



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

**Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología**

**Tratamientos para Pacientes Agorafóbicos.
Correlaciones entre el Enfoque Cognitivo-
Conductual y el Sistémico.**

Nº 296

Agustina Bima

Tutor: Héctor Fernández Alvarez

Departamento de Investigaciones
Abril 2010

Índice

Resumen	5
Introducción	5
Capítulo 1. De la ansiedad normal al pánico	6
1.1 Criterios Diagnósticos	6
1.2 Marco Teórico.....	7
Capítulo 2. Enfoque Cognitivo-Conductual	8
2.1 Reseña Histórica - Marco Teórico	8
2.2 Teoría cognitiva y la ansiedad.....	9
2.3 Tratamiento cognitivo-conductual	
Programa Terapéutico de Clark.....	10
2.3 a) Estructura y contenido de las sesiones	11
2.3 b) Validez clínica-coste / beneficio	13
Capítulo 3. Enfoque Sistémico	15
3.1 Reseña histórica - Marco teórico	16
3.2 El método estratégico-constructivista de Giorgio Nardone	16
3.2 a) Formación y persistencia del problema	16
3.2 b) Soluciones ensayadas del Sistema Perceptivo-Reactivo	17
3.2 c) Programación terapéutica y estrategias de cambio	18
3.3 El modelo de terapia breve-estratégica. Tratamiento Para La Agorafobia	19
3.4 Eficacia y eficiencia del tratamiento	21
Capítulo 4. Comparaciones: Semejanzas y Diferencias	21
Conclusiones	24
Bibliografía	25

Resumen

El objetivo del presente trabajo es realizar un análisis comparativo entre el modelo terapéutico propuesto por David Clark desde el marco Cognitivo-Conductual y el modelo diseñado por Giorgio Nardone desde el marco sistémico, en el tratamiento de pacientes agorafóbicos., determinando diferencia, semejanzas y complementariedades.

Para alcanzar dicho objetivo se comienza realizando una búsqueda bibliográfica de los marcos teóricos sobre los cuales se apoyan cada uno de los modelos elegidos, para luego poder realiza una descripción de los tratamientos terapéuticos, exponiendo la relación terapéutica que se establece, desde el comienzo, en cada uno de ellos, los objetivos que plantean y las técnicas utilizadas para alcanzar dichos objetivos.

A partir del material analizado, recurriendo a libros, revistas científicas, artículos publicados en Internet, etc. se intenta ampliar y clarificar los dos enfoques terapéuticos desarrollados, y de esta manera, siguiendo una línea integradora, aportar nuevas herramientas para el tratamiento de pacientes agorafóbicos.

Introducción

La presente tesina tiene como objetivo realizar un análisis comparativo entre el método estratégico-constructivista de Nardone y el tratamiento cognitivo-conductual de Clark para el tratamiento de pacientes agorafóbicos.

Hoy en día existen distintos abordajes para el tratamiento de pacientes agorafóbicos. Al realizar la revisión bibliográfica, nos encontramos con numerosos estudios que concluyen que la terapia Cognitivo-conductual es una terapia eficiente y efectiva para la ansiedad y la evitación agorafóbica . Según Roca (2004), uno de los tratamientos psicológicos más eficaces para tratar a estos pacientes y que se ha investigado más exhaustivamente es la llamada *terapia cognitiva focal* de Clark. Bados (1999) concluye que la terapia Cognitiva-conductual es una terapia eficiente y efectiva para la ansiedad y la evitación agorafóbica ya que tiende a producir menos abandonos del tratamiento y recaídas en ataques de pánico que en otros tipos de tratamiento.

Por su parte Nardone (1997) ha diseñado un modelo estratégico de intervención, con el cual se logran excelentes resultados en muy pocas sesiones, postulando que mientras el cognitivismo llega a la solución del problema de ansiedad, pánico o fobia mediante un cambio gradual de las cogniciones del paciente, el modelo estratégico llega a la solución del mismo problema a través de la utilización de tácticas y técnicas que permiten oponerse a la resistencia al cambio del paciente y lo lleva a experimentar de manera concreta nuevas modalidades de percepción.

