultades (Espina & Pumar, 1996).

La importancia de realizar esta investigación, radica en el hecho de que la gente que padece el trastorno de pánico, a menudo cree no encontrar la solución a su problema, y por ende, caen en la desesperación que los lleva a esforzarse más por tener el control de la situación, generando así, un círculo vicioso del que no encuentran salida (Nardone, 2002).

El proyecto está pensado para ofrecer alternativas de solución eficaces que ayuden a romper ese círculo y así devolverles la seguridad de que ellos mismos son capaces de enfrentar esa problemática partiendo de un enfoque más funcional.

El tratamiento psicológico que se ha utilizado frecuentemente para proporcionar una mejora en las personas que padecen ataques de pánico, ha sido de modelos cognitivos conductuales, psicoanalíticos y humanistas; los cuales han brindado buenos resultados pero en un periodo de tiempo largo, entendiéndose con esto,

un tratamiento de más de 30 sesiones (De Miguel, 2006). Por ello, se buscó información sobre el modelo de terapia breve sistémica, que ayudará a proporcionar efectos benéficos para los usuarios, pero en menor tiempo y desde un punto de vista diferente a los enfoques señalados anteriormente.

El modelo sistémico aborda las diferentes situaciones desde un punto de vista circular y no lineal, y utiliza métodos que podrían parecer ilógicos o contradictorios a lo que la mayoría de las personas esperarían de una terapia (Eguiluz, 2004), como lo son los rituales paradójicos y las ordalías, las cuales serán descritas en el primer capítulo. Estos recursos, aunque parecen poco lógicos, resultan eficaces, pues de acuerdo al principio de parsimonia atribuido a Guillermo de Ockham (siglo XVI), <<*En igualdad de condiciones, la explicación más sencilla suele ser la más probable*>>. Sin embargo, las personas tienden a complicar sus situaciones buscando alternativas que poco o nada les resultan, y siguen intentándolo con mayor ímpetu como si esperasen que lo que no ha funcionado, algún día pueda funcionar (Watzlawick, 1984).

En el capítulo 1 se habla sobre los antecedentes de la terapia breve sistémica, cómo surgió y los principales enfoques que pertenecen a este modelo, como son la terapia centrada en soluciones, la terapia narrativa, la terapia estructural, la terapia estratégica y la terapia del grupo de Milán. Además se describe la entrevista circular como medio de intervención.

En el capítulo 2 se describen las características del trastorno de pánico de acuerdo al DSM V (APA, 2014), así como la intervención desde la terapia estratégica, modelo cuyo autor Giorgio Nardone, ha sido pieza fundamental en el desarrollo de técnicas para el tratamiento de la ansiedad y las fobias. También se describen un par de investigaciones relacionadas al tema central de este proyecto.

En la parte de método, se definen las variables, el instrumento de evaluación, las hipótesis y el procedimiento.

En la última parte se ofrecen los resultados obtenidos después del tratamiento, las conclusiones, las referencias bibliográficas y los anexos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno de pánico es un padecimiento que afecta a muchas personas en la actualidad, aquejando a un 55,9% de la población mexicana (Kohn, Saxena, & Saraceno, 2015). La vida diaria, el estrés al que las personas se ven sometidos, los altos índices delictivos, la economía, los medios de comunicación y los problemas personales, son algunos de los factores que detonan el trastorno de pánico.

No es de sorprender que las personas que padecen el trastorno de pánico estén de mal humor, sientan miedo de salir a la calle, se vea afectada su calidad de vida, sus relaciones interpersonales y laborales, así como el hecho de que sus familiares también sufran al verse inmersos en un escenario del que muy pocos quisieran formar parte.

Muchos de los individuos que padecen este trastorno, se enfrentan a comentarios poco alentadores, pues las personas que no han experimentado una crisis propia del tema de estudio, afirman que <<están exagerando>>, <<se hacen los enfermos>>, <<quieren llamar la atención>>, o bien, <<que son débiles de carácter>>. Por lo que, quienes viven con este trastorno, se pueden llegar a sentir incomprendidos y <<anormales>>. Pero estas afirmaciones nada tienen que ver con lo que sucede, pues realmente las personas que lo padecen, experimentan todas o varias características del trastorno de pánico, las cuales se detallan en el segundo capítulo.

Es por ello que la presente investigación pretende aportar una nueva forma de abordar esta problemática, con la finalidad de que se encuentren soluciones rápidas y eficaces para esta situación que aqueja a más de la mitad de los mexicanos.

Durante mucho tiempo, la ciencia ha estudiado cómo la ansiedad y el estrés afectan la salud de las personas tanto física como psicológicamente. Sin embargo,

aún queda mucho por descubrir en este terreno, por lo que los avances en medicina y las diversas investigaciones en el ámbito de la salud mental, deben apresurarse para combatir este mal que aqueja a muchas personas.

En la esfera psicológica, hay distintos modelos de psicoterapia que pretenden ayudar a los individuos a enfrentar esta problemática, como lo son la terapia cognitivo conductual, el psicoanálisis, la terapia Gestalt, la terapia humanista y la terapia de corte cognitivo, los cuales son muy conocidos y utilizados por los profesionales de la salud. Sin embargo, dentro de estos paradigmas, existe también la terapia breve sistémica, que, aunque es relativamente joven, ha empezado a llamar la atención en cuanto a las alternativas que ofrece para tratar a las personas con trastorno de pánico (García, 2013).

Los beneficios que presentaría esta investigación, serían que el cliente estaría adquiriendo el control sobre el trastorno de pánico de una manera que no se daría cuenta, pero que sería funcional para enfrentar esta problemática que le aqueja, para posteriormente analizar junto a su terapeuta cuáles fueron los recursos y las herramientas que se utilizaron para otorgarle este poder de control, ya que el ataque de pánico ocurre de manera espontánea y por lo tanto, el cliente podría percibir que escapa de sus manos esta situación (García, 2013). Además, el aporte de una nueva opción terapéutica que brinde resultados eficaces y en poco tiempo, ambas cualidades que los individuos que acuden al consultorio esperarían poder encontrar dentro de la terapia.

Durante esta investigación se tomó en cuenta la duración de la terapia breve sistémica, la eficacia que tiene, las diversas técnicas que se pueden emplear para el trastorno de pánico, el tiempo que toma empezar a ver resultados y la prevalencia de los beneficios que ésta aporta, por lo que se aprecia como una terapia completa y funcional para este padecimiento, lo que lleva a cuestionar lo siguiente.

¿Puede el trastorno de pánico, ser resuelto desde la terapia breve sistémica?

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Aquí se exponen las preguntas que se pretende investigar a lo largo de todo el proyecto.

1. ¿Cómo define la terapia breve sistémica el trastorno de pánico?
2. ¿Qué estrategias de la terapia breve sistémica son las más eficaces para tratar el trastorno de pánico?
3. ¿Cuáles son los intentos de solución que más utilizan los usuarios para evitar los ataques de pánico?
4. ¿Cuáles son los resultados que se obtendrán en el tratamiento de los trastornos de pánico desde la terapia breve sistémica?

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Aplicar las técnicas de la terapia breve sistémica para resolver el trastorno de pánico en un paciente.

Objetivos Específicos

1. Definir la manera en que la terapia breve sistémica concibe el trastorno de pánico.
2. Explicar las estrategias más eficaces de la terapia breve sistémica para tratar el trastorno de pánico.
3. Conocer los intentos de solución que utilizan los usuarios para tratar de controlar los ataques de pánico.
4. Analizar los resultados obtenidos en el tratamiento de trastornos de pánico desde la terapia breve sistémica.

Ahora se hablará sobre la terapia breve sistémica, su historia, fundamentos epistemológicos y los principales enfoques que utiliza este modelo psicoterapéutico.

CAPÍTULO I: LA TERAPIA BREVE SISTÉMICA

CAPÍTULO I: LA TERAPIA BREVE SISTÉMICA

1.1 Antecedentes de la terapia breve sistémica.

La terapia breve sistémica surge de una epistemología constructivista que se había desprendido de la teoría general de los sistemas y de la cibernética, pues estas dos vertientes estudian las interacciones dentro de una organización llamada sistema y cómo los cambios que se producen al interior, afectan no sólo a un miembro, sino a todo el sistema en general (Hurtado, 2011). A continuación, se explicarán estos paradigmas.

1.1.1 Teoría general de los sistemas

Esta teoría fue desarrollada por el biólogo austriaco Ludwing Von Bertalanffy en 1969, y en la que se postula que un sistema está conformado por muchos elementos que interactúan juntos como parte del entero de una estructura. Cada elemento no puede ser considerado o examinado de forma individual, sino que debe ser estudiado en el contexto de sus interacciones (Von Bertalanffy, 1989).

De acuerdo con la definición de Hurtado (2011), podríamos decir que un sistema es el conjunto de partes que interactúan entre sí para lograr un objetivo (Hurtado, 2011). La teoría general de sistemas se basa en el estudio de los fenómenos comprendidos como una totalidad integrada por varias partes (o sistemas) que interaccionan entre sí, y en el cual se pretende analizar al sistema de una manera total y lógica, donde son de gran importancia las relaciones entre las partes que lo conforman.

Gregory Bateson revolucionó la psicoterapia al introducir un enfoque constructivista que se apoyaba en la teoría general de sistemas. Incorporar la teoría físico-matemática, que causó conmoción en los años 40s, y la cual resultó en un cambio de paradigma en los años 60s cuando comienza a operar la Escuela de Palo Alto, uno de los institutos que más aportó a los estudios de la comunicación interpersonal (Alemany, 2013).

Todos los miembros de la Escuela de Palo Alto basaron sus afirmaciones teórico-prácticas en las teorías de Bateson. Cada autor interpretó a su modo los postulados de este autor para así dar origen a distintas aproximaciones, metodologías, estrategias y formas de terapia (Ceberio, 2006).

Para el estudio de los sistemas, es necesario hablar de la cibernética, pues esta ciencia proporciona conceptos relevantes para la comprensión de la comunicación y de la interacción entre cada sistema.

1.1.2 Cibernética.

La cibernética se define como la ciencia que se encarga del estudio de la transferencia de información para el control y la organización de un sistema (Hurtado, 2011). La cibernética, basándonos en el concepto del epistemólogo, antropólogo, ciberneta y padre de la terapia familiar, Gregory Bateson, es la rama de las matemáticas que se encarga de los problemas de control, recursividad e información, mismos que sirven para que el sistema interactúe con las distintas partes que lo conforman (García, 2013).

La teoría cibernética empleó el término <<homeostasis>> para describir el proceso por el cual el sistema de las máquinas se regula para mantener una estabilidad (Hurtado, 2011).

La aparición de la cibernética hizo posible que el estudio de la comunicación pudiera entenderse desde una perspectiva diferente, gracias al descubrimiento del

Feedback. Éste puede ser positivo o negativo. El negativo caracteriza la homeostasis y desempeña un papel importante en conseguir y mantener la estabilidad de las relaciones. El feedback positivo por otra parte, conduce al cambio; es decir, la pérdida de la estabilidad o el equilibrio, pero en ambos casos, parte del output del sistema se vuelve a introducir como información sobre el output. De tal forma que la diferencia es en el caso del feedback negativo, la información se utiliza para reducir la variación en cuanto a una norma preestablecida, es por ello que se le llama negativo. Mientras que en el caso del feedback positivo, la misma información opera como una medida para ampliar la variación de la regla preestablecida. La variación en el output es, por lo tanto, positiva en cuanto a la tendencia existente hacia la inmovilidad (De Miguel, 2006).

Es por ello que las relaciones humanas pueden considerarse como bucles de feedback. El feedback negativo y positivo es más complejo en los sistemas abiertos que en los cerrados, en los que la homeostasis, más que un cambio o crecimiento, es la norma. En los sistemas cerrados, los cambios se producen en las relaciones internas; es decir, un cambio a nivel uno (Cibernética de primer orden) según el modelo de Bateson. Sin embargo, en los sistemas abiertos hay la posibilidad de que se produzca un cambio en el sistema en sí, que sería un cambio a nivel dos (cibernética de segundo orden) (Tomasello, 2013), de los cuales se hablará a continuación,

1.1.3 Cibernética de primer orden.

Los sistemas buscan la homeostasis de manera natural; sin embargo, este proceso puede impedir el cambio, haciendo que las partes de un sistema, pongan en marcha ciertos mecanismos para autorregularse que ya no son funcionales, por lo que este sistema de prevención del cambio se conoce como cibernética de primer orden. De esta teoría se toma la aplicación de círculos de retroalimentación, tanto positiva como negativa, para mantener en orden un estado estable de homeostasis. Por lo tanto, la comunicación humana, cuyos sistemas abiertos operan en dos direcciones con la habilidad de aprender y evolucionar, puede verse limitada por un estado de homeostasis. Este punto es muy importante cuando se considera en problemas familiares y su falta de habilidad para resolverlos (Alemany, 2013)

1.1.4 Cibernética de segundo orden.

En la cibernética de segundo orden, es indispensable aplicar nueva energía (comunicación) para facilitar el cambio. Los círculos de retroalimentación son el punto clave en el cual se puede introducir esa nueva energía o mantener la situación tal cual. Puede haber un cambio en el proceso o contenido de la comunicación recibida y la respuesta puede variar según la nueva información. De tal manera que el concepto de retroalimentación, el aprender y adaptarse a respuestas, es lo que se conoce como cibernética de segundo orden. La visión terapéutica que aplica los círculos de retroalimentación de la cibernética se sustituye por círculos ínter- subjetivos de diálogo. Esto lleva a que la conversación sea el principal medio utilizado en la terapia (Sánchez, 2000).

1.1.5 Fundación del MRI (Mental Research Institute).

El MRI (Mental Research Institute, en español, Instituto de Investigación Mental), se fundó en 1959, por el psiquiatra Donald Jackson en Palo Alto, California, Estados Unidos (García, 2013).

De acuerdo con el MRI, las familias tienen estilos de interacción regidos por normas que limitan el actuar de sus integrantes y que ayudan a mantener los problemas por los que las personas van a terapia. Dichos problemas surgen cuando los individuos intentan solucionar un conflicto de la misma manera, una y otra vez, originando entonces, un circuito de retroalimentación que, afortunadamente, se puede romper por medio de prescripciones diseñadas a detalle; es decir, de una manera estratégica (García, 2013). Es así como las soluciones erróneas intentadas de manera repetitiva, son la pauta que mantiene el *statu quo* (O'Hanlon & Cade, 1995).

Al MRI se suman Gregory Bateson, Paul Watzlawick, Jay Haley y John Weakland, entre otros, siendo los autores mencionados, los más relevantes dentro del proyecto (García, 2013)

El psicoanálisis era el único método del que se tenía conocimiento, pero Haley y Weakland notaron que el modelo de hipnosis desarrollado por Milton Erickson, era una manera alternativa de tratar los conflictos psicológicos (O'Hanlon, 2001).

Lo que Erickson había desarrollado, era un nuevo concepto de la hipnosis, pues él aseguraba que todas las personas son capaces de superar sus problemas y entrar en un trance que les permita ver las soluciones, por lo que Milton pretendía que la terapia fuera no un ritual, sino una forma de conversar con el usuario muy distinta a lo que manejaba el psicoanálisis (O'Hanlon, 1993).

Erickson utilizaba la narración de anécdotas y establecía tareas que no eran probables de verse como intervenciones terapéuticas (O'Hanlon, 1993).

Fue así como los fundadores del MRI, voltearon la mirada hacia los trabajos de Milton Erickson, y adoptaron una postura constructivista, que se basa en la idea de que las personas deben ser partícipes en el tratamiento para poder construir un sistema que les permita comprender su mundo y sus experiencias; y no ser receptores pasivos (García, 2013).

Los autores que participan en la escuela de Palo Alto, afirman que no existe una realidad única o universal, sino que hay distintas maneras de entender y de explicar los sucesos que se presentan en la vida cotidiana (García, 2013).

Los problemas que las personas traen a terapia tienen que ver con el tipo de significados que las personas han conservado en torno a ellos. Los individuos interpretan la realidad en la que viven y, entre todas las posibilidades que tienen a su alcance, seleccionan unos acontecimientos que pasan a formar parte de su experiencia (Watzlawick, 1992). A los acontecimientos elegidos se les asignan una serie de significados y todos ellos conforman los <<relatos>> que dan sentido a su vida (O'Hanlon W. 1993).

El mayor aporte al estudio de la comunicación por la Escuela de Palo Alto es la distinción entre dos niveles de comunicación: los niveles de relación y de contenido. Estos son considerados axiomas de la comunicación, por lo que son necesarios e irrefutables en el marco conceptual que operan. El nivel de contenido es el mensaje explícito y objetivo de lo que se entrega. El nivel de relación es el mensaje que establece como ha de ser entendida la comunicación y define cómo ésta se está presentando. Este nivel puede expresarse en la forma verbal y no verbal (se puede definir la relación a través de la comunicación no verbal, ya sea en el tono de la voz, las posturas, gestos, etc.), a diferencia del nivel de contenido que sólo se da en forma verbal. Podemos decir que en el nivel de contenido se da

un mensaje objetivo mientras que el nivel de relación se presta a interpretaciones. Lo relacional puede presentarse solo, sin nivel de contenido, como sería una mirada hostil o una sonrisa. Estos niveles sirven para reconocer el valor de la conducta y las intenciones en la comunicación (Ceberio, 2006)

1.1.6 Surgimiento de la terapia breve sistémica.

Se llama terapia breve porque los personajes que participaron en el MRI, diseñaron un tratamiento que brindara en el menor tiempo posible, resultados eficaces y duraderos para las personas que acudían con un psicólogo en busca de ayuda, a diferencia del psicoanálisis cuya duración se extendía por muchos años y su costo era elevado. Estas sesiones serían semanales o quincenales y se basarían en estrategias que interrumpieran las pautas que se seguían para solucionar un problema. Además, si la terapia se alarga, se corre el riesgo de que la interacción con el terapeuta también forme parte de la pauta que mantiene el problema (Ochoa, 1995).

En un principio se trabajaba con un modelo de terapia familiar, pero después se implementaron las técnicas antes mencionadas hacia los sujetos de manera individual, partiendo del supuesto de que todo individuo es un sistema dentro de un sistema más amplio que sería la familia y por lo tanto, si se producen cambios en un integrante del sistema, también se producen modificaciones en el sistema familiar (Eguiluz, 2004).