De esta manera los objetivos específicos que se plantean son describir la relación terapéutica que se establece en cada uno de los tratamientos desarrollados, los objetivos terapéuticos, las técnicas empleadas y por ultimo realizar una comparación entre los puntos anteriormente mencionados, buscando similitudes y diferencias.

El trabajo se divide en 4 capítulos, en el primero de ellos se define el trastorno de Angustia y los criterios del DSM-IV para el diagnostico del pánico y la agorafobia.

Con la intención de proveer una revisión comprensiva y organizada sobre los tratamientos, el capítulos dos se divide en 3 partes, desarrollando el marco teórico que sustenta al modelo de Clark en la primera parte, continua con la descripción y desarrollo de la teoría cognitiva y la ansiedad, describiendo los modelos cognitivos de la agorafobia de Beck y Clark, reservando la ultima parte para realizar una revisión y descripción del tratamiento cognitivo-conductual, describiendo la estructura y contenido de las sesiones, etc

El enfoque Sistémico es desarrollado en un tercer capítulo, siguiendo el mismo principio organizador, en una primera parte se desarrolla el marco teórico, sus conceptos fundamentales, la segunda parte esta dedicada a la teoría sistémica y el trastorno, describiendo, entre otros puntos, la formación y persistencia del problema, las estrategias de cambio, para entrar de lleno en la descripción del tratamiento, desarrollando las técnicas, objetivos, la relación terapéutica, que plantea el modelo terapéutico.

Y en un ultimo capítulo se analizan similitudes y diferencias halladas en los puntos anteriormente descriptos y desarrollados.

En cuanto a la justificación de la temática me parece que esta tesina podría agregar conocimiento, enriquecer el conocimiento científico a cerca del presente trastorno de ansiedad y a cerca de los distintos tratamientos terapéuticos con los que se cuenta para su abordaje.

Podría brindar mayores recursos, herramientas para ,así, lograr un abordaje mas completo, efectivo e integrado. A lo largo de mi formación profesional me fueron presentadas distintas patologías, que el ser humano puede padecer, así como las distintas escuelas psicológicas y los centenares y diversos

enfoques terapéuticos que existen en la actualidad. En lo personal, la elección del tema se basó en mi gran interés particular en las psicoterapias cognitivas y sistémicas. Creo que el terapeuta debe buscar y encontrar un modelo con el cual se sienta cómodo para trabajar y alcanzar el objetivo que persigue toda terapia, brindarle atención a esa persona que recurre en busca de ayuda. Después de encontrarme con ese abanico de posibilidades, creo que en mi futuro profesional, me sentiré más cómoda trabajando desde alguno de estos dos enfoques, al tratarse de tratamientos, efectivos, claramente estructurados, de duración breves, donde tanto terapeuta como paciente adoptan un papel activo y participativo, características presentes en ambos abordajes, como se describirá a lo largo de este trabajo, y justamente la idea y el motivo de realizar el mismo es comprobar, que si bien cada modelo tiene su base teórica y sus fundamentos, pueden existir similitudes en muchos aspectos y se pueden complementar, intentando encontrar terapias y modelos cada vez más variados y completos, adaptándose a las necesidades del paciente y a los tiempos que corren.

Capítulo 1. De la ansiedad normal al pánico

La ansiedad normal la podemos definir como una emoción psicobiológica, básica, adaptativa ante un peligro, ligada al instinto de conservación de la especie. Su función radica en motivar conductas apropiadas para superar dicha situación. Esta respuesta normal, puede ocurrir de modo innecesario y desproporcionado, interfiriendo negativamente en la vida social, familiar y laboral de quien la experimenta, pudiendo transformarse en una respuesta patológica, ansiedad patológica, caracterizada como una respuesta exagerada, que puede resultar incapacitante, llegando a condicionar la conducta del sujeto.