Se puede concebir la intervención psicológica como una conversación terapéutica, misma que en la que el terapeuta, utilizando un lenguaje para el cambio, trata de consensuar con su cliente nuevos significados o, si se quiere, trata de generar relatos alternativos a la historia del consultante, que ofrezcan nuevas posibilidades a los individuos (Ceberio, 2006).

La terapia breve trabaja con fenómenos observables y afirma que los problemas son producidos por a) los conceptos que utilizan las personas para definir sus conflictos y, b) por las soluciones fallidas intentadas de manera reiterativa sobre ese conflicto. (O'Hanlon & Cade, 1995)

1.2 Principales enfoques de la terapia breve sistémica.

La terapia breve sistémica proporciona diversos enfoques para explicar un problema, de los cuales se describen los siguientes.

1.2.1 Terapia centrada en soluciones de Steve de Shazer.

Este modelo terapéutico se basa en la idea de que la atención se debe situar en los éxitos de la persona para resolver sus problemas y en los recursos que posee, en lugar de centrarse en sus carencias e incapacidades. Es decir, no se busca lo que está mal para arreglarlo, sino que se busca lo que está bien para descubrir cómo usarlo. Además, el terapeuta debe renunciar al rol de experto que realiza un diagnóstico y adoptar una posición de <<no saber>> para desarrollar una conversación con el cliente y así indagar la manera en que el consultante conceptualiza el problema que lo llevo a terapia. Así, el cliente define la problemática desde su propio punto de vista, y el terapeuta participa en la creación de la realidad dentro del sistema terapéutico, por lo que no se invierte tiempo tratando de convencer a la persona de que acepte determinada orientación terapéutica para que se le pueda ayudar, y de esta forma, el tratamiento estaría estandarizado al cliente (García, 2013).

Un principio que se maneja en este enfoque terapéutico, es que el cambio es inevitable; es decir, el cambio ya forma parte de la vida diaria de las personas, hasta el punto en el que no pueden dejar de cambiar. De esta forma, la terapia

cosiste en identificar todos los cambios que se van produciendo de manera natural, para utilizarlos a fin de encontrar una solución. Desde esta perspectiva, no es necesario saber mucho a cerca del problema para resolverlo, sino conocer lo que el consultante está haciendo bien al respecto. Por lo tanto, la terapia está orientada hacia lo que el cliente está haciendo en el presente y lo que hará en el futuro respecto a la situación que vive actualmente, en lugar de centrarse en el problema como tal (Canevaro, 2012).

1.2.1.1 Evaluación.

Cuando el cliente llega a terapia, expone una dificultad a la que se suman los intentos fallidos por solucionarla, debido a que él cree que el único recurso con el que cuenta es seguir haciendo lo que hasta ahora venía realizando, a fin de que el problema se resuelva en una de esas oportunidades, sin darse cuenta, que lo que realmente consigue es mantener el síntoma. Por lo tanto, el consultante no se da cuenta que hay ocasiones que la problemática no aparece o su intensidad es menor, porque ha hecho algo distinto a lo que acostumbraba hacer. Así, la terapia centrada en soluciones enfoca su atención en estas <<excepciones>>, pues pretende ampliar y fortalecer dichas excepciones (Ochoa, 1995).

1.2.1.2 Intervención.

Durante las sesiones, el terapeuta se va a dedicar a generar soluciones; es decir, cambios en la percepción de los acontecimientos y a nivel conductual, a fin de mejorar la manera de superar el problema que llevó al cliente a consulta (García, 2013).

La teoría del cambio, consiste en ampliar las soluciones eficaces y resaltar las cosas que son satisfactorias para el consultante, de tal modo que se debe

especificar las estrategias eficaces de solución para ese problema, pues el hecho de hacer notar que hay veces en que se produce el síntoma y otras no, permite crear en el cliente la expectativa de que es posible un futuro sin el problema (Espina & Pumar, 1996).

La intervención comienza definiendo los objetivos que se pretenden conseguir durante la terapia, así como el establecimiento de señales que le indiquen al cliente que ha avanzado hacia el logro de las metas terapéuticas. También se le pide a la persona que indique cual sería un cambio mínimo que vería en cuanto a la problemática. Dentro de las sesiones, se les pide a los clientes que realicen ciertas tareas a fin de recabar más datos, si cumplen lo prescrito, se continúa con tareas directas. Si los consultantes modifican la tarea, se elaboran tareas indirectas o modificables; y si hacen lo opuesto, se diseñan tareas que incluyan la posibilidad de hacer lo opuesto, de forma que se produzca el cambio deseado. Si la respuesta es vaga, se recomiendan tareas vagas y/o relatos metafóricos. Y cuando no hacen nada, no se sugieren tareas o se prescriben tareas paradójicas (Ochoa, 1995).

Las preguntas que se realicen, deben arrojar información sobre las facetas fuertes de los clientes y los recursos con los que cuenta, así como encauzar el lenguaje del consultante hacia el cambio perceptivo o conductual, como sería cambiar el tiempo verbal. Se formulan preguntas que presuponen la existencia de una solución eficaz en el funcionamiento habitual de los clientes, ya que inducen el cambio, de tal forma que su formulación manifiesta que existe un futuro sin el problema. (Espina & Pumar, 1996)

Las técnicas de intervención, de acuerdo a Ochoa (1995) son las siguientes:

- ✓ Redefiniciones: La técnica de la redefinición consiste en modificar la manera en que el cliente interpreta el síntoma. Su finalidad es cambiar la definición de un problema que pareciera que no tiene remedio, para que se vuelva solucionable, no subestimarle ni interpretarlo como algo positivo exclusivamente.

- ✓ Connotaciones positivas: Cuando existen dificultades para identificar soluciones eficaces, se puede modificar el punto de vista que los clientes tienen del problema asignándole un nuevo significado, específicamente atribuyendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas relacionadas con el síntoma. A esto también se le llama <<elogio>>.
- ✓ Metáforas: Técnica que se utiliza para evitar las estrategias de tipo racional que el cliente puede oponer a la prescripción del terapeuta; revelar un patrón de interacción; o hacer que él mismo descubra la solución a su problema. Para establecer este tipo de intervención se escoge un tema aparentemente neutro en el que, a través de un lenguaje analógico, se incluyen sugerencias que tienen que ver con el problema. Se espera que una parte no racional de los sujetos defina la relación analógica, facilitando la solución.
- ✓ Tareas directivas: Su finalidad es cambiar las reglas y el rol que tiene el paciente que hace mantener el síntoma.
- ✓ Rituales: Intervenciones que proponen una secuencia de conductas, definida con precisión, en la que se establece qué ha de hacer el cliente, dónde y en qué momento, sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier otra intervención verbal. Cuando las nuevas conductas y reglas se incorporan a la vida del consultante, se espera que él necesariamente ha de responder a ese nuevo elemento creando un cambio.

1.2.1.3 Hoja de trabajo.

De acuerdo con Ochoa (1995), los datos recabados durante la entrevista se deben anotar en una hoja de trabajo que debe contener los siguientes datos:

- ✓ Cosas positivas y eficaces que hacen los clientes dentro y fuera del área sintomática.
- ✓ Diferencias entre lo que ocurre cuando surge el problema y cuando no surge o lo hace en menor medida.

- ✓ Excepciones espontáneas, deliberadas o potenciales.
- ✓ Propuestas de posibles intervenciones.

1.2.2 Terapia narrativa de Michael White y David Epton.

Este tipo de terapia consiste en la narración del problema por parte del consultante, donde se presenta un fenómeno llamado <<descripción saturada del problema>>, el cual se entiende como la exposición de sufrimiento, dolor, angustia y frustración en la vida de la persona que acude a terapia, sin que éste tenga alguna esperanza de resolverlo por sí solo. El terapeuta acepta y toma en serio esta descripción, pero también entiende que es sólo una parte de la historia. De este modo, cuando la persona termina su relato, el terapeuta hace preguntas para que el consultante pueda detallar aún más, el modo en que el problema afecta su vida, y con cada respuesta, ambos recuperan información sobre recuerdos y experiencias que serán la base desde donde partirá la terapia (Payne, 2002).

La terapia narrativa se centra en la idea de que las personas viven de historias que se cuentan a ellos mismos y las que les cuentan los demás acerca de su persona, por lo que estas historias transmiten un significado y conducen la manera en que actúan, sienten y piensan. De esta forma, obtienen experiencias y significados más complejos, por lo que si se cambia la narrativa, también se cambia la forma en la que perciben la vida (Vetere & Dallos, 2012).

Dentro de este enfoque, se recurre a una técnica que se llama <<bautizar el problema>>, que se refiere al hecho de asignarle un nombre específico a lo que el consultante experimenta. Si a la persona no se le ocurre nada, el terapeuta sugiere alguna palabra o frase corta, como depresión, frustración, estrés o algún otro, esto con la finalidad de que el consultante tenga el control sobre un problema en concreto y sea posible un lenguaje externalizador, lo que significa que el terapeuta utilizará este lenguaje para transmitir implícitamente que el problema <<tiene efectos sobre>> la vida de la persona en lugar de <<ser parte de ella>>.

de tal manera que el consultante logre distanciarse de la problemática y concebirla como producto de las circunstancias y no de su personalidad (Payne, 2002).

Los terapeutas que se apoyan en la terapia narrativa, suelen pedir a los clientes que detallen aún más su relato, a fin de encontrar situaciones en las que la persona haya podido resolver el problema de manera eficaz, o bien, donde haya podido evitar que sucediera, pues en esta segunda fase de la narración, hay partes de la historia que fueron omitidos inconscientemente por el consultante. El objetivo es lograr que la persona sea consciente de que puede solucionar la situación, pues ya lo hizo anteriormente, y que existen partes de su relato que parecen negar, contradecir o modificar la historia inicial, a esto se le llama <<desenlaces inesperados>> (Payne, 2002)

De esta manera, el terapeuta logra focalizar al consultante sobre los desenlaces inesperados, interesándose por los sentimientos, pensamientos y conductas del pasado, presente y futuro, y orientando sus preguntas hacia la visualización del propio consultante como solucionador del problema. Por lo que en este punto, la persona puede decidir si dejar que la descripción saturada del problema domine su vida, o bien, tomar en cuenta los desenlaces inesperados de la historia para darle un giro a su postura dentro del problema (Eguiluz, 2008).

1.2.2.1 Evaluación.

El enfoque narrativo de White y Epston se basa en el supuesto de que las narrativas no representan la identidad y los problemas de la personas; más bien las narrativas son la identidad y los problemas. De este modo, los problemas humanos aparecen y se mantienen gracias a las historias opresivas que dominan la vida de las personas. Pero estos relatos no sólo determinan el significado atribuido a sus vivencias, sino que también determinan qué aspectos de la experiencia vivida seleccionan para asignarles un significado (García, 2013).

El enfoque narrativo se basa en el principio de que las personas categorizan sus experiencias a través del lenguaje. Sin embargo, al momento de narrar la experiencia, ciertas partes quedan fuera porque son menos atendidas que otras. Sin embargo, cuando logran recordar éstas partes, las personas son capaces de formular una historia más completa de su experiencia. Si se anima a los pacientes a atender a las partes marginadas de su experiencia, pueden crear historias íntegras y atribuir nuevos significados. En otras palabras, la terapia narrativa invita a los supervivientes a involucrarse en una revaloración, construir nuevos significados e integrarlos en su experiencia (White, 1997).

1.2.2.2 Intervención.

El objetivo de la terapia narrativa es ayudar al cliente a reescribir su vida, incorporando a su relato pedazos de la historia que han sido marginados de la experiencia, acontecimientos que constituyen excepciones a la narrativa actual; entonces la persona será capaz de dar un nuevo significado a su vida pasada y proyectar un futuro menos opresivo que el que manifiesta en la actualidad. Además, este enfoque señala que los nuevos significados cobran mayor valor en cuanto son transmitidos y compartidos con la red social (familia, amigos) que rodea y sostiene al cliente, propiciando, por lo tanto, diversas instancias en donde es posible establecer esta conexión, ya sea en forma simbólica (cartas terapéuticas) o en forma directa (foros, talleres, encuentros familiares) (White, 1997).

1.2.3 Terapia estructural de Salvador Minuchin.

Este modelo se centra en los distintos niveles de organización que existen en las familias, los cuales reflejan jerarquías y su interacción entre los integrantes se ve afectada por las reglas implícitas que posee cada sistema familiar (Ochoa, 1995).

La terapia estructural se encarga del estudio de éstas reglas implícitas a fin de comprender su funcionamiento; es decir, la manera en que los individuos interactúan por medio de estas reglas y cómo afecta su relación haciéndola disfuncional y manteniendo patrones que no son saludables. Desde esta perspectiva, el problema no recae en un sujeto, sino en la interacción y en los vínculos que se han estructurado en el interior de la familia (Minuchin, 2004).

1.2.3.1 Evaluación.

De acuerdo con la terapia estructural, un individuo no es un ser que se encuentre aislado, sino que es activo dentro de los grupos sociales, por lo que su construcción de la realidad se basa en el medio que lo rodea. De esta forma, el sujeto es influenciado por su entorno familiar en el que él también influye, y si se realizan cambios en el individuo, también se van a producir modificaciones a nivel familiar, puesto que el terapeuta formará parte de los cambios que se realicen en la estructura familiar, al ser el facilitador dentro de la terapia proponiendo nuevas formas de interacción que resulten más sanas (Minuchin, 2004).

Siguiendo con este paradigma, la familia no puede ser estudiada como un sistema inmóvil, sino que se debe tener una visión de la interacción que sucede en el interior de ella y desde una perspectiva del terapeuta como agente para propiciar el cambio, de tal forma que se pueda captar al sistema familiar con sus estructuras y sus normas implícitas (Minuchin, Nichois & Yung, 2011).

La familia es entonces un sistema en transición, pues hay etapas en el ciclo evolutivo familiar que se da de forma natural y que en algunos casos provoca que los niveles de estrés se eleven y propicien la aparición del estrés. Sin embargo, hay algunas familias que se adaptan a los nuevos ciclos y desarrollan formas más sanas de comunicarse, pero otras familias responden al estrés de una forma poco funcional, aferrándose entonces a las antiguas formas de resolver problemas (Demicheli, 1995)

Para saber si un patrón de interacción familiar es funcional, se debe observar si las conductas o tareas de cada individuo se adecúan a su edad cronológica y si los cambios en el proceso de evolución tienen un tiempo justo de transición para cada etapa, pues si son demasiado rápidos o demasiado lentos la adaptación se torna problemática (Ochoa, 1995)

La terapia estructural indica que el síntoma se mantiene porque el sistema tiende a llevar un equilibrio y permanecer en esa posición. Esto no significa que el equilibrio sea nocivo en sí mismo, sino que lo empieza a ser cuando no permite que haya un crecimiento y un cambio necesario para que las personas y las familias puedan seguir su ciclo evolutivo (Minuchin, 2004).

1.2.3.2 Intervención.

El objetivo terapéutico es cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y las jerarquías, encuadrando novedad y variedad en las estrategias de la vida de la familia que reemplacen a las pautas de rigidez y rutina crónicas que caracterizan un sistema patológico (Minuchin, Nichois, & Yung, 2011).

Considerado el síntoma como una falta de adecuación entre la estructura que presenta la familia, la intervención se dirige a provocar una crisis o un desequilibrio, en la estructura familiar. Ésta crisis inducida terapéuticamente se consigue a través de la técnica del desafío, mediante la cual el terapeuta

cuestiona la estructura presentada por la familia, obligándola a buscar nuevos patrones conductuales que sustituyan a los antiguos disfuncionales (Ochoa, 1995).

Las técnicas utilizadas, de acuerdo a Minuchin (2004), son las siguientes:

- ✓ Modificación de los constructos cognitivos: El terapeuta altera los conceptos cognitivos familiares, presentando una visión del mundo diferente.
- ✓ Intervenciones paradójicas: El terapeuta pone en concordancia la conducta sintomática con su contexto relacional, refiere las consecuencias negativas que tendría para el sistema la eliminación del síntoma y, finalmente, recomienda a la familia que siga recurriendo al mismo para evitar dichas consecuencias.
- ✓ Las facetas fuertes: Es una forma de utilizar la connotación positiva y se basa en que en la familia existe una parte potencial de cambio que no vemos, lo que vemos es el síntoma. El terapeuta debe activar las áreas o facetas dormidas, enfatizando la fortaleza familiar, para que sus miembros las apliquen en la resolución del problema

1.2.4 Terapia estratégica de Jay Haley y Cloé Madanes.

La terapia estratégica no se centra en el porqué de las situaciones, sino en el cómo funciona un ambiente y cómo hacerlo funcionar de la mejor manera. De acuerdo a esta terapia, no sería conveniente centrarse en los porqués o en las causas de los problemas, pues forman parte del pasado y esto sólo nos hace recurrir a la búsqueda de culpables. En cambio, si observamos qué es lo que mantiene un problema, podremos actuar eficazmente para encontrar la mejor solución (Nardone & Portelli, 2009)

Para ello, el terapeuta puede trabajar sobre objetivos claros para solucionar los problemas que se presentan cuando las personas acuden a terapia. Asimismo, no aplica un método igual para todos los casos, sino que diseña una estrategia específica para cada conflicto. (Madhanes, 2007).

La terapia estratégica se basa en los principios de la epistemología constructivista, la cual dice que no existe una única realidad, sino que la realidad cambiará según el punto de vista desde el cual se prefiera adoptar (Beyebach, 2010). De tal modo que la manera de percibir la realidad variará en función de la perspectiva y del lenguaje que se utilice para explicar esa realidad. (Nardone & Portelli, 2009).

1.2.4.1 Evaluación.

Dentro de este modelo de terapia breve estratégica, se fijan metas claras de acuerdo a lo que las personas quieren lograr y al mismo tiempo, el terapeuta define el problema desde una perspectiva que permita trabajar sobre la solución del conflicto y los hace conscientes del poder que poseen para cambiar, a fin de remitir la conducta sintomática (Nardone & Portelli, 2009).

Este enfoque postula que el síntoma es una señal de que el orden jerárquico que existe entre las familias es confuso y de que existe una lucha de poder entre sus

miembros con la finalidad de determinar las posiciones de cada uno dentro del contexto familiar. De este modo, los problemas aparecen cuando los integrantes hacen coaliciones permanentes con personas que pertenecen a distintos niveles jerárquicos; por ejemplo la alianza entre madre e hijo; y de forma particular, lo hacen cuando estas coaliciones son secretas. Los implicados mantienen una jerarquía incongruente con sus actos y propician la secuencia sintomática (Ochoa, 1995).