Los trastornos de ansiedad pueden manifestarse a través de cambios en distintas esferas como ser en las *cogniciones*, siendo los síntomas más comunes los pensamientos persistentes que se imponen, sensaciones de vergüenza, sensación de perder el control, cambios en el *estado fisiológico* incluyendo palpitations, sudoración, mareos, náuseas, en el *comportamiento* como morderse los labios, comerse las uñas y por último cambios en las *emociones* que puede incluir entre otros, angustia, miedos, irritabilidad.

Cuando la ansiedad es leve, según Cía (2003) produce una sensación de inquietud, desasosiego, cuando se presenta en forma más severa, puede paralizar al individuo, transformándose en pánico.

Al pánico se lo define como una vivencia de miedo muy intenso, terror con sensación de muerte inminente, pérdida de control, caracterizado por su presentación súbita y espontánea.

El término Agorafobia, su etiología griega se refiere al temor al Ágora, plaza principal de las ciudades griegas, designa "el temor o miedo intenso a los espacios abiertos, a los lugares públicos o muy concurridos" (Carrión, Bustamante 2003, p 106). Se caracteriza por la ansiedad que aparece cuando resulta difícil escapar u obtener ayuda, existiendo un abanico de situaciones que la despiertan, entre las cuales se encuentran lugares públicos, como calles, tiendas, aglomeraciones, túneles, puentes, espacios abiertos, etc. Estas situaciones se evitan, por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia. Afrontar, según Cía (2003), sin compañía, estas situaciones resulta sumamente difícil, llegando a producir incapacidad laboral, limitando las actividades familiares y sociales. En su presentación más extrema, confinando al paciente al hogar, sitio que vivencia como seguro y sin peligros.

1.1 Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del pánico y la agorafobia

Crisis de pánico

Episodio de ansiedad aguda con miedo o malestar intensos, acompañados de 4, o más, de los siguientes síntomas, que aparecen bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- Palpitaciones o elevación de la frecuencia cardíaca,
- Sudor,
- Temblores o sacudidas,
- Sensación de ahogo o falta de aliento,
- Sensación de atragantarse,
- Opresión o malestar en el pecho,
- Náuseas o molestias abdominales,
- Inestabilidad, mareo o sensación de desmayo;
- Sensación de entumecimiento u hormigueo,
- Escalofríos o sofocaciones,
- Percibir las cosas o percibirse a sí mismo de forma extraña
- Miedo a morir, volverse loco o perder el control

Trastorno de pánico

Se dan crisis de pánico repetidas, algunas de las cuales son inesperadas. Al menos una de ellas se ha seguido durante un mes (o más) de alguno de los siguientes síntomas:

- inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis,
- preocupación por sus consecuencias, por ej., perder el control, sufrir un infarto o “volverse loco”,
- cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

Además, las crisis de pánico no se deben a los efectos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica; ni pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ej., la fobia social si las crisis aparecen sólo al exponerse a situaciones sociales temidas).

Criterios para el diagnóstico de agorafobia

Nota: No se registra la agorafobia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la agorafobia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] o F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22]).

A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

B. Estas situaciones se evitan, se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

Criterios para el diagnóstico Trastorno de angustia con agorafobia

A. Se cumplen dos condiciones: 1) crisis de angustia inesperadas recidivantes y 2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

- a) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis
- b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, “volverse loco”)
- c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Presencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

1.2 Marco teórico

Antes de comenzar a describir en profundidad los modelos paradigmáticos elegidos, se realizará una revisión y análisis del marco teórico que da sustento a dichos modelos, pasando por sus precursores, sus principales influencias, principios básicos, etc

Sustentar teóricamente el estudio implica analizar y exponer aquellas teorías, investigaciones, antecedentes generales, enfoques teóricos que se consideren válidos para el correcto encuadre del estudio. Tomando la definición de Kelinger (1975) “teoría es un conjunto de constructos, conceptos, definiciones

y proposiciones relacionadas entre si que presentan un punto de vista sistemático de fenómenos especificando relaciones entre variables, con el objeto de explicar y predecir los fenómenos”.

Su utilidad reside en que describe, explica y predice el fenómeno o hecho al que se refiere, organiza el conocimiento al respecto y orienta a la investigación que se lleva a cabo sobre dicho fenómeno.