1.2.4.2 Intervención.

La finalidad de la terapia es cambiar las secuencias de conductas poco adecuadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales del cliente. Las conductas, percepciones y sentimientos del consultante cambian cuando se alteran dichas secuencias. Después de evaluar qué tipo de secuencia está manteniendo el problema, el terapeuta se fija una meta terapéutica, que consiste en establecer un límite intergeneracional dentro de la familia del cliente impidiendo la formación de alianzas permanentes que lo traspasen. Luego de evaluar la función del síntoma y de qué manera se mantiene, se programa un cambio por etapas; la primera de las cuales es crear una forma de anormalidad diferente a la que presenta el consultante, para sucesivamente ir acercándose a la normalidad (Madanes, 2007).

Las técnicas utilizadas según Ochoa (1995) son:

- ✓ Redefinición y connotación positiva: Significa redefinir el problema en términos distintos a los que presenta el cliente, haciéndolo resoluble. Por otro lado, la redefinición y la connotación positiva permiten al terapeuta poner en entredicho la creencia de la persona de que el síntoma es un acto independiente de su contexto.

- ✓ Intervenciones conductuales: Las prescripciones conductuales adoptan la forma de una tarea que el consultante debe hacer dentro y/o fuera de la sesión; las directas con la pretensión de que las cumplan y las paradójicas con la finalidad de que las incumplan. Ambas se pueden utilizar dentro de la sesión y/o fuera de la misma.

- ✓ Ordalías: La técnica de la ordalía consiste en imponer un mandato al cliente, que sea más severo que el problema que le aqueja, lo cual le ocasionará más preocupación que el problema que trae a consulta, pero el terapeuta al decírsela, debe ser algo que el consultante acepte hacer, ya que no infringe ninguna norma moral, ni le ocasionará daños a él o a otra persona. Muchos pacientes abandonan el síntoma antes de realizar la ordalía.

- ✓ Tareas paradójicas: Contienen un doble mensaje, por un lado se comunica a la familia que sería bueno que cambiara y por otro lado, que sería bueno que no lo hiciera. En ellas se prescribe la continuidad de la secuencia sintomática, durante un tiempo limitado, por alguna razón que normalmente se explica, con la finalidad de interrumpir dicha secuencia.

1.2.5 Terapia del grupo de Milán.

Este grupo se gestó en el Centro de estudios de la familia en Milán y estuvo compuesto por Selvini Palazzoli, Cecchin, Prata y Boscolo. El grupo parte de una orientación psicoanalítica en el año 1967, cuando sus componentes comenzaron a tratar familias con pacientes anoréxicos y psicóticos. En 1971 adoptan el enfoque de Palo Alto y desarrollan la intervención contraparádójica, diseñada para anular el doble vínculo patológico. Influidos por Bateson, en el año 1975 modifican su concepción de los sistemas familiares de predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes y diferencian entre el nivel de significado <<creencias>> y nivel de acción <<patrones conductuales>>. Aproximadamente en 1980 el grupo se divide en dos, las mujeres se centran en la <<prescripción invariable>> basada en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos, en tanto los hombres continúan enfatizando la necesidad de generar hipótesis específicas que se adapten a cada familia y cuestionando la utilidad de cualquier noción explícita o implícita de normalidad o patología. (Boscolo, Cecchin, Hoffman, & Penn, 1987)

La piedra angular del Grupo de Milán ha sido y sigue siendo el <<juego familiar>>, es decir, las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismos y de la familia en conjunto. Por tanto, la evaluación tiene por objeto conocer cuál es el juego familiar sobre el que establece una hipótesis inicial de trabajo (Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1991).

1.2.5.1 Evaluación.

El juego sirve para regular el funcionamiento del sistema familiar y se desarrolla a lo largo de muchos años antes de poder afianzarse como un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que imponen las conductas e interacciones de la familia, y puede también heredarse de generaciones anteriores. Dicho juego deja de ser adaptativo y se convierte en patológico cuando deposita en los miembros del grupo familiar roles y funciones que ya no responden a las necesidades del momento evolutivo que atraviesan. En consecuencia, para cambiar las conductas problemáticas el terapeuta deberá modificar el sistema familiar de creencias, teniendo en cuenta que creencias y conductas se influyen mutuamente (Boscolo, Cecchin, Hoffman, & Penn, 1987).

Durante la entrevista se pueden utilizar las siguientes preguntas a fin de obtener más información sobre los hechos que rodean al problema, según Ochoa (1995).

- a) Preguntas triádicas. Sitúan a un tercero como testigo de la relación entre otros dos, obligándoles a escuchar cómo se les percibe; probablemente el tercero dirá algo que los implicados no podrían decir.
- b) Preguntas sobre alianzas. Establecen quién está más cerca de quién, permitiendo conocer las alianzas familiares.
- c) Preguntas para clasificar. Trazan el mapa de relaciones y/o establecen un orden en relación con una cualidad.
- d) Preguntas explicativas. Explican por qué sucedió algo, buscando información sobre el sistema de creencias, y en ocasiones señalan secretos
- e) Preguntas hipotéticas. Examinan cuál puede ser la reacción del grupo familiar ante algo bueno o malo, diseñan un nuevo mapa de relaciones y permiten que el cliente considere posibilidades alternativas de significado y de acción.

1.2.5.2 Intervención.

El Grupo de Milán manifiesta que el terapeuta no puede conducir al cliente hacia una normalidad establecida, sino que ha de ser él mismo el que encuentre una solución que le resulte adecuada. Los recursos técnicos propuestos para el cambio han ido variando paralelamente a la evolución histórica del Grupo de Milán (Boscolo, Cecchin, Hoffman, & Penn, 1987).

La intervención paradójica se ha ido abandonando en favor de intervenciones ritualizadas. Además de las intervenciones conductuales directas se siguen manteniendo las intervenciones cognitivas, entre las que destacan la redefinición y la connotación positiva, aunque en determinados casos se emplean metáforas (Boscolo, Cecchin, Hoffman, & Penn, 1987).

- ✓ Rituales: Se trata de proponer una secuencia de conductas, definida con precisión, en la que se establezca qué ha de hacer el cliente, dónde y en qué momento. La nueva actividad no siempre tiene que pasar a formar parte de la vida diaria del consultante, sino que simplemente puede contribuir a clarificar patrones de interacción caóticos y contradicciones inherentes al sistema de creencias que permanecían sin reconocer (Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1991).

1.2.6 Entrevista circular como intervención.

Karl Tomm (1984; citado en Ochoa, 1995) afirma que la entrevista circular puede generar el cambio, sin necesidad de recurrir a otras intervenciones al final de la entrevista. El cambio se produce a través de las preguntas del terapeuta y/o a través de las respuestas verbales y no verbales del cliente. Tomm considera la entrevista completa como un conjunto de intervenciones continuas.

1.2.6.1 Directrices de la entrevista.

Las directrices son posturas terapéuticas conscientes y no conscientes, que facilitan las acciones deseadas por el terapeuta y limitan las no deseadas.

- ✓ Generación de hipótesis: Con objeto de explicar tentativamente qué ocurre con el cliente, el terapeuta busca nexos entre datos aportados por la persona, su experiencia personal y sus conocimientos previos. Las hipótesis ordenan y guían la obtención de la información y, cuando son confirmadas, permiten diseñar una intervención adecuada (Ochoa, 1995).
- ✓ Circularidad: Es la capacidad que debe poseer el terapeuta para confirmar o falsear sus hipótesis a partir de la información proporcionada por el cliente como respuesta a sus preguntas (Ochoa, 1995).
- ✓ Neutralidad: Se trata de la adopción por parte del terapeuta de una posición en la que no tome partido por nadie, ya sea explícita o implícitamente, y en la que acepte las ideas, valores, metas y creencias que salen del cliente. Siendo neutral evita formar parte de la dinámica del usuario y protege su capacidad para introducir algo nuevo que altere la visión del consultante, favoreciendo un cambio de la esta dinámica (Ochoa, 1995).

1.2.6.2 Tipos de preguntas.

- ✓ Preguntas lineales: Se emplean para conocer la definición y la explicación que el cliente da al síntoma, ya que la concepción que él tiene se construye en torno a una causalidad lineal, en la que un determinado evento origina el problema en un momento dado (Ochoa, 1995).
- ✓ Preguntas circulares: Se trata de formular preguntas para poner de manifiesto conexiones entre personas, acciones, percepciones, sentimientos y contextos, siempre bajo los supuestos de causalidad circular y neutralidad (Ochoa, 1995).
- ✓ Preguntas estratégicas: Su objetivo es predominantemente correctivo. Se recurre a ellas cuando es preciso ser más directivo para movilizar un sistema <<obstruido>> y/o para impedir que el cliente siga por el mismo camino problemático (Ochoa, 1995).
- ✓ Preguntas reflexivas: Se usan para capacitar al usuario para que genere por sí mismo nuevas percepciones y conductas que faciliten la solución de sus problemas (Ochoa, 1995).

CAPÍTULO II: EL TRASTORNO DE PÁNICO

CAPÍTULO II: EL TRASTORNO DE PÁNICO

2.1 Definición y criterios diagnósticos del trastorno de pánico según el DSM V

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) publicó en el año 2014 el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición* (DSM V) (APA, 2014), en el cual se incluye el concepto de trastorno de pánico, las características de éste, así como los criterios diagnósticos que se necesitan para determinar que una persona tiene trastorno de pánico. Dicha información, se presenta a continuación.

2.1.1 Definición de trastorno de pánico.

En el DSM V APA, 2014 se encuentra la siguiente definición:

“El trastorno de pánico se refiere a ataques de pánico inesperados y recurrentes (Criterio A). Un ataque de pánico es una oleada repentina de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos, y durante ese tiempo se producen cuatro o más síntomas físicos y cognitivos de una lista de 13 síntomas” (American Psychiatric Association [APA], 2014 p. 209).

Lo que significa que la crisis ocurre de manera súbita y esto provoca la aparición de síntomas corporales y a nivel cognitivo, como pueden ser los pensamientos catastróficos e interpretaciones negativas a cerca de lo que les ocurre.

En otro apartado, se describe:

“El término <<recurrente>> significa literalmente más de una crisis de pánico inesperada. El término <<inesperado>> se refiere a un ataque de pánico para el que no hay señal obvia o desencadenante en el momento de la aparición –es decir el ataque parece ocurrir a partir de la nada, como cuando el individuo se relaja, o aparece durante el sueño (ataque de pánico nocturno)-. En contraste, los ataques de pánico <<esperados>> son aquellos para los cuales existe una señal obvia o un desencadenante, como una situación en la que normalmente aparecen los ataques de pánico” (APA, 2014 p. 209).

El clínico será el que determine si se trata de ataques de pánico esperados o inesperados mediante la indagación sobre la secuencia de los eventos que han ocurrido anteriormente y tomando en cuenta la opinión del consultante respecto a los síntomas y su aparición (APA, 2014).

A menudo, las personas que padecen el trastorno de pánico, sufren un deterioro en la calidad de vida, pues viven pensando que tienen alguna enfermedad grave que no les ha sido diagnosticada a pesar de los diversos estudios médicos que se pueden practicar. Asimismo, sus relaciones interpersonales también se ven afectadas por el trastorno de pánico, ya que los individuos tienen miedo de ser rechazados o vistos como exagerados o <<débiles mentales>>. Lo que provoca

un deterioro social y una lucha incansable por eliminar los síntomas, además de que ocurre la aparición de una angustia provocada por el temor a que éstos vuelvan a presentarse, tal como lo menciona el DSM V:

“Los individuos con ataques de pánico se preocupan de manera característica por las implicaciones o consecuencias que éstos pueden tener sobre sus vidas. Algunos temen que las crisis de pánico sean el anuncio de una enfermedad no diagnosticada que pueda poner en peligro la vida (p. ej., la enfermedad coronaria), a pesar de los controles médicos repetidos que descartan esta posibilidad. Son frecuentes las preocupaciones sociales, como la vergüenza o el miedo a ser juzgados negativamente por los demás, debido a los síntomas evidentes del ataque de pánico, y la creencia de que las crisis de pánico indican que uno se está "volviendo loco", que se está perdiendo el control o que suponen cierta debilidad emocional (Criterio B)”
(APA, 2014 p. 209).

De acuerdo al DSM V, existen 13 criterios para diagnosticar el trastorno de pánico, los cuales se verán a continuación,

2.1.2 Criterios diagnósticos del trastorno de pánico.

Aquí se presentan los criterios para el diagnóstico de trastorno de pánico según la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (APA, 2014 p.p. 208-209):

Criterios diagnósticos del trastorno de Pánico

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

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

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo)..
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de "volverse loco".
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

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

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, "volverse loco").
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej.; comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. La alteración 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. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en repuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Como se puede notar, los sujetos que padecen el trastorno de pánico tienen varios síntomas que los hacen pensar que esta problemática puede traer consecuencias devastadoras para su salud y su vida misma, motivo por el cual, se ven forzados a tener el control sobre estas crisis; sin embargo, mientras más tratan de controlarse, los síntomas empeoran, haciendo creer al individuo que no posee la suficiente capacidad para detener estos sucesos desagradables (Nardone, 2002).

2.2 La Terapia Estratégica como intervención psicoterapéutica en el Trastorno de Pánico.

Ahora se dará la definición de lo que es la intervención psicoterapéutica y el usuario con trastorno de pánico. Posteriormente, se abordará el tema de la terapia breve estratégica y del autor Giorgio Nardone, quien es pieza fundamental en el tratamiento de los ataques de pánico con su modelo llamado Problem Solving Estratégico.

2.2.1 Intervención psicoterapéutica.

Para entender lo que significa la intervención psicoterapéutica, se proporciona la siguiente información.

2.2.1.1 Definición.

En un sentido general, Trull y Phares (2003), proponen que la intervención psicológica es un método para provocar cambios en el comportamiento, en los pensamientos y sentimientos de una persona. La psicoterapia supone la intervención en el contexto de una relación profesional, buscada por el cliente o

sus tutores. En algunos casos, la terapia se inicia para solucionar un problema o mejorar la capacidad del individuo para enfrentar comportamientos, emociones o pensamientos existentes que son debilitantes. En otros, el foco de atención puede estar más en la prevención de problemas que en remediar alguna situación que ya existe. En otros casos más, el interés está menos en solucionar o prevenir problemas que en incrementar la capacidad de la persona para disfrutar de la vida. A lo largo de los años se han ofrecido muchas definiciones del proceso de intervención.

Trull y Phares mencionan la siguiente definición de intervención psicoterapéutica:

“Es una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional en que una persona capacitada establece de manera deliberada una relación profesional con una persona, con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, de mediar patrones de comportamiento perturbados y promover el crecimiento y desarrollo de la personalidad positiva” (Trull & Phares, 2003 p.37)

2.2.2 Usuario con trastorno de pánico.

De acuerdo con Terán (2015), la siguiente definición se aplica para las personas que acuden a terapia debido a los ataques de pánico que manifiestan, y que son conceptualizados como usuarios, pacientes, clientes o consultantes.

2.2.2.1 Definición.

Un usuario con trastorno de pánico es definido como aquella persona que recurre a psicoterapia por presentar una serie de síntomas físicos y psicológicos que se ajustan al diagnóstico de ataques de pánico, y que interfieren en su vida cotidiana de manera significativa, proporcionándole angustia al pensar cuándo y dónde volverán a ocurrir, y sin que se tenga el conocimiento sobre cómo aliviar esos intensos malestares (Terán, 2015).

Los criterios que se toman en cuenta de acuerdo al DSM V para el diagnóstico de los ataques de pánico, fueron presentados en el punto 2.1

2.3 Modelo terapéutico de Giorgio Nardone basado en la terapia estratégica

A continuación se hablará del autor Giorgio Nardone, quien es pieza fundamental en el tratamiento de los ataques de pánico y problemas de ansiedad a través del modelo de terapia breve estratégica.

2.3.1 Breve historia sobre Giorgio Nardone.

Giorgio Nardone es un psicólogo y psicoterapeuta que se formó en terapia sistémica estratégica en Palo Alto. Fue aquí donde entró en contacto con Paul Watzlawick, el teórico más significativo de la pragmática batesoniana aplicada a la comunicación interpersonal. Las habilidades como investigador de Nardone lo llevaron a trabajar junto a Watzlawick dando como resultado 3 libros en colaboración, además de impulsar la de un instituto de investigación y terapia en Italia, el cual se fundó en 1989: El Centro di Terapia Strategica (CTS), reconocido

como el único representante italiano del MRI. Actualmente, Nardone ejerce como director de esta clínica, coordinador del postgrado en terapia breve estratégica en el CTS y coordinador de la Escuela de Comunicación y Problem Solving de Arezzo, Milán. También es profesor de psicoterapia breve en el postgrado en psicología clínica ofrecido por la Universidad de Siena en Italia. Nardone es actualmente reconocido como uno de los más significativos investigadores de la Escuela de Palo Alto por dar continuidad al desarrollo de la terapia breve con enfoque cibernético. Su investigación clínica ha dado modelos efectivos para tratar problemas que se relacionan con ansiedad, mismos en los que se especializa a nivel general el CTS (Sánchez, 2000).

2.3.2 Aproximación al problema.

Nardone nombró su particular técnica de terapia “problem solving estratégico”, y es un tipo de terapia breve enfocada a la solución de problemas de forma rápida y precisa. Él considera que el problem solving estratégico es un modelo terapéutico enfocado en la comunicación y la forma cómo ésta se da en el momento así como el discurso y narrativa utilizados por el usuario (Nardone & Watzlawick, 1995).

Los acontecimientos pasados que se cuentan no tienen importancia como hechos. La perspectiva constructivista rechaza la aproximación causa-efecto o causalidad lineal en la solución de un problema. Esto es considerado un buen ejercicio intelectual pero poco útil cuando se busca la obtención de resultados. Para esta corriente, una vez desencadenado el problema en un proceso circular, deja de haber un principio o un fin para producirse un sistema de interdependencia de influencia recíproca entre los elementos que están en juego. El fenómeno debe estudiarse de forma integral considerando todas las variables y su posible relación en el contexto. El aislamiento de una variable, como se da en la terapia de aproximación causa-efecto, lleva al reduccionismo y por lo tanto a distorsiones cognoscitivas (Nardone & Watzlawick, 1995). Después de todo, la teoría general

de sistemas indica que la suma de las variables no es igual al total. El aislamiento de variables imposibilita que se haga una reconstrucción de la interacción entre los factores (Nardone & Portelli, 2012).

La pregunta central en la terapia del problem solving estratégico no es <<por qué>> existe un problema sino <<cómo>> funciona, haciendo una transición del análisis de contenido al análisis de proceso, que encaja más con la teoría explicativa causal propia de la cibernética (Watzlawick, 1992).

El relato del cliente es la primera <<traducción>> de la realidad desde la perspectiva de la situación actual del sujeto. La segunda traducción es la del terapeuta. La sucesiva interpretación entre el consultante y el terapeuta distorsiona la realidad permitiendo la construcción de una nueva realidad. El terapeuta se introduce en la narrativa del cómo está construyendo el usuario su realidad y aprovecha su introducción como nuevo elemento para detonar el cambio. Se pasa de una cibernética de primer orden (el cliente y su constante problema) a una de segundo orden (introducción de un nuevo elemento que propicia el cambio). La homeostasis, o resistencia al cambio, que sugiere Nardone son las soluciones ensayadas. Estas son soluciones que en algún momento ayudaron al cliente a suavizar el problema y que, por lo mismo, sigue utilizando. Estas soluciones tienen una trampa: mantienen el problema (Nardone & Portelli, 2012).

La terapia de Nardone utiliza muchos recursos narrativos y metafóricos. El que mejor explica las soluciones ensayadas es la anécdota del borracho que pierde las llaves de su casa. Este no es lo grave; el verdadero problema está en que el borracho busca constantemente las llaves debajo del farol porque ahí es donde hay más luz. En el caso de un usuario que sufre de agorafobia (miedo a los espacios abiertos) las posibles soluciones ensayadas serían:

- a) No salir de la casa.
- b) Pedir ayuda.

Al pedir ayuda, el sujeto teje una red de relaciones interpersonales dependientes. Al recibir ayuda está confirmando el mensaje <<*tienes un problema*>>, lo que oficialmente hace real el problema en la realidad del sujeto. Así, el problema se convierte en el resultado de un proceso de retroacciones entre el sujeto y su realidad (Nardone, 2011). En las palabras de Paul Watzlawick: <<*El diagnóstico inventa la enfermedad*>> (Watzlawick, 1984). El sujeto no desarrolla estrategias para resolver el problema, sino que recurre a reacciones o soluciones ensayadas que manteniendo el problema lo hacen olvidarlo en el momento. La gente toma como referente la anterior funcionalidad y en el momento de la crisis representa la única salida disponible. El tener una sola opción que no funciona es un evidente homeostato. La solución que propone Nardone es cambiar la percepción y así llegar a un cambio de acción (Nardone, 2002).

2.3.3 La intervención.

Las características de una intervención terapéutica de problem solving estratégico de acuerdo a Nardone (2012) son:

- a) La capacidad de romper el círculo vicioso de retroacción homeostática entre persistencia e intentos de solución del problema.
- b) La capacidad de poner cerco a la resistencia al cambio, típica de cualquier sistema, y más fuerte aún en los sistemas complejos, como los humanos, haciendo cambiar el sistema sin que el sujeto se dé cuenta.
- c) La capacidad de producir experiencias concretas de cambio en la percepción y reacción frente a la realidad temida.
- d) La capacidad de hacer que, tras el cambio, la persona pueda recuperar sus

propios recursos personales, emotivos y comportamentales y la propia autoestima.

2.3.4 Las fases de una terapia de corte estratégico

Según Nardone (2012), las siguientes etapas componen su modelo terapéutico:

2.3.4.1 Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica.

En esta fase, además de la presentación terapeuta-cliente de manera formal, se pretende establecer el rapport entre los elementos que participan en la terapia. El objetivo principal, en términos de estrategia, es observar, aprender y hablar el lenguaje del cliente como se mencionará de forma desarrollada más adelante.

2.3.4.2 Definición del problema.

El consultante acude a terapia porque tiene un problema. El trabajo del terapeuta consiste en determinar cuál es ese problema. Para lograrlo, Nardone (2004) propone tres categorías de interacciones interdependientes del sujeto:

- a) El sujeto y sí mismo.
- b) El sujeto y los demás.
- c) El sujeto y su mundo (refiriéndose al ambiente social, valores y normas que regulan el contexto del sujeto).

El terapeuta, una vez que conoce el pasado del usuario, debe concentrarse en:

- a) Qué sucede en el interior de las tres clases de interacciones interdependientes del sujeto. Watzlawick describiría la importancia de la interacción como el hecho de que el comportamiento psicopatológico no existe en el individuo de forma aislada, sino sólo en cierta clase de interacción patológica entre individuos (Nardone & Watzlawick, 1995).
- b) Cómo funciona el problema que se presenta en el interior del sistema relacional.
- c) Cuáles han sido las soluciones ensayadas por el paciente.
- d) Cómo es posible cambiar esta situación problemática de forma rápida y eficaz.

2.3.4.3 Acuerdo sobre los objetivos de la terapia.

Esta etapa es muy simple y cumple dos funciones. La primera proporciona al terapeuta una guía para los procesos y procedimientos del caso; mientras la segunda sugiere positivamente al usuario de que sí es posible lograr un cambio. Puede parecer tan sencillo que resulta insignificante, pero las esperanzas y fuerza del cliente aumentan una vez que se establecen objetivos de manera formal (Nardone, 2012).

2.3.4.4 Individualización del sistema perceptivo - reactivo que mantiene el problema.

Esta etapa consiste en identificar los puntos en los que se apoya el problema (además de la identificación del problema explicada en el punto 2.3.3.2) y elegir entre éstos, aquel que pueda ser el foco de intervención con mayor posibilidad de éxito. De esta manera se identifica qué es lo que no ha funcionado como solución, permitiendo que se desarrolle una estrategia que permita un cambio real. Después de todo, el cambio más pequeño altera todo el sistema (Weakland, Segal, & Fisch, 1984). Nardone pone énfasis en el contexto de cada cliente, dejando en claro que

la estrategia a poner en práctica debe adaptarse totalmente a las necesidades del problema del sujeto (Nardone, 2004). Durante esta etapa, el terapeuta decide si es mejor alterar el sistema perceptivo-reactivo disfuncional del usuario en forma individual y directa, produciendo así una modificación en todo su sistema interpersonal como reacción en cadena, o si es más eficaz intervenir sobre el sistema de relaciones interpersonales familiares, añadiendo más sujetos a la terapia (Nardone & Watzlawick, 1995). De esta forma el cambio en la secuencia interactiva de varias personas puede llevar al cambio en la percepción del paciente.

2.3.4.5 Programación terapéutica y estrategias de cambio.

Esta etapa es la más importante en términos de los estudios de la comunicación. Nardone observa que a veces las costumbres están demasiado enraizadas y propone que para corregir el actuar y el entendimiento debe vigilar la conducta hasta que los nuevos hábitos sustituyan a los anteriores. En resumen, los hábitos mentales y los comportamientos se cambian por una modificación de la conducta vigilada por la razón. A este tipo de terapias se les conoce como *imperativas* y *sugestivas*. La terapia de Nardone cae en esta categoría, ya que la aplicación de la estrategia comienza cuando el terapeuta asigna al usuario una tarea que debe cumplir para la resolución del problema (Nardone, 2011).

Para lograr persuadir al paciente, es indispensable aprender a hablar en su lenguaje. Una técnica es imitar el lenguaje corporal del cliente. El propósito es convencer al consultante de algo utilizando sus mismos argumentos al comprender su forma de <<traducir>> la realidad (Nardone, 2002).

En lo que refiere a la realización de la estrategia, es importante que se le pida al sujeto hacer cosas que en apariencia resulten simples, ya que si se le pide algo que pueda considerar complicado se le cargará de un sentimiento de responsabilidad que puede llevar a sentirse inseguro sobre ello (Nardone, 2002).

En lo que respecta a la reestructuración de la realidad de una persona se proponen algunas acciones que el terapeuta puede aplicar dentro de la intervención:

El uso de la paradoja, que Bateson apuntaba como causa de los problemas psicológicos en el individuo, resulta muy útil. Esto se debe a que la paradoja tropieza con la lógica racionalista y se basa en la lógica de *<<lo semejante se cura con cosas semejantes>>*. Esta técnica funciona bien con desórdenes obsesivo-compulsivos en los que el razonar con el paciente no da resultado (Nardone, 2004).

Para los usuarios que muestran una mayor resistencia al cambio, recomienda utilizar esta resistencia para activar un doble vínculo. En caso que el cliente se asuma incapaz de resolver el problema, el terapeuta debe decir algo como *<<existe una solución al problema, pero no creo que puedas librarte de él debido a tu situación>>*. El consultante se verá retado y reorientará la fuerza de la resistencia en dirección del cambio (Nardone & Portelli, 2009).

Nardone utiliza mucho la prescripción de comportamientos, ya sea las directas, las indirectas o las paradójicas, explicadas a lo largo del capítulo 1.

2.3.4.6 Conclusión del tratamiento.

El objetivo de la última sesión es consolidar la autonomía de la persona tratada. Se le explica qué fue lo que se hizo y con qué fin, incluso las disparatadas instrucciones que se le dieron durante el tratamiento. También se hace entender al cliente que el cambio en su conducta fue producto de una intervención sistemática y científica. Pero lo más importante es subrayar la capacidad que ha demostrado el usuario al realizar con constancia el trabajo que se le exigió y la capacidad que adquirió para superar por sí solo el problema. Este incentivo es fundamental para autonomía y autoestima del sujeto. Finalmente, el sujeto ha desarrollado capacidades y cualidades que le permiten resolver un problema y se le hace ver que, con la perspectiva adecuada, es capaz de afrontar cualquier situación que se le presente a futuro.

2.4 Investigaciones relacionadas.

En seguida se describirán algunas investigaciones relacionadas a las variables que se manejan en este documento (Terapia Breve Sistémica y Trastorno de pánico). Cabe destacar que no se encontraron aportes científicos que manejaran estas dos variables de manera conjunta, por lo que en una investigación se trabajó con trastorno somatomorfo desde la terapia breve sistémica, y en la otra investigación se habló de fobia social con predominio en ataques de pánico pero con tratamiento cognitivo conductual.

2.4.1 Terapia Breve Sistémica y Atención Primaria: Un Caso de Trastorno Somatomorfo.

- ✓ Autores: Schade Nieves, Mark Beyebach, Patricio Torres y Angélica González.
- ✓ Año: 2009.
- ✓ Institución: Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- ✓ Propósito:
- ✓ Tipo de investigación: Investigación cualitativa.
- ✓ Diseño de investigación: Investigación exploratoria.
- ✓ Hipótesis: Hi: La Terapia Breve Sistémica reducirá la sintomatología del trastorno somatomorfo. H₀: La Terapia Breve Sistémica no reducirá la sintomatología del trastorno somatomorfo.
- ✓ Instrumento: Entrevista y diagnóstico.
- ✓ Sujeto: Mujer de 50 años, ama de casa que se caracteriza por ser una paciente policonsultante, con cefaleas tensionales, trastornos digestivos funcionales, taquicardia, insomnio y cansancio. Por esta causa ha recibido tratamiento medicamentoso y previamente se habían realizado diversos

exámenes clínicos con el fin de determinar la causa de dichos malestares, pero sin resultado positivo.

- ✓ Resultados: El resultado final de la terapia fue una disminución de la sintomatología, recuperación de las competencias personales de la paciente y un funcionamiento autónomo, incluso después de un año tras la intervención. Además, se logró que la paciente no siguiera consumiendo medicamentos ni tampoco solicitara más exámenes complementarios, por lo cual en este caso hubo ahorro en el gasto sanitario (Schade, Beyebach, Torres, & González, 2009).

2.4.2 Un caso de fobia social con predominio de ataques de pánico.

- ✓ Autores: Izaskun Ortega, Arturo Bados y Carmina Saldaña.
- ✓ Año: 2012.
- ✓ Institución: Universidad de Barcelona.
- ✓ Propósito: Presentar el caso de una paciente con Fobia Social que se centraba en sus ataques de pánico y brindar un tratamiento efectivo para conseguir la eliminación de los síntomas del ataque de pánico.
- ✓ Tipo de investigación: Investigación cuantitativa.
- ✓ Diseño de investigación: Investigación de laboratorio o experimental.
- ✓ Hipótesis: H_i: La terapia cognitivo conductual proporcionará un tratamiento eficaz para la fobia social. H₀: La terapia cognitivo conductual no proporcionará un tratamiento eficaz para la fobia social.
- ✓ Instrumento: Se utilizaron la Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (SIAS) y la Escala de Fobia Social (SPS) de Mattick y Clarke (1998) para evaluar la ansiedad social, y la Escala de Valoración de las Preocupaciones Sociales (ASC; Telch et al., 2004) para evaluar el componente cognitivo de la Fobia Social. – El Inventario de Movilidad (MI; Chambless, Caputo, Jasin, Gracely y Williams, 1985) y los Cuestionarios de Sensaciones Corporales (BSQ) y Cogniciones Agorafóbicas (ACQ) de Chambless, Caputo, Bright y

Gallagher (1984) para evaluar posible sintomatología agorafóbica. – Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995) y el Inventario Breve de Síntomas (BSI; Derogatis y Spencer, 1982) para evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva y el malestar emocional general. – La Escala de Valoración para evaluar el grado de mejora/empeoramiento del problema y la importancia que seguía teniendo. También se utilizó el Cuestionario de Estado de la Ansiedad Social (CEAS; Bados, 2009) para evaluar semanalmente la evolución de diversos componentes clave de la Fobia Social. Finalmente, se preguntó en cada sesión por la aparición de ataques de pánico desde la sesión anterior.

- ✓ Sujeto: Mujer de 27 años, con estudios universitarios y que trabajaba como profesora en una escuela. Vivía en pareja y mantenía una relación cordial con su familia. Acudió a consulta por ataques de pánico repentinos que comenzaron año y medio atrás y que se acentuaron en frecuencia e intensidad mes y medio antes de solicitar ayuda.
- ✓ Resultados: La paciente logró afrontar, con una mínima ansiedad y sin mostrar conductas defensivas, interacciones sociales antes evitadas. Al mismo tiempo, adoptó una actitud asertiva y de no tolerancia hacia las conductas agresivas de su compañero. También redujo de modo notable la hipervigilancia a las sensaciones físicas y el miedo a las mismas. Los ataques de pánico fueron apenas inexistentes y, cuando ocurrieron, no tuvieron una interferencia significativa. Es interesante destacar también que las reducciones en ansiedad y evitación social fueron acompañadas de una disminución de las preocupaciones sociales y de la creencia en las consecuencias sociales negativas, variables que pueden considerarse mediadoras de los resultados de la terapia cognitivo conductual (Ortega, Bados, & Saldaña, 2012).

A manera de conclusión, en el primer caso se trabajó con trastorno somatomorfo tratado desde la perspectiva de la terapia breve sistémica, en un total de 8 sesiones en las cuales, la persona pudo resolver el problema que esto le ocasionaba en su vida diaria, además de hacerlo eficazmente mediante las tareas paradójicas y las ordalías, pues los cambios realizados fueron duraderos, según menciona la investigación.

Por otra parte, el estudio relacionado a los ataques de pánico desde una perspectiva cognitivo conductual y tratados bajo la técnica de desensibilización sistemática y la reestructuración cognitiva, mostró a lo largo de 21 sesiones que la mujer atendida, era capaz de modificar la forma en la que se enfrentaba a sus crisis, de tal modo que los síntomas desaparecieron y ella pudo continuar su vida.

Se puede observar que tanto la terapia breve sistémica como la terapia cognitivo conductual son eficaces en el tratamiento de diversos trastornos. Ambas investigaciones se relacionan con el tema central de este proyecto, pues en el primer caso se trabaja desde la terapia breve sistémica y en la segunda se tratan los ataques de pánico.

MÉTODO

Enfoque de investigación.

La investigación se sustenta en el enfoque cualitativo, y su alcance es descriptivo, ya que se busca describir el trastorno de pánico desde la terapia breve sistémica.

Alcance de estudio.

El alcance es descriptivo, pues se pretende estudiar el trastorno de pánico y el tratamiento de éste bajo la terapia breve sistémica.

Diseño de investigación.

El diseño es preexperimental, debido a que no hay una referencia previa que permita comparar los resultados entre un grupo y otro, además, se trabajará un estudio de caso con preprueba y posprueba, ya que únicamente se realizó el tratamiento a una usuaria.

Variables.

Las variables de la presente investigación son dos:

- 1) Trastorno de pánico.
- 2) Terapia Breve Sistémica.

Las cuales se definirán tanto conceptualmente como operacionalmente de la siguiente manera:

Definición conceptual.

- Trastorno de pánico: *“El trastorno de pánico se refiere a ataques de pánico inesperados y recurrentes (Criterio A). Un ataque de pánico es una oleada repentina de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos, y durante ese tiempo se producen cuatro o más síntomas físicos y cognitivos de una lista de 13 síntomas”* (APA, 2014 p. 209).
- Terapia breve sistémica: Es un conjunto de procedimientos y técnicas de intervención que pretenden ayudar a los consultantes (individuos, parejas, familias o grupos) a movilizar sus medios para alcanzar sus objetivos en el menor tiempo posible, ya sea por medio de rituales paradójicos, ordalías, el uso de metáforas y tareas directivas que desbloquean los propios recursos con los que cuentan los usuarios, impidiendo así, que el círculo vicioso se repita una y otra vez. Se trata de un enfoque constructivista que se centra en el contexto interpersonal de los problemas y sus soluciones y que promueve una colaboración activa con los usuarios (García, 2013).

Definición operacional.

Las variables fueron medidas a través de diferentes técnicas e instrumentos, como se detalla en seguida.

- Trastorno de pánico: Se utilizó la observación, la entrevista y el diagnóstico clínico. Además de la Escala de pánico y Agorafobia de Bandelow (1999).

- Terapia breve sistémica: Se recurrió a la literatura e investigaciones sobre este modelo psicoterapéutico y se llevó a cabo el tratamiento como lo indica el Autor Giorgio Nardone, creador del modelo denominado Problem Solving Estratégico, con bases en la terapia estratégica de Haley y Madanés.

Hipótesis.

Para esta investigación se plantearon las siguientes hipótesis.