Según Sampieri y col (1996), entre las funciones principales del marco teórico, podemos nombrar la de orientar sobre como habrá de llevarse a cabo el estudio, proveer de un marco de referencia para interpretar los resultados del estudio, y guiar al investigador para que se centre en su problema evitando desviaciones.

Capítulo 2 Enfoque Cognitivo-Conductual

2.1 Reseña histórica - Marco teórico

Han pasado muchos años, estudios, e investigaciones para dar paso del conductismo radical de Pavlov a las terapias cognitivas-conductuales actuales.

Las terapias comportamentales y cognitivas, según Cotraux (1999) hacen referencia a los modelos surgidos a partir de las teorías del aprendizaje: condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y aprendizaje social, dichos modelos priorizan la modificación de los comportamientos observables, motor y verbal, sin dejar de hacer referencia a los modelos cognitivos, estudiando el tratamiento de la información, es decir, a los procesos del pensamiento que filtran y organizan la percepción de los acontecimientos que suceden alrededor del individuo.

La terapia cognitivo-conductual posee cuatro pilares teóricos básicos. El primero de ellos representado por Pavlov quien describe un proceso básico de aprendizaje que llamara *Condicionamiento Clásico* Proceso por el cual los organismos aprenden relaciones predictivas entre estímulos del ambiente.

Como segundo pilar, se encuentran los aportes de Skinner, quien en la década del 30, plantea otro tipo de aprendizaje, el Condicionamiento operante proceso por el cual los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen en función de las consecuencias que le siguen.

El comportamiento, opera sobre el medio ambiente. Toda acción puede ser modificada por las consecuencias que el mismo medio devuelve.

El aprendizaje de la conducta operante, se produce también por un proceso de condicionamiento, en donde la consecuencia de dicha operante adquiere un rol fundamental. A estos efectos, consecuencias Skinner los define como reforzadores, Son estos los que modelan o condicionan la conducta humana.

Se distinguen dos tipos de reforzadores:

a) Positivos

Los reforzadores positivos, potencian o aumentan la probabilidad de que una conducta aparezca frecuentemente.

b) Negativos

Los reforzadores negativos son estímulos adversos, los que el individuo trata de evitar, y potencian o determinan la evitación o el alejamiento del estímulo producido.

A los aportes de estos dos paradigmas, le siguen los trabajos de Bandura, *Teoría del aprendizaje social* introduciendo el papel que la imitación juega en el aprendizaje. Como describe Cia (2003) el individuo aprende mediante la exposición a la información. El aprendizaje se ve afectado por las consecuencias de observar a un modelo.

El cuarto pilar esta representado por un movimiento reaccionario al conductismo radical, que comienza a centrar sus estudios en los eventos privados, dándole gran importancia a las cogniciones, es decir, a los pensamientos, diálogos e imágenes internas, creencias, etc. Centrando su atención en lo que sucede dentro de la caja negra planteada por el conductismo, interponiendo entre estímulo y respuesta la variable individuo, concebido este como un operador activo.

Dos de los principales representantes de los llamados “modelos cognoscitivos” son Aarón Beck con la “Terapia cognitiva” y Albert Ellis con la “Terapia Racional Emotiva”. La tesis central de esta nueva modalidad terapéutica radica en que los pensamientos erróneos e irracionales caracterizan a los sujetos que padecen de desordenes psicológicos y opera afectando negativamente el estado emocional de las personas, planteando como principal objetivo la modificación de dichos pensamientos y los sistemas de creencias asociados, sustituyéndolos por otros.

Según los autores Ruiz y Cano (1999), la terapia cognitivo-conductual toma como base la modificación de la conducta y la importancia de los procesos de aprendizaje humano. La conducta humana sería aprendida, pero ese aprendizaje no surge de la relación entre estímulos y respuestas o respuestas-

consecuencias (conductismo) sino de la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas.