H_i: La terapia breve sistémica resolverá el trastorno de pánico.

H_o: La terapia breve sistémica no resolverá el trastorno de pánico.

Sujeto de estudio.

Originalmente se habían elegido dos participantes para este proyecto; sin embargo, una de ellas únicamente hizo la cita por teléfono pero no asistió desde la primera sesión. Por lo que sólo se trabajó con una sola participante.

Las características del sujeto de estudio, son las siguientes.

Descripción General.

Femenina de 27 años, que vive con su madre de 50 años, su padre de 53 años y su hermana de 12 años. Se dedica a proporcionar ayuda a su madre en labores domésticas y ayuda a su hermana con tareas escolares. Su mamá se dedica a

vender zapatos por catálogo y algunas veces la acompaña a surtirse, pero en algunas ocasiones ha tenido una crisis cuando está de compras con su mamá, por lo que ella se molesta y la regaña por sentirse mal. Su padre se dedica a trabajar en un taller mecánico, de lunes a sábado, y los domingos los pasa en compañía de sus amigos viendo fútbol o tocando la guitarra, razón por la que su mamá suele estar en casa con sus hijas o salir a hacer las compras de la semana y a la llegada de su esposo, actúa con indiferencia. La usuaria refiere presentar ataques de pánico desde hace 6 meses (a la fecha en que se inicia la intervención), presentándose el primero de ellos en el mes de Agosto de 2015, a causa de un asalto que sufrió en el lugar donde trabajaba. La consultante se encontraba laborando dentro de una joyería ubicada al interior de un centro comercial, cuando ella y su compañera fueron atacadas por dos sujetos armados con pistolas, sometiéndolas contra el piso, mientras otros dos individuos le exigían el dinero a la cajera. Desde ese día, la usuaria tuvo problemas de insomnio y no volvió a presentarse en su lugar de trabajo, además de que le es muy difícil salir sin la compañía de su mamá y hermana, quienes la auxilian cuando ella presenta una crisis. La usuaria llevaba dos meses de trabajar en dicho lugar, por presiones de sus padres en cuanto a que tenía que apoyarlos con la economía del hogar. Ella menciona que la relación entre sus padres es conflictiva, pues surgen problemas cada vez que los ataques de pánico se hacen presentes o cuando ambos progenitores no logran llegar a acuerdos con respecto a las decisiones del hogar y a su relación como pareja. En cuanto a la relación que ella lleva con su padre, éste la culpa por su incapacidad para controlar sus ataques de pánico, pues piensa que su hermana menor también crecerá con la misma enfermedad, motivo por el que su madre la defiende y discute con su esposo por regañar a su hija, produciéndose entonces una nueva crisis. Cabe mencionar que la madre de la usuaria también se muestra en ocasiones hostil hacia las crisis de la consultante, pues le gustaría que su hija pudiera salir a trabajar y ayudar con la economía familiar, pero en cuanto muestra una mejoría, su mamá la critica por no ayudarla en labores domésticas. Su padre muestra poco interés en la relación familiar y sólo se ocupa de preguntarle a su hija menor cómo le va en la escuela, rara vez

tiene expresiones de afecto hacia su familia, pero desde siempre ha contribuido en la economía y a proporcionar servicios de atención médica cuando alguien se enferma. Por otra parte, su madre se muestra más cerca a sus hijas y distante con su esposo, debido a un resentimiento que tiene en contra de él por no permanecer en el hogar más tiempo ni interesarse en realizar actividades en familia. Y por último, su hermana menor se esfuerza por mantener un buen promedio escolar, pues sabe que así agrada a su papá cuando éste le pregunta vagamente por sus calificaciones, a menudo se muestra obediente con su papá, pero rebelde con su mamá. La relación que la usuaria lleva con su hermana es buena, ambas se apoyan y a veces, su hermana menor cuida de ella cuando le ocurren los ataques de pánico, pero esto la hace sentir tonta, pues cree que debería ser ella quien cuidara de su hermanita y no al revés.

La usuaria había asistido de Octubre a Diciembre de 2015 con una psicóloga, quien le proporcionaba métodos relacionados al modelo de terapia cognitivo conductual, como técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática. Manifiesta que ella misma decidió abandonar la terapia, pues sólo acudió a 6 sesiones con intervalos de una semana pero no notaba cambios y se sentía presionada por la psicóloga para abandonar las crisis y dedicarse a otras actividades, como salir a buscar un trabajo. Posteriormente, los síntomas reaparecían continuamente con mayor intensidad, por lo que en Enero de 2016 buscó ayuda con terapia de acupuntura para aliviar la ansiedad, y afirma haber asistido 5 veces (a la fecha en que se realiza la intervención). La consultante menciona que esta alternativa la ha ayudado a disminuir la ansiedad, pero aún siente miedo e incapacidad para controlar las crisis, por lo que acude nuevamente a terapia psicológica.

Instrumento de evaluación.

El instrumento que se utilizó para esta investigación fue la Escala de pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS - Panic and Agoraphobia Scale) (1999), de la cual se hablará en seguida

- Descripción

Se trata de una escala diseñada para evaluar la gravedad del trastorno de pánico. Consta de 13 ítems que se agrupan en 5 subescalas: Subescala Ataques de Pánico, que analiza la frecuencia, gravedad y duración de los ataques; Subescala de Agorafobia, que explora la frecuencia e importancia de dichas situaciones; Subescala de Ansiedad Anticipatoria, que investiga la frecuencia y gravedad de la misma; Subescala de Discapacidad social, familiar y laboral; y Subescala de Preocupaciones por la Salud. Los ítems se contestan siguiendo una escala de tipo Likert de 5 grados (0 a 4 puntos). Se puede administrar mediante entrevistador o autoaplicada (Bandelow, Domschke, & Baldwin, 2013).

- Interpretación

Esta escala proporciona una puntuación de gravedad total y puntuaciones en cada uno de los 5 dominios de las subescalas. La puntuación total se obtiene al sumar los 13 ítems (0 a 52 puntos). Las puntuaciones de las diferentes subescalas oscilan de 0 a 12 puntos para las subescalas de pánico, agorafobia y discapacidad social, familiar y laboral, entre 0 a 8 para las subescalas de ansiedad anticipatoria y preocupaciones por la salud. A mayor puntuación, mayor gravedad (Bandelow, 1999).

- Propiedades psicométricas

En el trabajo original de Bandelow el cuestionario mostró satisfactorios resultados en el análisis de los ítems, fiabilidad inter-examinadores, objetividad, validez externa y estructura factorial (Burbuena, Berrios, & Fernández, 2000).

Las investigaciones sobre 37 pacientes tratados con fármacos y con diagnóstico previo de trastorno de pánico con o sin agorafobia, tanto la PAS en su conjunto como sus 5 subescalas, mostraron una sensibilidad al cambio superior a la Hamilton Anxiety Scale (HAMA) y a la Clinical Global Impresión Scale (CGI) (Bobes, Bascarán, & Bousoño, 2002).

La adaptación de la PAS mostró una adecuada correlación con la CGI ($r = 0.85$) y entre la versión autoadministrada, y la administrada mediante entrevista ($r = 0.85$). La consistencia interna (alfa de Cronbach), en este estudio fue de 0.88 (Bobes, Bascarán, & Bousoño, 2002).

Materiales.

Para llevar a cabo la intervención psicoterapéutica, se utilizaron los siguientes materiales.

- ✓ Mesa.
- ✓ Escala de pánico y agorafobia de Bandelow.
- ✓ Hoja de respuestas.
- ✓ Lápiz.
- ✓ Hojas blancas.
- ✓ Pluma.
- ✓ Hoja de registro de sesión.

Procedimiento.

A continuación se detallará el procedimiento utilizado para llevar a cabo esta investigación. Desde la revisión de la literatura, hasta los resultados y las conclusiones del presente proyecto.

- Búsqueda de la literatura.

La exploración sobre el tema central de esta investigación inició con la lectura de libros y artículos relacionados a los ataques de pánico, incluidos libros de medicina. Seguidamente, se buscaron terapias alternativas para el tratamiento de este padecimiento, como la homeopatía y la medicina oriental. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones relacionadas a un tratamiento psicológico, apuntaban a la terapia Cognitivo Conductual y algunas otras se desviaban hacia la terapia Humanista y Gestáltica. Así fue como nació el interés de buscar una terapia que ofreciera beneficios pero en un periodo corto de tiempo y con resultados duraderos, además de que fuera diferente a los modelos ya conocidos en el sentido de <<confundir>> al usuario a modo de que dejara de luchar por controlar sus crisis, por este motivo se pensó en la terapia breve sistémica.

El periodo transcurrido en esta etapa así como la elección de los libros que se utilizarían para esta investigación fue de diez meses.

- Selección del sujeto

La usuaria llamó para pedir una cita después de ser derivada por una Acupunturista.

- Aplicación de la preprueba.

El instrumento de evaluación utilizado para esta investigación fue la Escala de pánico y Agorafobia de Bandelow (1999), la cual se aplicó durante la primera sesión, durante un tiempo aproximado de 10 minutos.

Las instrucciones que se le dieron a la usuaria fueron las siguientes:

<<Lee detalladamente cada pregunta, debajo tienes cinco posibles respuestas, en la hoja de respuestas marca con una X la que consideres que se adecúa mejor a tu situación. Si tienes alguna duda, puedes preguntar. No hay un tiempo límite para esta prueba>>.

- Diseño del tratamiento.

Debido a que, como se mencionó anteriormente, la usuaria presentaba una notable dependencia hacia su madre y a su hermana, y ellas constantemente mantenían el síntoma reforzando la idea de la consultante de necesitar <<ayuda>> para enfrentar su miedo, se decidió utilizar el modelo de terapia estratégica basada en las aportaciones del autor Giorgio Nardone, (Nardone, 2012), ya que proporciona una forma de acercarse a la problemática de una manera contundente, al tiempo que utiliza herramientas para construir una nueva realidad desde un punto de vista sistémico, haciendo énfasis en las interacciones que no permiten que se produzcan cambios del tipo 2 en el circuito del sistema y por lo tanto, que las soluciones intentadas queden anuladas perpetuando el síntoma. Las interacciones que ocurren entre la usuaria, sus padres y su hermana, ponen de manifiesto un modelo recursivo que impide que el problema se resuelva, por lo que uno de los objetivos terapéuticos estaría enfocado en interrumpir la pauta que se presenta al interior del sistema familiar, por lo que ayudaría a disminuir los niveles de ansiedad anticipatoria, pues estos desencadenan las crisis y hacen que

la usuaria se sienta incapaz de controlar los ataques, provocando un deterioro en su calidad de vida.

- Implementación del tratamiento.

A continuación se expondrán las técnicas que se utilizaron durante la intervención realizada a lo largo de las 8 sesiones que duró el tratamiento. El nombre de la consultante y de sus familiares fueron cambiados para proteger su identidad.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Silvia.

Edad: 27 años.

Ocupación: Colabora con su mamá en actividades del hogar.

Escolaridad: Preparatoria terminada.

Motivo de consulta: Presenta ataques de pánico desde hace 6 meses.

Tratamientos anteriores: Terapia cognitivo conductual y Acupuntura.

Modelo terapéutico utilizado: Terapia Estratégica.

Número de sesiones: 8

GENOGRAMA

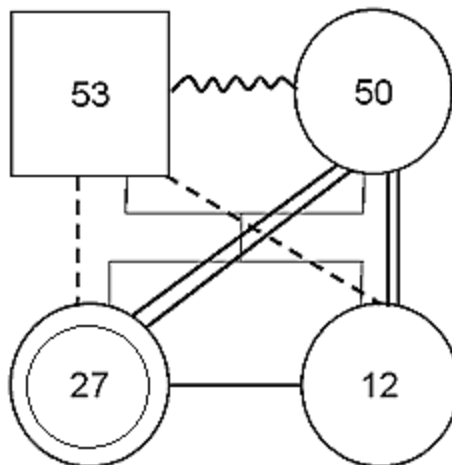


Figura 1 Genograma.

1. Primera sesión.

Aplicación de la Escala de pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS - Panic and Agoraphobia Scale) (1999). Los análisis de los resultados se detallan más adelante.

Definición de objetivos junto con la usuaria

Salir de casa sin tener la necesidad de ser acompañada por alguien.

Conciliar el sueño sin sentir temor a que ocurra un ataque de pánico.

Tener un trabajo estable.

Adquirir mayor confianza y seguridad en sí misma.

Estrategias terapéuticas utilizadas

Redefinición

Tarea directiva

Metáfora

Paráfrasis.

Ideas principales y observaciones.

Silvia sufre ataques de pánico desde el asalto en su lugar de trabajo hace 6 meses, pero está manteniendo el problema a través de su mamá (Martha) y su hermana (Fabiola), quienes acuden a su llamado cada vez que la usuaria tiene una crisis.

Dice experimentar de 3 a 4 veces por semana los ataques de pánico y duran entre 20 y 30 minutos, la mayoría de estos se producen en su casa, durante la noche y suelen ocurrir cuando sus padres discuten, y en el día cuando no logra terminar a tiempo las actividades domésticas que su madre le pide.

El padre de Silvia (José) tiene una relación distante con sus hijas y su esposa, lo que provoca que la consultante se sienta presionada para ayudar en las labores domésticas y refuerza la idea de que es su responsabilidad que no haya discusiones entre sus padres, y su hermana no se vea afectada por los problemas familiares.

La usuaria considera que su papá sólo se ocupa de aportar dinero a la casa, pero no está involucrado afectivamente con su familia, de tal forma que Silvia afirma sentirse abandonada por él y compensa esa ausencia volviéndose dependiente de su madre y de su hermana.

Sus soluciones intentadas son evitar el miedo, pedir ayuda y tratar de controlar el temor cuando éste aparece.

Se le pide que piense en las ventajas y desventajas de dejar atrás los ataques de pánico.

Se utiliza la metáfora de la hormiga y el ciempiés.

Tarea directiva: diario a bordo, donde debe anotar detalladamente los síntomas que se presenten durante sus ataques de pánico, no antes ni después sino justo en el momento que ocurra.

2. Segunda sesión.

Estrategias terapéuticas utilizadas

Connotación positiva

Preguntas reflexivas

Preguntas circulares

Redefinición

Ordalía

Prescripción del síntoma

Tarea directiva usada en la primera sesión (diario a bordo)

Ideas principales y observaciones.

La usuaria notó que se había producido un cambio en la duración y frecuencia de los ataques de pánico desde que se le pidió que anotara detalladamente los síntomas que tenía cuando se producía una crisis, refiriendo haber experimentado un máximo de 4 crisis en dos semanas y éstas duraron aproximadamente 5 minutos cada una.

Lo que ocurrió fue que ella abandonó parcialmente la problemática al tener que escribir, pues ya no se concentraba en lo que le pasaba, sino en lo que tenía que hacer.

Ella afirma que su papá reacciona de una manera negativa cuando suceden las crisis, mostrándose molesto e incluso indiferente. Por otro lado, su madre trata de tranquilizarla diciéndole que piense en otras cosas o que le ayude a preparar la comida, pero Silvia se siente incapaz de hacer lo que su madre le solicita.

Se trabaja con esta idea que le pide su madre de <<*no pienses en lo que estás pensando*>> (paráfrasis) y cómo este doble vínculo contribuye a que el problema no se solucione.

Se realiza una prescripción del síntoma, de tal forma que diariamente y durante 15 minutos, Silvia tendrá que provocar voluntariamente la aparición de los ataques de pánico y usar su diario a bordo para describir a detalle cómo se siente, a fin de que pueda observar el problema sin la angustia de luchar contra él.

La consultante afirma seguir teniendo problemas para conciliar el sueño por lo que se le indica que trate de no dormir y en lugar de eso, ponerse a leer (ordalía).

3. Tercera sesión.

Estrategias terapéuticas utilizadas

Retroalimentación

Preguntas circulares

Connotación positiva

Preguntas reflexivas

Tarea directiva del diario a bordo

Prescripción del síntoma por 20 minutos

Pregunta de escala

Pregunta del milagro

Ideas principales y observaciones.

Los ataques de pánico que le ocurren a Silvia han disminuido considerablemente, pues en dos semanas sólo se presentó una sola crisis, que duró un máximo de 2 minutos. Ella está adquiriendo más seguridad a la hora de enfrentar esta situación.

La usuaria se ve físicamente menos tensa y lo refleja en su forma de hablar y en su manera de sentarse, ya que antes estaba encorvada y mostraba agitación de sus piernas. Ahora proyecta más tranquilidad.

Se le hace la pregunta de escala, del 1 al 10, donde 1 representa el mínimo nivel de ansiedad y 10 el máximo nivel, ella dice que se encuentra en el 3, y en la primera sesión se sentía en el 10.

La prescripción del síntoma la ayudó a tener el control sobre la situación, pues ahora ella sabe que mientras más se esfuerza por hacer aparecer el ataque de pánico, éste no se presenta. Se elogia a la usuaria por este descubrimiento.

Menciona que sus padres han notado sus cambios y le han exhortado a que continúe trabajando en ellos. Esto la hace sentir más motivada.

La usuaria señala que sus problemas de insomnio han desaparecido debido a que la lectura le parecía tediosa y sentía mucho sueño al pensar que tenía que leer.

Se normaliza el temor que sintió al momento de presentarse el asalto en su lugar de trabajo y se redefine la historia a cerca de tener miedo a salir sola de casa debido al suceso desencadenante, partiendo de la idea que los ataques de pánico en realidad le permiten seguir ayudando a su mamá en la casa, pero a la vez le impiden realizar otras actividades, como trabajar para ayudar con la economía de su familia.

Se concluye la sesión con la pregunta del milagro, diciéndole que si durante una noche ocurriera un milagro mientras todos duermen, y éste resolviera su problema, ¿Cómo se daría cuenta de que el milagro ha ocurrido al despertar? ¿Quién sería el primero en notarlo? ¿Quién se sorprendería más al notar que el problema ha desaparecido?

4. Cuarta sesión.

Estrategias terapéuticas utilizadas

Preguntas circulares

Connotación positiva

Preguntas reflexivas

Prescripción de la recaída

Redefinición

Ideas principales y observaciones.

La usuaria llega al consultorio sin la compañía de su madre ni su hermana, como lo hacía desde la primera sesión, este hecho se elogia y ella muestra una actitud positiva.

Silvia menciona no haber podido realizar la prescripción del síntoma durante 20 minutos, pues por más que ella se esforzaba, no aparecían los ataques de pánico.

Afirma no haber tenido ninguna crisis en estas dos semanas, y cuando pensaba en algo que la preocupaba, (como terminar a tiempo las actividades que le pedía su mamá), decidía enfocar su atención en otras cosas para no tener que escribir en su diario a bordo.

La usuaria menciona que se ha sentido motivada a buscar trabajo, pero tiene miedo que las crisis vuelvan a aparecer, motivo por el que se prescribe la recaída.

La prescripción de la recaída consiste en hacer que ésta se presente durante estas dos semanas, pues se le advierte que aquellas cosas que se cambian en poco tiempo, pueden aparecer nuevamente así de rápido, por lo que había que continuar trabajando en ello. Esto permitió que se normalizara la recaída como parte de todo proceso de cambio, de hecho, se esperaba que ella volviera a experimentar un ataque de pánico en los días siguientes, pero si esto pasaba, significaba que el tratamiento realmente estaba funcionando.

Silvia afirma que ahora se siente capaz de salir sola de su casa a lugares no muy lejanos, siendo que antes ni siquiera lo imaginaba. Esto comenzó a suceder cuando su mamá no pudo ir por Fabiola a la escuela debido a que se encontraba surtiendo sus pedidos de zapatos, por este motivo, Silvia tuvo que acudir a la escuela para recoger a su hermana, y aunque admite que sintió miedo (redefinido como precaución), enfrentó valientemente la situación.

Silvia menciona que le hubiera gustado estudiar Administración de empresas, pero no pudo entrar a la universidad porque fue rechazada en su examen en dos ocasiones, así que decidió dedicarse a ayudar a su mamá con las labores domésticas y a su hermana en la escuela; sin embargo, le gustaría estudiar, aunque considera que ya está grande para eso y terminaría de 30 (o más) años su carrera. Se trabaja con la redefinición de la edad como *<<a mayor edad, mayor compromiso de terminar tus estudios y de saber exactamente en qué lugar y en qué puesto te gustaría trabajar>>*, ella acepta esta nueva idea y se muestra motivada a buscar una nueva oportunidad para iniciar sus estudios.

La usuaria dice no haber tenido ninguna relación de noviazgo debido a que considera que es muy tímida y aburrida, redefinidos estos términos como falta de habilidades sociales que ella puede adquirir. La usuaria se muestra cooperativa y entusiasmada por aprender dichas habilidades.

5. Quinta sesión.

Estrategias terapéuticas utilizadas

Retroalimentación

Tarea directiva del diario a bordo

Redefinición

Metáfora

Redefinición paradójica.

Prescripción de una segunda recaída

Ideas principales y observaciones.

La usuaria manifiesta que durante estas dos semanas que transcurrieron entre una sesión y otra, se ha producido una sola crisis y ésta ocurrió cuando se encontraba en una tienda de zapatos junto con su mamá, debido a la tardanza en el servicio y el hecho de que tenían que ir a la escuela por su hermana Fabiola.

La usuaria menciona que pidió ayuda a su mamá, y ésta la auxilió como suele hacerlo, pero esto sólo le reforzó la idea a Silvia de que no es capaz de enfrentar esto sola, sin la ayuda de nadie. Se utiliza la redefinición paradójica, diciéndole que ella ha podido resolver esta situación a lo largo del tratamiento, pero si no se siente segura de volver a hacerlo, que pida ayuda, aunque esto le resulte molesto, pues aún no se encuentra en condiciones de manejar esta situación por sí sola. (Reto paradójico),

Silvia se siente decepcionada con ella misma por haber retrocedido en el camino que llevaba dentro del tratamiento, lo cual permite que se haga una redefinición de lo sucedido, señalándole que esta recaída ha servido para mostrar que el tratamiento estaba funcionando porque la crisis no duró más de 5 minutos.

Se retroalimenta a la usuaria respecto a los avances que ha tenido a lo largo de las sesiones, a fin de aumentar su autoeficacia.

Se utilizan las metáforas del gato dentro del saco y del burro en medio de la corriente, a fin de redefinir la recaída y aumentar la seguridad en sí misma.

Se prescribe una segunda recaída.

6. Sexta sesión.

Estrategias terapéuticas utilizadas

Pregunta de escala

Metáfora

Redefinición de las tareas previas

Ideas principales y observaciones.

La usuaria manifiesta no haber tenido un ataque en estas dos semanas, motivo por el que se siente tranquila respecto a la sesión anterior.

Se han modificado los pensamientos que tenía a cerca de la recaída que se presentó, y ahora cree que esto fue un paso más que debía suceder para saber que todo estaba saliendo bien.

Afirma tener la intención de buscar un trabajo para ayudar en la economía familiar, al mismo tiempo que ahorra para meterse a estudiar la universidad. Tiene ideas sobre dónde le gustaría empezar a trabajar, por lo que la siguiente semana irá a llevar sus papeles. Respecto a este tema, ella se siente ligeramente nerviosa, pues aunque ya está más preparada para enfrentar sus ataques, aún le queda la inseguridad sobre si volverán a ocurrir o no.

Se refuerza la autoeficacia de la consultante y se redefinen los afectos de todas las tareas que se le han pedido, a fin de que se haga consciente de las herramientas que ahora tiene a su alcance para enfrentar las crisis.

Silvia dice ver más cercano a su papá, pues ahora que ella logra dominar su problema, tiene la confianza para acercarse a platicar con José sobre sus ideas de buscar empleo y pedirle consejos sobre cómo desenvolverse en la entrevista de trabajo, por lo que él se muestra dispuesto a apoyarla.

Respecto a su mamá, dice que ahora ya no podrá ayudarla con los quehaceres domésticos, por lo que se siente apenada por tener que salir de casa. Esto es redefinido como la necesidad de que ella trabaje, para que de esta manera pueda ayudar más a su familia, incluso sacar de trabajar a su mamá.

Se hace la pregunta de escala que se realizó en la tercera sesión, refiriendo sentirse en el nivel 2, por lo que se le cuestiona qué tan necesario es para ella estar en el nivel 1. La usuaria manifiesta sentirse satisfecha de estar en ese punto.

Respecto a los objetivos que se hicieron durante la primera sesión (ver punto 3.7.6.1), ella afirma que los primeros tres se han cumplido, pero considera que le falta trabajar más sobre su confianza personal, motivo por el que se le invita a destacar y escribir sus virtudes.

Silvia dice que se siente insegura para desempeñar un buen trabajo, por lo que se le invita a investigar sobre las labores que puede desempeñar y adquirir nuevas formas de hacerlo. También se utiliza la metáfora del sastrecillo valiente, pues a veces no es necesario tener tantas habilidades, sino actuar como si se las tuviera.

Se concluye la sesión mencionando que los avances que ha tenido a lo largo de las sesiones, invita a pensar en que el fin del tratamiento se acerca, por lo que se considera aplicar la Escala de pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS - Panic and Agoraphobia Scale) (1999), para la siguiente sesión. Silvia acepta.

Se cita a la usuaria dentro de tres semanas para constatar el mantenimiento de los cambios realizados.

7. Séptima sesión.

Estrategias terapéuticas utilizadas

Connotación positiva.

Indagación sobre la consecución de objetivos y mantenimiento de los cambios.

Ideas principales y observaciones.

Silvia dice no haber presentado ninguna crisis durante las tres semanas entre una sesión y otra, además de llevar dos días trabajando en una farmacia cerca de su casa.

El hecho de estar trabajando, le ha permitido sentirse más segura de ella misma y contar con mayor independencia económica, por lo que se le ve más tranquila y sonriente, y se le elogia por ello.

La usuaria afirma haber tenido algunos pensamientos que le generaban miedo, pero lograba dominarlos cuando recordaba la metáfora del ciempiés y la hormiga. Esto ya no representa un problema para ella.

Se aplica la Escala de pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS - Panic and Agoraphobia Scale) (1999). Los resultados se muestran en el punto 3.7.7

Se pregunta a la usuaria por el logro de los objetivos planteados, a lo que responde que ella considera que se han alcanzado. Esto se puede demostrar mediante el lenguaje corporal de Silvia, a quien se observa más tranquila, confiada y menos tensa que en las primeras sesiones. Además, un paso contundente es haber obtenido un trabajo, pues anteriormente no concebía siquiera esa posibilidad. Sale de su casa sola, sin que su mamá o su hermana tengan que acompañarla.

Se acuerda con la usuaria verla por última vez dentro de un mes, dejando abierta una sesión en caso de que ella la necesitara.

8. Octava sesión.

Durante esta sesión, la usuaria afirma haberse sentido tranquila y sólo haber experimentado un par de crisis a lo largo de un mes, las cuales duraban un máximo de dos minutos. Sin embargo, ella no lo considera un problema relevante, pero menciona tener otros problemas que no están relacionados a estas crisis que se presentaron, por lo que el rumbo de la terapia da un giro hacia la vida sentimental de Silvia.

Ideas principales y observaciones.

La terapia continuó durante 4 sesiones quincenales más, pero se abordaban otros asuntos que no tenían relación con sus ataques de pánico.

A lo largo de dos meses que la terapia se extendió, la usuaria presentó sólo un ataque de pánico que duró 2 minutos, pero las habilidades que había aprendido, le permitieron hacer frente a la situación sin mayor problema.

Las últimas sesiones no fueron incluidas dentro de esta investigación debido a que el tema central no eran los ataques de pánico y éstos ya no representaban un problema para ella.

Se dan a conocer a Silvia los resultados obtenidos en la Escala de pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS - Panic and Agoraphobia Scale) (1999), que fue aplicada en la sesión anterior, la reacción de la usuaria fue de agrado y mencionó que tanto la preprueba como la postprueba reflejaban realmente cómo se sentía antes y después del tratamiento psicoterapéutico.

A continuación, se revisarán los resultados obtenidos en la Escala de pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS - Panic and Agoraphobia Scale) (1999), la cual se aplicó antes y después del tratamiento psicoterapéutico.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Preprueba.

La siguiente tabla muestra los resultados que se obtuvieron en la Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (1999) antes de iniciar el tratamiento.

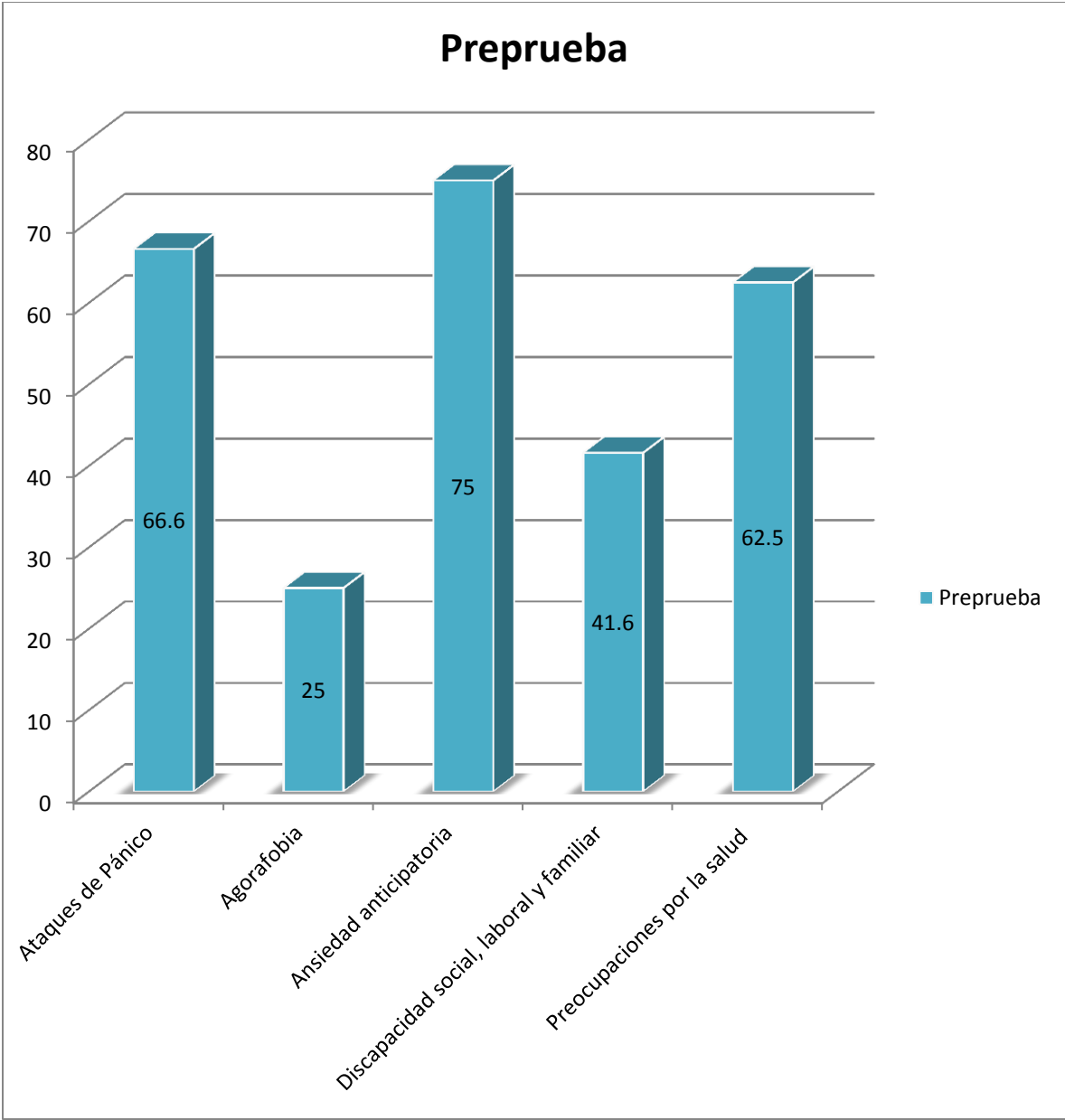
**ESCALA DE PÁNICO Y AGORAFOBIA DE BANDELOW
(Preprueba)**

SUBESCALAS	PUNTUACIÓN	PORCENTAJE
Ataques de pánico	8	66.6%
Agorafobia	3	25%
Ansiedad anticipatoria	6	75%
Discapacidad social, laboral y familiar	5	41.6%
Preocupaciones por la salud	5	62.5%

Como se puede observar, la usuaria presentaba un nivel medio respecto a los ataques de pánico en la Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (1999), puntuando un 66.6%, en relación a la subescala de Agorafobia, su puntuación fue de 25%. Dentro de la subescala de Ansiedad Anticipatoria, su puntuación fue elevada, calificando 6 de los 8 puntos disponibles, lo que corresponde a un 75%. Por lo que respecta a las subescalas de Discapacidad social, laboral y familiar, así

como la de Preocupaciones por la salud, obtuvo un porcentaje de 41.6% y 62.5% respectivamente.

La siguiente gráfica nos muestra los resultados de los datos mencionados anteriormente.



Los niveles más altos dentro de la Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (1999), son los de las subescalas de Ansiedad Anticipatoria, Ataques de pánico y

Preocupaciones por la salud; seguidas de la subescala de Discapacidad Social, Familiar y Laboral, además de la de Agorafobia.

Debido a los resultados observados, el tratamiento se enfocó en cambiar el tipo de relación que lleva con sus padres y hermana, pues claramente existía una complementariedad con su madre y hermana, y una distancia emocional con su padre. Esto ayudó a reducir la ansiedad anticipatoria que desencadena los ataques de pánico que provocaban la aparición de síntomas físicos. Debido a esto, ella se sentía incapaz de buscar un trabajo, pues pensaba que no podía controlar las crisis que le aquejaban y por ende, no tenía la confianza de salir sin la compañía de algún familiar que la pudiera auxiliar en caso de que apareciera un ataque de forma inesperada, por lo que se presentaba una dependencia hacia su madre y a su hermana.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la postprueba.

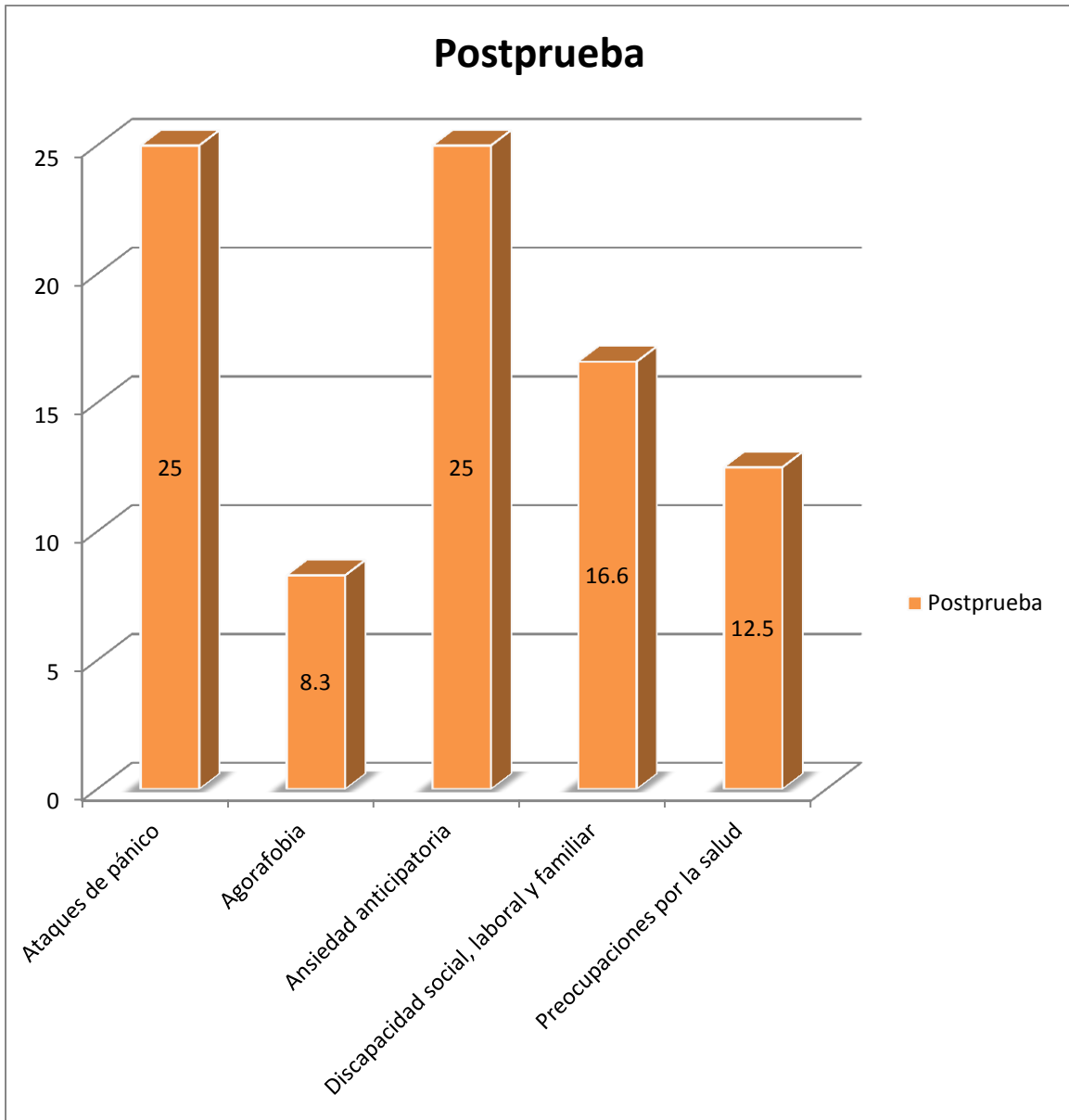
Postprueba.