Tomado a Fernández Álvarez (1996) la psicología cognitiva, que plantea la necesidad de centrar los estudios en la intimidad del sujeto, en la privacidad de su mente, ha pasado por dos momentos, en un primero periodo, denominado primera Revolución cognitiva, dio el hallazgo de ciertas semejanzas entre el cerebro y la computadora, periodo marcado por el paradigma del "procesamiento de información" con la analogía "cerebro-PC", de acuerdo a este modelo la actividad del ser humano se describe como un sistema capaz de operar con la realidad, procesando secuencialmente la información del entorno.

La analogía hombre-maquina no daba cuenta de muchas peculiaridades del modo en como las personas operan con la información dando lugar a la Segunda Etapa: Enfoque Cognitivo-Social y Constructivismo

Surgió la cuestión de estudiar no solo como el hombre procesa la información que ingresa al sistema, sino la forma en que opera para organizar su propio sistema, como ese organismo se construye a si mismo, necesitando de un enfoque que de cuenta de procesos retroactivos y teniendo en cuenta que la información procesada esta determinada por la dinámica de la esfera social.

El sujeto en interacción con su medio físico-cultural construye su propia experiencia de manera progresiva y evolutiva.

Los seres humanos necesitan organizar la realidad en la que deben desplegar su vida y, para ello, cumplen una tarea constructiva permanente.

Las construcciones están conformadas por estructuras de significado que operan siempre como un conjunto organizado, como un sistema.

Teniendo en cuenta que los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, un cambio en uno de ellos afecta a los otros componentes. En esa relación mutua las estructuras de significado, los esquemas cognitivos regularían los procesos de pensamiento, emoción y conducta, y su interrelación, jugarían un papel fundamental, pues ellas representan la organización ideosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el si mismo.

Teniendo en cuenta esto, la terapia consistiría en que el paciente tomara conciencia de como sus significados disfuncionales o irracionales están sesgando su experiencia y produciéndole trastorno emocional. El siguiente paso consistiría en poner a prueba esos significados disfuncionales para comprobar su validez actual o su ajuste funcional. Esto se haría básicamente mediante procedimientos cognitivos, analizando las distorsiones cognitivas y significados asociados y generando alternativas y procedimientos conductuales mediante ensayo real de alternativas o puesta a prueba de las predicciones derivadas de los significados disfuncionales.

Dentro de este marco surge el modelo terapéutico propuesto por Clark. Tomando como base el modelo cognitivo de Beck con la aplicación de técnicas comportamentales.

2.2 Teoría cognitiva y la ansiedad.

Los primeros estudios sobre el trastorno de pánico y su tratamiento se realizaron en base a teorías biológicas. Se utilizaba el tratamiento farmacológico para bloquear las crisis de pánico, mientras que el tratamiento conductual se centraba en tratar la ansiedad anticipatoria y las conductas de evitación agorafóbica.

Los terapeutas de conducta estaban interesados en el abordaje de la agorafobia y se contaba con estudios controlados que avalaban la eficacia de la exposición en el tratamiento de la evitación agorafóbica.

Desde hace años, la investigación basada en teorías psicológicas ha ampliado la comprensión de este trastorno y ha permitido el desarrollo de tratamientos psicológicos eficaces para el pánico. Según Roca (2004) los estudios controlados indican que la terapia cognitivo-conductual es superior a otros tratamientos para el pánico. Alrededor del 85% de pacientes están libres de síntomas al finalizar el tratamiento y esos resultados se mantienen en los seguimientos.

Botella (2001) en su estudio sobre tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico en el cual atiende a los criterios establecidos por la *American Psychological Association (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures)*, y además, presta atención tanto a los resultados obtenidos respecto al Eje I (eficacia o validez interna) como al Eje II (efectividad, validez externa o utilidad clínica) de la Guía (*Template for Developing Guidelines: Interventions for Mental Disorders and Psychosocial Aspects of Physical Disorders 1995*) afirma que después de más de 15 años de investigación sobre este tema se ha puesto de manifiesto que el tratamiento más eficaz es la terapia cognitivo-comportamental. Concluyendo que Los Tratamientos Bien Establecidos más eficaces hasta el momento son El programa de Tratamiento del Control del Pánico (TCP) del grupo de Barlow y El programa de Terapia Cognitiva (TC) del grupo de Clark.

El paradigma cognitivo comienza hacia mediados de la década de los 60 en el campo de la psicopatología y en el terreno de la psicología académica. Tomado al autor Keegan (1998), no hay un único tipo de tratamiento cognitivo, encontrando en la actualidad una amplia variedad de técnicas y teorías. Mas allá de esta gran variedad, existen ciertas generalidades compartidas por los tratamientos cognitivos, tomados del modelo de Beck, figura fuertemente influyente en esta nueva corriente.

Desde una perspectiva general, dentro del tratamiento, una vez establecido el diagnóstico que permita determinar la naturaleza del trastorno, sigue un paso psicoeducativo, donde se le explica al paciente los elementos básicos de la teoría cognitiva sobre el trastorno que padece, todas las características del tratamiento, buscando una relación con el paciente, definida como "empirismo colaborativo", donde, tanto paciente como terapeuta buscan corroborar o desconfirmar hipótesis.

El tratamiento apunta a que el paciente centre su atención en el monitoreo de los pensamientos automáticos, reconozca la relación entre pensamiento, emoción y conducta. Que evalúe la racionalidad de los pensamientos automáticos para así, producir interpretaciones alternativas a esos pensamientos y poder modificar las creencias nucleares.

El objetivo central de la terapia cognitiva es lograr la reestructuración cognitiva, objetivo que se busca junto al paciente dentro de un tratamiento activo, directivo, estructurado y de duración limitada.

Modelos cognitivos de la agorafobia: el modelo de Beck (1985)

Las distorsiones cognitivas en la ansiedad son los pensamientos automáticos y creencias distorsionadas, "me voy a morir" "la forma en que late mi corazón significa que voy a tener un infarto"

Ruiz y Cano (1999) plantean que el constructo cognitivo de la agorafobia se basa en la vulnerabilidad personal impuesta por esquemas cognitivos que contienen significados personales referentes a la percepción del peligro interno y externos y otro significado personal, relacionado con el anterior, referente a la necesidad de tener la seguridad y apoyo de otros por si sucede lo temido. Cuando el sujeto está solo, lejos de las personas que proporcionan seguridad, o en lugares donde escapar resulta difícil por ejemplo en ascensores, túneles, autobuses en marcha, etc se activan los esquemas cognitivos, produciendo un procesamiento distorsionado de la información, visión catastrófica-anticipación de peligros y desarrollando conductas de evitación.

Según Chappa (1992) la teoría de Beck resalta que el conflicto del agorafóbico gira alrededor de sentimientos contrapuestos de libertad y autodeterminación por un lado, y por el otro lado sentimientos de indefensión y dependencia. Siendo el tema del control y el terror a perderlo un asunto central en la vulnerabilidad del paciente agorafóbico, tanto en relación a las crisis como en su desempeño vital.

El modelo cognitivo del trastorno de pánico: el modelo de Clark

Clark (1997) proponen que los sujetos que experimentan ataques de pánico recurrentes se debe a que ellos tienen una tendencia relativamente duradera a malinterpretar las sensaciones benignas del cuerpo indicando un inmediato impedimento psicológico, o catástrofe mental. Esta anomalía cognitiva conduce a una retroalimentación positiva, en la cual la mala interpretación de las sensaciones del cuerpo aumentan la ansiedad, lo que a su vez refuerza las sensaciones, produciendo un círculo vicioso que culmina en un ataque de pánico.

El modelo cognitivo de Clark sobre el trastorno de pánico, es fundamentalmente un modelo atribucional. El paciente aplica a las sensaciones corporales experimentadas un esquema cognitivo de amenazas potenciales (pérdida de control, infarto, ahogo, volverse loco...etc), de modo que distorsiona cognitivamente el valor amenazante de tales sensaciones (pensamientos automáticos catastróficos); esas interpretaciones catastrofistas aumentan el nivel de ansiedad y las sensaciones corporales iniciales, que vuelven a ser interpretados de modo catastrófico completando de esta manera un *círculo vicioso*,

El ataque inicial tendría una base biológica, las crisis subsiguientes se producirían debido a que ciertas sensaciones corporales se la interpretaría de manera catastrófica, de esta manera Clark pondría el acento en los fenómenos cognitivos asociados, mas que en los estímulos ambientales.