Ahora se verán las puntuaciones correspondientes a la aplicación del instrumento de evaluación posterior al tratamiento.

ESCALA DE PÁNICO Y AGORAFOBIA DE BANDELOW (Postprueba)

SUBESCALAS	PUNTUACIÓN	PORCENTAJE
Ataques de pánico	3	25%
Agorafobia	1	8.3%
Ansiedad anticipatoria	2	25%
Discapacidad social, laboral y familiar	2	16.5%
Preocupaciones por la salud	1	12.5%

La gráfica muestra que en todas las subescalas hubo un descenso importante de los síntomas, donde los Ataques de Pánico representaron un 25%. Respecto a la Agorafobia, la usuaria obtuvo un porcentaje del 8.3, frente a un 25% de la Ansiedad Anticipatoria. De acuerdo a las subescalas de Discapacidad social, laboral y familiar, Silvia puntuó un 16% y en Preocupaciones por la salud, tan sólo obtuvo un 12.5% del total. La siguiente gráfica lo ejemplifica.



Los datos obtenidos en la postprueba, nos indican que hubo una mejoría importante en la vida de la usuaria, pues los niveles que representan las cinco subescalas de las que está compuesta la Escala de pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS - Panic and Agoraphobia Scale) (1999), disminuyeron considerablemente. Esto se detalla en el siguiente apartado.

Análisis comparativo: Preprueba y Postprueba.

Ahora se presenta el análisis comparativo de los datos obtenidos antes y después del tratamiento psicoterapéutico aplicado a una usuaria con Ataques de Pánico, para este fin se utilizó la siguiente tabla.

**ESCALA DE PÁNICO Y AGORAFOBIA DE BANDELOW
(Preprueba y Postprueba)**

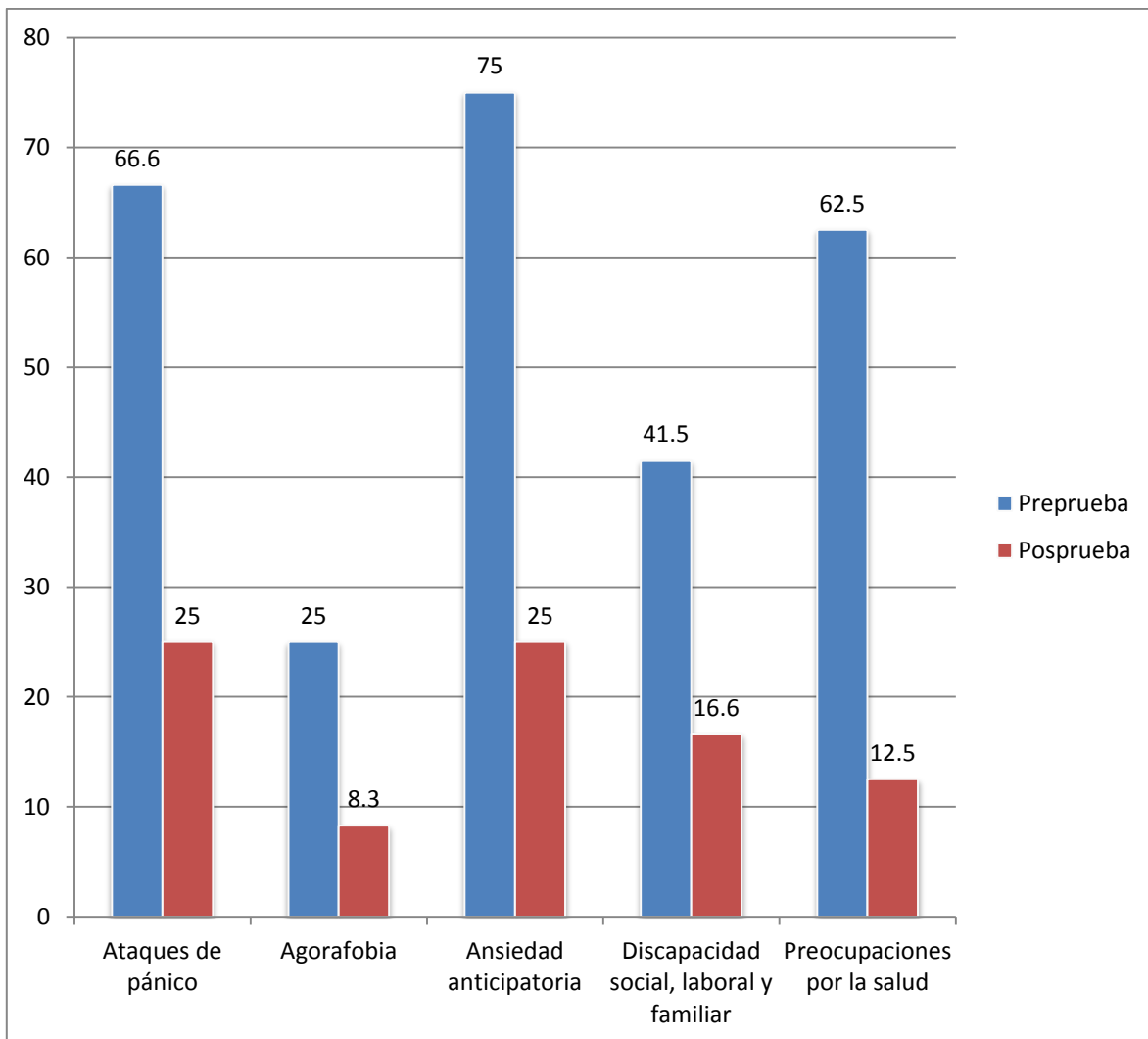
SUBESCALAS	PREPRUEBA	POSPRUEBA
Ataques de pánico	66.6%	25%
Agorafobia	25%	8.3%
Ansiedad anticipatoria	75%	25%
Discapacidad social, laboral y familiar	41.5%	16.6%
Preocupaciones por la salud	62.5%	12.5%

En esta tabla se puede ver cómo los porcentajes de las cinco subescalas disminuyeron. En la subescala de Ataques de Pánico, inicialmente había un 66.6% y en la postprueba ahora ocupaba un 25%. En la de Agorafobia, pasó de un 25% a un 8.3%. Respecto a la subescala de Ansiedad Anticipatoria, el nivel descendió de un 75% a un 25%. En la subescala de Discapacidad social, laboral y familiar, se

modificó de un 45% a un 16.6%. Y finalmente, la subescala de Preocupaciones por la salud, pasó de un 62.5% a un 12.5%.

En 8 sesiones de tratamiento bajo la terapia estratégica y el modelo psicoterapéutico del autor Giorgio Nardone basado en el mismo enfoque, se logró que la usuaria redujera considerablemente sus síntomas y adoptara una visión diferente a cerca de los ataques de pánico que ella experimentaba como fuera de su control.

Para ejemplificar mejor los resultados obtenidos en ambas aplicaciones de la Escala de pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS - Panic and Agoraphobia Scale) (1999), se presenta la siguiente gráfica.



Como se puede observar en la gráfica, en todas las subescalas se produjo una disminución de los síntomas de más del 50% con respecto a los resultados obtenidos en la preprueba, lo que indica que el tratamiento psicoterapéutico aplicado bajo el modelo de la terapia breve sistémica en una usuaria con ataques de pánico, ofreció múltiples beneficios, como el hecho de que la usuaria consiguió un empleo, logró salir de su casa sin la compañía de alguien y venció el temor a que ocurrieran nuevas crisis, mostrando así su eficacia en el tratamiento de este trastorno en tan sólo en 8 sesiones.

Las estrategias terapéuticas que se utilizaron para tratar los ataques de pánico que la consultante presentaba, ayudaron a reducir la frecuencia y duración con la que éstos aparecían, al grado de que para la octava sesión, la usuaria refería que los momentos en los que ocurrían los ataques ya no representaban un problema para ella, pues ahora tenía el control sobre esta situación y podía enfrentarla de una mejor manera, ya no evitando el miedo, sino llevándolo al extremo de tal forma que se apreciaba como incongruente.

Además de los resultados obtenidos en la postprueba de la Escala de pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS - Panic and Agoraphobia Scale) (1999), los cuales fueron favorables, la usuaria mencionó sentirse en un nivel 2 dentro de la pregunta de escala (del 1 al 10) usada durante la terapia para identificar cuál era el puntaje que la consultante otorgaba, donde 1 era el mínimo nivel de ansiedad y 10 era el máximo. Ella precisó que no era necesario descender al nivel 1, pues se sentía satisfecha con el trabajo que había realizado, y ahora podía tener una mejor calidad de vida al salir de su casa sola y al haber encontrado un empleo.

El siguiente apartado describe con mayor detalle y a manera de conclusión, la información recabada durante el proceso de psicoterapia y el análisis de los objetivos alcanzados.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la presente investigación se habló sobre el enfoque de la terapia breve sistémica como un modelo psicoterapéutico que ofrece una visión amplia sobre el trastorno de pánico, que es la problemática central de este proyecto.

Ahora se dará respuesta a las preguntas de investigación planteadas al inicio de este proyecto.

1. ¿Cómo define la terapia breve sistémica el trastorno de pánico?

El trastorno de pánico es un síntoma que aparece como un intento de mantener o restablecer la homeostasis dentro de un sistema familiar.

Hay que recordar que dentro de la terapia sistémica existe un pilar que afirma que *<<no es posible no comunicar>>* (Watzlawick, 2014), de tal modo que, cualquier conducta, aunque sea un silencio, está comunicándonos algo.

La cuestión es identificar qué función está cumpliendo la aparición de este síntoma en la vida de la persona que lo padece y en la de aquellas personas que lo rodean (Ceberio, 2006). En el caso más específico de la usuaria que se presentó en esta investigación, la función del síntoma era no hacer frente a aquellas cosas que se esperaba que una persona ya estuviera realizando a los 27 años, como trabajar o haber terminado una carrera universitaria. Este problema, entonces, le ayudaba a permanecer en su casa, colaborando con su mamá en labores domésticas y aplazando cada vez más su salida del núcleo familiar.

Desde el punto de vista sistémico, el trastorno de pánico no puede ser analizado como la naturaleza de la enfermedad, sino como un síntoma, y éste a su vez interacciona con el ambiente (Haley, 1994), porque si se estudia el ataque de pánico como la enfermedad en sí misma, se estaría teniendo un punto de vista lineal más no circular; es decir, lo que importa es cómo funciona todo el circuito,

cómo se produce la pauta que mantiene el problema y cómo se puede intervenir sin que la solución se vuelva parte del mismo (Nardone, 2012).

El ataque de pánico se produce como un intento de restablecer el equilibrio cuando el sistema entra en crisis y se ve obligado a cambiar, entonces el síntoma cumple la función de aplazar el cambio mientras se encuentra una vía que se ajuste al nuevo ambiente (O'Hanlon, 2001).

2. ¿Qué estrategias de la terapia breve sistémica son las más eficaces para tratar el trastorno de pánico?

Dentro de las estrategias que utiliza la terapia breve sistémica para el tratamiento del trastorno de pánico, se encuentran:

- **Redefiniciones:** Son las nuevas formas que tiene un terapeuta de explicar lo que le pasa al consultante, significa hacer resoluble el problema (Weakland, Segal, & Fisch, 1984). En el caso que se presentó en esta investigación, la redefinición principal que se utilizó para construir una nueva realidad sobre los ataques de pánico que tenía la usuaria, fue <<*es una preocupación por terminar a tiempo las actividades que tu mamá te pide*>>, esta nueva explicación hacía más probable una solución que si se dejaba la definición de la consultante de Ataques de Pánico.
- **Paradojas:** Son estrategias que se utilizan para hacer notar la incongruencia entre lo que el cliente cree que sabe de su problema y los intentos que pone en marcha reiteradamente para solucionarlo (Schaefer, 2013). En el tema de Silvia, la paradoja principal se encontraba en querer evitar la aparición de sus crisis, haciendo que irónicamente ocurrieran. De acuerdo con lo que Silvia creía a cerca de su problema, tenía que esforzarse más y más hasta conseguir que el miedo cediera, pero mientras más luchaba, más grande parecía ser su temor.

- **Metáforas:** Son historias que hacen un comparativo de la historia del usuario, con las fábulas de las que se habla (Weakland, Segal, & Fisch, 1984). Como el ciempiés y la hormiga, pues desde que la hormiga le preguntó al ciempiés cómo hacía para caminar con cien pies, éste ya no pudo caminar; justo como le ocurría a la usuaria con sus crisis, cuando pensaba en evitar el miedo, éste ocurría irremediablemente.

3. ¿Cuáles son los intentos de solución que más utilizan los usuarios para evitar los ataques de pánico?

Entre los intentos de solución más utilizados, están:

- Evitar el miedo a que ocurra una nueva crisis (Nardone, 2011). Los sujetos que padecen ataques de pánico suelen tener miedo a que ocurra un ataque de forma inesperada y ellos no sepan cómo enfrentarlo, por eso es que evaden estos pensamientos para que no ocurra una crisis, pero ésta termina sucediendo de manera paradójica.
- Aunado al punto anterior, los individuos que tienen ataques de pánico tratan de controlar su miedo diciéndose a sí mismos que <<no pasa nada>>, que <<todo está bien>> y que <<ellos pueden controlar esa situación>>; sin embargo, estos medios que utilizan rara vez les funciona, pues buscan evadir y no enfrentar (Haley, 1994). Este mecanismo de huida no es malo en sí mismo, porque gracias a él es posible sobrevivir ante una amenaza; el problema es que en el caso de los ataques de pánico, las personas ya han convertido sus pensamientos en alarmas que están activadas todo el tiempo, previniéndoles de amenazas inexistentes, y al tratar de evitarlas, lo que logran es que “suenen” más fuerte (Nardone, 2002).
- Pedir ayuda a otras personas (Watzlawick, 1992). Las personas tratan de controlar su miedo primeramente por sí mismos, pero casi siempre sus intentos fracasan, de tal modo que buscan ayuda con familiares, amigos, personas de confianza o simplemente con quienes estén a su lado en el momento que ocurre la crisis. Esto les alivia momentáneamente, pero

después se sienten incompetentes para enfrentar solos su problema y la ayuda de los demás que les permitió sentirse mejor, ahora se convierte en la confirmación de su propia incapacidad (Nardone, 2011).

- Intentar solucionar el problema de la misma forma una y otra vez (Nardone, 2004). Si una solución no funciona, los sujetos con trastorno de pánico la siguen aplicando una y otra vez, con más esfuerzos y con menos resultados, haciendo que el problema se perpetúe (Watzlawick, 1992).

4. ¿Cuáles son los resultados que se obtendrán en el tratamiento de los trastornos de pánico desde la terapia breve sistémica?

Los resultados alcanzados en el tratamiento utilizado bajo el modelo de la terapia breve sistémica son:

- ❖ Una disminución considerable de la frecuencia y duración de los ataques de pánico, según la Escala de pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS - Panic and Agoraphobia Scale) (1999).
- ❖ Un incremento en la autoconfianza de la usuaria para controlar las crisis y que esto le permitiera hacer uso de las herramientas que se le brindaron durante la terapia para hacer frente a sus miedos.
- ❖ Reinserción laboral de la consultante y planes a futuro de iniciar sus estudios universitarios.
- ❖ La usuaria dejó de buscar ayuda en su madre y en su hermana, pues ya tiene la suficiente confianza en ella misma para afrontar los ataques de pánico.

De acuerdo con la terapia estratégica, que se utilizó para el tratamiento de los ataques de pánico, existen cuatro puntos importantes que son las bases de esta

terapia, los cuales se verán a continuación y se detallará cómo se llevó a cabo el procedimiento con el caso clínico que se presentó como objeto de estudio.

Los ejes centrales del enfoque estratégico son:

- a) Los problemas psicológicos son el resultado de la percepción de la realidad del individuo. La usuaria pensaba antes de iniciar el tratamiento, que era incapaz de controlar las crisis y que debía pedir ayuda constantemente a su mamá y hermana a fin de que el problema siguiera apareciendo. Al final de la terapia, la consultante había modificado esta percepción y ahora se sentía segura de poder enfrentar ella sola esta situación.
- b) La terapia breve estratégica resalta por aportar soluciones que en apariencia pueden parecer ilógicas, pero que buscan la solución del problema en el menor tiempo posible. El uso de metáforas, tareas directivas como prescripción del síntoma y el diario a bordo, fueron piezas claves en el tratamiento del trastorno de pánico que aquejaba a la usuaria, pues aunque parecían poco lógicas, al final le ayudaron a tener el control sobre su situación y a que esto dejara de ser un problema para ella.
- c) No existe la necesidad de buscar la causa en el pasado para resolver un problema, tan sólo hay que entender cómo funciona y cómo es que se mantiene en el presente. Los datos sobre el inicio del trastorno, son relevantes para comprender cómo hace frente la consultante a las situaciones adversas, pero esto no determina la naturaleza del problema como parte de la personalidad de la usuaria, sino de una interacción poco favorable con su entorno. Ella había puesto en marcha un mecanismo de búsqueda de ayuda por parte de sus familiares que en el pasado le había servido; es decir, cuando empezaron a ocurrir las crisis. Sin embargo, en el presente ya no eran funcionales, pues esto lejos de ayudarla, la hacía sentir poco competente para manejar el problema. Pero la consultante no era

consciente de que estaba aplicando el mismo recurso ineficaz una y otra vez, convirtiéndolo en parte del problema en lugar de la solución.