El paciente desarrolla una conducta de evitación tanto de las situaciones en las que las crisis ocurrieron, como en las que imagina podrían llegar a pasar, restringiéndose a un lugar que considera seguro y buscando la compañía de alguna figura de apoyo. Lo que se denomina *miedo al miedo o sensibilidad a la ansiedad* la cual tiene una dimensión conductual, la de evitación, y una dimensión cognitiva, representada por imágenes fóbicas, pensamientos ansiosos e ideación catastrófica.

2.3 Tratamiento cognitivo-conductual – Programa Terapéutico de Clark

Siguiendo con la postura de Clark con respecto a los ataques de pánico, ninguna sensación física produciría pánico a menos que se asocie simultáneamente a una cognición distorsionada .

Surge una relación de significado entre los síntomas somáticos y las cogniciones.

El tratamiento debe apuntar a ayudar al paciente a identificar y cambiar las interpretaciones catastróficas de sus sensaciones corporales. El objetivo que persigue el tratamiento es que el paciente se cuestione esas creencias, las ponga a prueba para finalmente modificarlas. Los experimentos conductuales, centrados en exposiciones tanto a las sensaciones internas temidas como a las actividades y situaciones evitadas, son de suma importancia en la reestructuración cognitiva, se utilizan para comprobar la validez de las creencias del paciente, al afrontar y comprobar que no se producen las catástrofes temidas, el objetivo es la disconfirmación de las creencias catastróficas.

Los principales pasos del tratamiento serían:

- Instruir al paciente en el modelo cognitivo. Es un paso psicoeducativo, se explican las características del tratamiento y los elementos básicos de la terapia sobre el trastorno que padece el sujeto.
- Identificar los temores catastróficos ligados a las sensaciones.
- Inducir las sensaciones para probar el círculo vicioso. Poner a prueba los temores catastróficos e identificar interpretaciones alternativas que modifiquen y reemplacen a las anteriores, buscar la reestructuración cognitiva.
- Realizar experimentos comportamentales para cuestionar las creencias catastróficas, poner a prueba las creencias alternativas y suspender las conductas de evitación.

Tomando a Keegan (1998) entre las técnicas cognitivas empleadas en el tratamiento encontramos la revisión de un ataque de pánico reciente, extraer el modelo del círculo vicioso del pánico, identificar y cuestionar las interpretaciones distorsionadas buscando interpretaciones alternativas más realistas.

Entre las técnicas se utiliza la exposición interoceptiva desarrollada por Barlow y Craske en los años 80. Como se viene exponiendo, los pacientes que sufren de pánico con agorafobia están en constante estado hiperalerta, focalizando la atención en sus signos y síntomas, esto los alarma más, agravándolos e interpretándolos como peligrosos. Cía (2002) plantea que la mejor manera de desafiar estas interpretaciones es experimentar experiencias correctivas, trabajando con la interocepción, esta técnica implica exponerse uno mismo a las propias sensaciones internas y provocarlas. A partir de la inducción de las sensaciones temidas se busca lograr que el paciente reaprenda que las sensaciones y síntomas de la crisis no son peligrosas, al responder de manera diferente a ellas, las mismas dejan de ser ansiógenas. Esto se logra por medio de técnicas como la hiperventilación, leyendo pares de palabras referidas a sensaciones temidas, trotar en el lugar.

Además del trabajo cognitivo, el paciente debe aprender a lidiar con las sensaciones para lo cual hay que afrontarlas y no evitarlas.

Los experimentos conductuales tienen el objetivo no solo de identificar y modificar las interpretaciones catastróficas, sino también entrenar en técnicas como la respiración lenta y técnicas de distracción para lograr el afrontamiento del pánico.

Chappa (1997) se refiere a la técnica de la exposición en vivo para el tratamiento de la agorafobia como el desarrollo más importante del modelo comportamental.