- d) Los intentos de solución puestos en marcha por el cliente o sus familiares, son por lo general los que mantienen el problema o generan nuevos problemas. El hecho de repetir una y otra vez los mismos métodos de resolución del problema, no sólo no ayudan que este no desaparezca, sino que se perpetúe. Este mecanismo no es malo en sí mismo, sino se vuelve en contra de los usuarios cuando éstos repiten las mismas soluciones de una forma rígida, sin comprender que esto contribuye a que el síntoma persista, como en el caso de los ataques de pánico que presentaba la consultante y sus mismas soluciones de pedir ayuda o tratar de forzar algo que sólo ocurre espontáneamente.

Después de analizar los resultados obtenidos después del tratamiento psicoterapéutico, es posible mencionar que se alcanzaron los objetivos de este proyecto, y se confirmó la hipótesis de investigación.

Por lo tanto, la hipótesis de investigación:

H_i: La terapia breve sistémica resolverá el trastorno de pánico.

Se acepta, ya que la teoría sobre la que se fundamenta esta investigación proporcionó herramientas muy útiles para resolver el trastorno de pánico.

A continuación, se describen algunas sugerencias a tomar en cuenta para futuras investigaciones.

SUGERENCIAS

Para posteriores aplicaciones de la terapia breve sistémica en el trastorno de pánico, se sugiere ampliar el número de metáforas durante las sesiones, con el propósito de que el usuario logre entender su problemática desde una perspectiva diferente. No es necesario explicar la metáfora, al contrario, ésta puede ser utilizada al finalizar la sesión y pedirle al consultante que la analice para comentarla en la sesión posterior.

Se recomienda investigar más tareas directivas y paradójicas, a fin de proporcionar una mayor gama de actividades para el usuario. Hay que tener en cuenta que las tareas directivas deben ir de acuerdo al *timing* de la sesión y a la postura en el que se encuentra el consultante frente al cambio. Para más información sobre este tema, se aconseja consultar el libro: “200 tareas en terapia breve” (Beyebach, 2010).

Por último, la experiencia recabada a lo largo de esta investigación, permite sugerir a los terapeutas no apresurar los cambios en los usuarios, pues cada uno tiene su propio ritmo y será él quien finalmente decida si quiere cambiar y cuándo hacerlo (Watzlawick, 1992).

REFERENCIAS

- Alemaný, C. (2013). *La comunicación humana: una ventana abierta*. Grenoble: Desclée de Brouwer, S.A.
- APA. (2014). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition*. Estados Unidos: Médica Panamericana.
- Bandelow, B. (1999). *The assessment of efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia*. Cambridge: Hogrefe & Huber Publishers.
- Bandelow, B., Domschke, K. & Baldwin, D. (2013). *Panic Disorder and Agoraphobia*. Oxford: OUP Oxford.
- Beyebach, M., & Herrero, M. (2010). *200 Tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Bobes, J., Bascarán, M. & Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Editores S.L.
- Boscolo, L., Cecchin, G. Hoffman, L. & Penn, P. (1987). *Terapia Familiar Sistémica: Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Burbuena, A., Berrios, G. & Fernández, P. (2000). *Medición Clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.
- Canevaro, A. (2012). *Terapia individual sistémica: con la participación de familiares significativos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Ceberio, M. (2006). *La buena comunicación: Las posibilidades de la interacción humana*. Barcelona: Paidós.
- De Miguel, R. (2006). *Fundamentos de la comunicación humana*. Barcelona: Club Universitario.
- Demicheli, G. (1995). *Comunicación en terapia familiar sistémica*. Santiago: Universidad de Valparaíso.

- Eguiluz, L. D. (2004). *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: Pax.
- Eguiluz, L. D. (2008). *El baile de la pareja: trabajo terapéutico con parejas*. México: Pax México.
- Espina, A. & Pumar, B. (1996). *Terapia Familiar Sistémica: Teoría, clínica e investigación*. Madrid: Fundamentos.
- García, F. (2013). *La terapia estratégica breve: fundamentos, técnicas y tendencias actuales*. Santiago, Chile: RIL editores.
- Haley, J. (1984). *Terapia de ordalía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1994). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hurtado, D. (2011). *Teoría General de Sistemas: Un enfoque hacia la ingeniería de sistemas*. California: Lulu.
- Kohn, R., Saxena, S. & Saraceno, B. (16 de Julio de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 3 de Febrero de 2016, de Boletín de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/11/khon1104abstract/es/>
- Madanes, C. (2007). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Minuchin, S. (2004). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa S.A.
- Minuchin, S., Nichois, M. & Yung, W. (2011). *Evaluación de familias y parejas: del síntoma al sistema*. México: Paidós.
- Nardone, G. (2002). *Miedo, pánico, fobias*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2004). *Psicosoluciones*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2011). *Más allá del miedo*. Madrid: Paidós.

- Nardone, G. (2012). *Problem Solving Estratégico: El arte de encontrar soluciones a problemas irresolubles*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. & Portelli, C. (2009). *Conocer a través del cambio: la evolución de la terapia breve estratégica*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1995). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, B. (2001). *Desarrollar posibilidades*. Barcelona: Paidós, Ibérica .
- O'Hanlon, W. (1993). *Raíces profundas: principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- O'Hanlon, W. & Cade, B. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Ortega, I., Bados, A. & Saldaña, C. (2 de Septiembre de 2012). *Un caso de fobia social con predominio de ataques de pánico*. Recuperado el 14 de Enero de 2016, de Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97026840007>
- Palazzoli, S., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1991). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa: Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar: modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Schade, N., Beyebach, M., Torres, P. & González, A. (2 de Diciembre de 2009). *Terapia Familiar Breve y Atención Primaria: Un Caso de Trastorno Somatomorfo*. Recuperado el 14 de Enero de 2016, de Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78511847009>

- Schaefer, H. (2013). La terapia estratégica breve: fundamentos, técnicas y tendencias actuales. En F. García, *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones* (págs. 29-61). Santiago: RIL editores.
- Terán, J. (2015). *Ataque de pánico: Conozca sus síntomas y consecuencias*. Buenos Aires: Dunken.
- Tomasello, M. (2013). *Los orígenes de la comunicación humana*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Trull, T. & Phares, J. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Barcelona: Ediciones Paninfo.
- Vetere, A. & Dallos, R. (2012). *Apego y terapia narrativa: Un apego integrador*. Barcelona: Ediciones Morata.
- Von Bertalanffy, L. (1989). *Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones 6a.ed.* México: Fondo de cultura económica.
- Watzlawick, P. (1984). *El arte de amargarse la vida*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1992). *Cambio, formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J., Segal, L., & Fisch, R. (1984). *La táctica del cambio: Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- White, M. (1997). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- Yanes, J. (2008). *El control del estrés y el mecanismo del miedo*. México: Edaf.

A N E X O S

<p>4.1. ¿viene usted de un embarazo deseado?</p> <p>4.2. ¿tenían preferencia por algún sexo?</p> <p>4.3. ¿Cuál fue la reacción de la madre en el parto?</p> <p>4.4 ¿La madre sufrió algún tipo de complicación o enfermedades durante el parto?</p>
<p>4.5. ¿cómo han sido las pautas de crianza?</p>
<p>4.6. Interacción con los hermanos</p>
<p>4.7 Tipos de juegos:</p>
<p>4.8. Relación con los amigos:</p> <p>4.9. Cuando era niño sufría de sonambulismo: Temores:</p> <p>5.0. como ha sido la relación con su esposo(a):</p> <p>5.1. como es la relación con la suegra y familiares de su esposo (a):</p> <p>5.2. estudios universitarios:</p> <p>5.3.Como maneja el dinero que entra a su hogar:</p> <p>5.4.En que situaciones ha sentido estrés:</p> <p>5.5. Ha tenido alguna vez un trabajo: ¿Cuál?</p> <p>5.6. ¿cómo fueron las relaciones con los compañeros de trabajo?</p> <p>5.7. Relación con el cónyuge: (describir: celos, infidelidad, conflictos, intereses).</p>

5.8. ¿Que suele hacer en el tiempo libre?

5.9. Hábitos de consumo de alcohol, tabaquismo. (Uso de drogas o automedicación).

VEJEZ: (enfatar en los intereses, actitud hacia las enfermedades, los familiares y amigos, relaciones sociales, como percibe las relaciones con sus familiares y como percibe la actitud de los demás para con él)

EXAMEN DE ESTADO MENTAL (signos manifiestos de la conducta)

Deficiente	Excesiva
Inmóvil ___	Cólera ___
Insensibilidad ___	Delirio ___
Indolente ___	Rabieta desenfrenada ___
Apática ___	Agitada ___
Lenta ___	Inquieta ___
Vacilante ___	Deambulación ___
Sin razón ___	
Observaciones:	Observaciones:

(x)	EXPRESIÓN EMOCIONAL	Observaciones
	<p>1. Impasibilidad</p> <p><i>Aspecto:</i> triste, estuporoso, como una máscara. <i>Actividad:</i> letárgica, apática, retardada. <i>Lenguaje:</i> monótono, lento, poco comunicativo.</p>	
	<p>2. Confusión</p> <p><i>Aspecto:</i> desgreñado, raro, extravagante. <i>Actividad:</i> desorientada, inmovilidad en la postura, manierismo. <i>Lenguaje:</i> divagación, incoherencia.</p>	

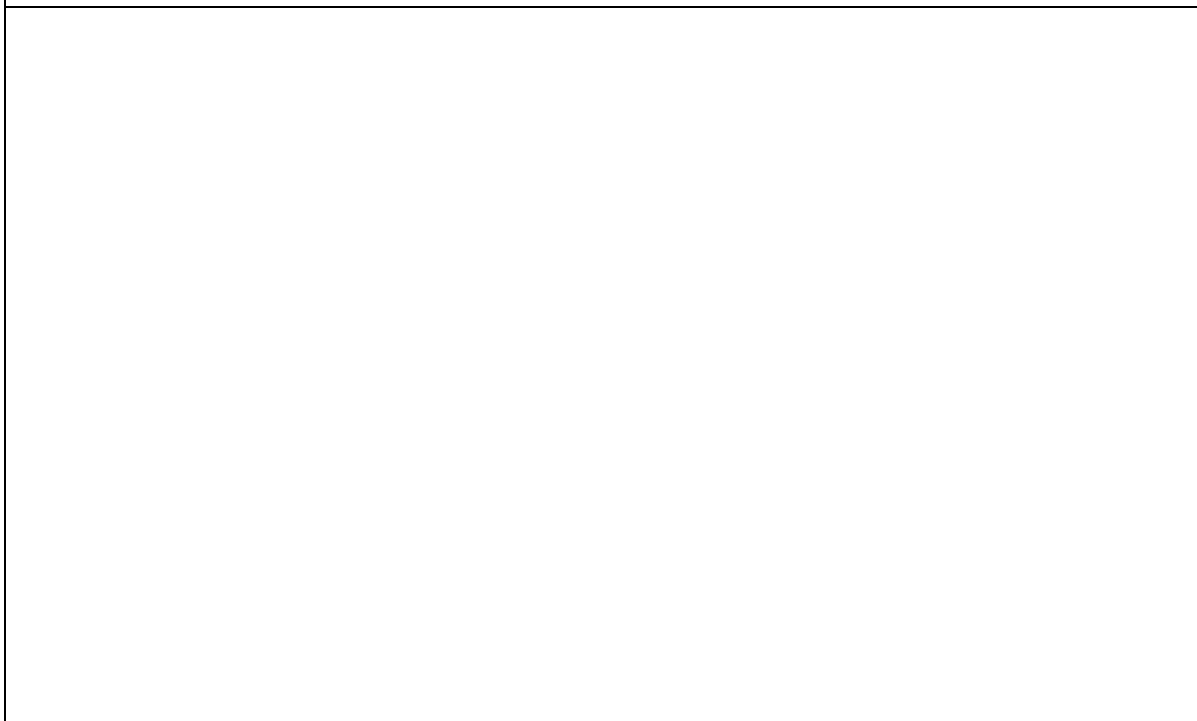
	3. Melancolía	<i>Aspecto:</i> desaliñado, triste, desgreñado. <i>Actividad:</i> lloroso, indolente, pausada. <i>Lenguaje:</i> abatido, dificultoso, inaudible.	
	4. Excitación	<i>Aspecto:</i> descuidado, extravagante, cambiante. <i>Actividad:</i> vacilante, impetuoso, enfurecida. <i>Lenguaje:</i> apresurado, voluble, violento.	
	5. Expansividad	<i>Aspecto:</i> extravagante, intrépido, pomposo. <i>Actividad:</i> excitada, histriónica, desenfrenada. <i>Lenguaje:</i> gracioso, efusivo, altisonante	
	6. Hostilidad	<i>Aspecto:</i> hosco, irritable, arisco. <i>Actividad:</i> sin freno, agresiva, desabrida. <i>Lenguaje:</i> cáustico, insultante, amenazante.	
	7. Inhibición	<i>Aspecto:</i> modesto, reservado, correcto. <i>Actividad:</i> compulsiva, deliberada, repetitiva. <i>Lenguaje:</i> boqueado, dificultoso, taciturno.	
	8. Agitación	<i>Aspecto:</i> descuidado, nervioso, turbado. <i>Actividad:</i> inquieta, colérica, perturbadora. <i>Lenguaje:</i> machacón, impaciente, trémulo.	

(X)	CONDUCTA INTERPERSONAL		Observaciones
	1. Asocial	Pasiva, reticente, inhibida, insensible, ignorante, antipática	
	2. Evasiva	Tímida, incómoda, ambigua, cautelosa, reservada, suspicaz.	
	3. Sumisa	Conciliadora, sugestionable, desvalida, sacrificada, dependiente.	
	4. Gregaria	Frívola, expansiva,	

		exhibicionista, caprichosa, imprevisible, poco fiable.	
	5. Narcisista	Esnobista, jactanciosa, desdeñosa, pretenciosa, pomposa, altiva.	
	6. Agresiva	Arrogante, dominante, autoritaria, irrisoria, cruel, maliciosa.	
	7. Conformista	Escrupulosa, atenta, respetuosa, autocrática, legalista, ritualista.	
	8. Negativista	Mezquina, obstinada, resentida; rencorosa, provocativa, litigiosa.	

Factores Predisponentes:	Factores precipitantes:
Hipótesis de Adquisición:	Hipótesis de Mantenimiento:

FAMILIOGRAMA:



ELABORADO POR: _____

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO DE USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

Lugar y fecha: _____

Al firmar esta carta, usted acepta el uso de medios electrónicos (cámaras, grabadoras y micrófonos) con los siguientes fines:

1. Para ayudar a la terapeuta a entregar un servicio más efectivo al cliente, con los fines de supervisión y planificación de futuras sesiones. La confidencialidad siempre se mantendrá en la revisión de estos videos, fotografías y audios.

Autoriza el uso de:

- Cámaras
- Micrófonos
- Grabadoras de audio

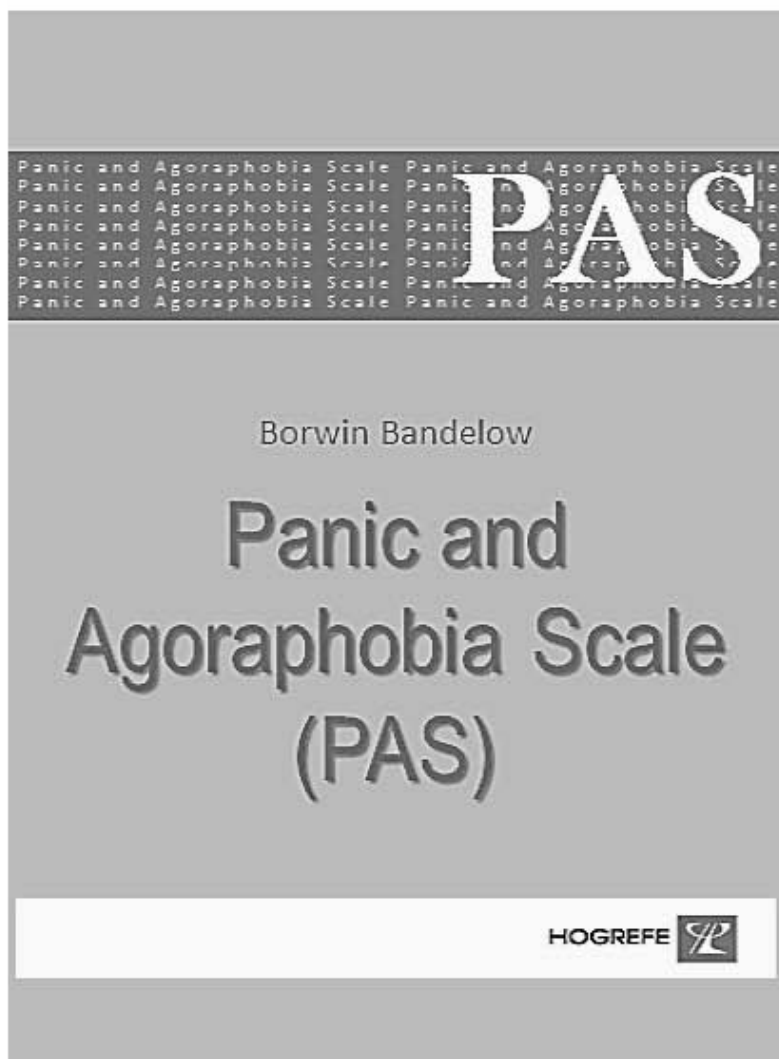
Le está permitido cambiar de opinión sobre el consentimiento antes firmado si así lo estima pertinente.

Firma del consultante

Firma del psicólogo

ANEXO 3

HOJA DE REGISTRO DE SESIÓN	
Fecha de la sesión:	Sesión número:
¿Quiénes asistieron a la terapia?	Nombre del terapeuta:
Principales temas tratados en la sesión (Incluir lenguaje utilizado por los consultantes)	
Intervenciones realizadas	
Ideas / temas / decisiones clave a retomar en sesiones posteriores	



ANEXO 5



Identificación **Fecha**

HOJA DE RESPUESTAS

Instrucciones: Marque con una X la casilla que se ajuste a su respuesta.

No. de Reactivo	a)	b)	c)	d)	e)	f)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						