Se cuenta con tareas a realizar entre las sesiones, característica central de la terapia cognitiva, como escuchar grabaciones, ejercicios diarios, lista de instrucciones a seguir en caso de sufrir las sensaciones temidas.

Como se viene desarrollando hasta el momento, los tratamientos cognitivo-conductuales del pánico-agorafobia incluye varias técnicas, se plantea que las más eficaces son la reestructuración cognitiva focalizada y la exposición a los estímulos temidos, sin llevar a cabo ningún tipo de exposición, la reestructuración cognitiva no suele ser tan eficaz, ya que los ejercicios conductuales se utilizan para comprobar la validez de las creencias y para facilitar la reevaluación de los estímulos amenazadores.

2.3a) Estructura y contenido de las sesiones.

Se trata de un tratamiento breve, los autores Ballester y Botella (1992), aplicaron el programa terapéutico de Clark a un caso de trastorno de pánico con agorafobia, obteniendo, en diez sesiones, los resultados buscados, realizando un seguimiento a los dos, seis y doce meses de finalizada la terapia.

El terapeuta, adoptando un papel activo en el tratamiento, pretende que el paciente busque y encuentre las evidencias que pongan en duda las interpretaciones disfuncionales que hace de sus sensaciones. Se trata de un estilo terapéutico socrático, como plantea Chappa (1992) el terapeuta orienta las preguntas de tal manera que el paciente puede extraer conclusiones sobre sus temores a partir de sus propias respuestas y entablar una relación cooperativa terapéutica con el paciente, para poder ayudarlos a descubrir las percepciones que son incongruentes con la realidad.

Primera sesión:

Se indaga sobre el comienzo y curso del problema, si hubieron tratamientos previos.

Se hace un análisis minucioso de las características que definen las crisis del paciente. Para averiguar los síntomas y los pensamientos más frecuentes en las crisis se busca información sobre la última crisis vivida, detallando situación, síntomas corporales, pensamientos, comportamientos.

Como se expuso con anterioridad, los pacientes interpretan catastróficamente los síntomas físicos, es así como la opresión en el pecho es interpretada como un ataque al corazón.

El terapeuta intenta explicar la relación que existe entre los síntomas experimentados y las cogniciones y sobre la relación temporal que comparten, cuando comienza a interpretar las sensaciones los síntomas se hacen aun mas insoportables.

También se indaga sobre otras situaciones en las que ha tenido crisis, las reacciones típicas ante las mismas, evitación de actividades y situaciones por miedo sufrir una crisis, tales situaciones son establecidas como conductas objetivo.

Se entrega el diario de pánico, donde se registra diariamente las situaciones en que ocurren las crisis, su duración, intensidad subjetiva de la crisis en una escala de 0 a 10 y las sensaciones corporales experimentadas. Este material es revisado al inicio de cada sesión.

Segunda sesión:

Tiene como objetivo presentar el modelo cognitivo del pánico. La información se presenta mediante ejemplos. Para demostrar el papel de los pensamientos en la ansiedad, los autores hacen uso del ejemplo de Beck, como ante un ruido extraño en el casa, la reacción emocional, las sensaciones corporales y comportamiento varia según se interpreta como un ladrón tratando de entrar o como una ventana rota por la tormenta.

En esta etapa también se trata el tema de la hiperventilación, para demostrar la importancia de la misma y el lugar que ocupa en el proceso del pánico, el terapeuta solicita al paciente que siga un ritmo de respiración rápido y profundo. Las sensaciones provocadas por el ejercicio son similares a las que se experimenta en las crisis, como la falta de aire, temblores, sudoración, palpitaciones, miedo a desmayarse, etc.

Para continuar con el análisis del papel de los pensamientos en el desencadenamiento de las crisis se amplía el diario del pánico agregándose el registro de la interpretación de las sensaciones en sus crisis y el grado de creencia en las interpretaciones catastróficas.

Tercera sesión:

En esta sesión se revisan dos puntos, las dudas respecto al modelo cognitivo del pánico y del papel de la hiperventilación en sus crisis y se instruye sobre la respiración lenta, en posición sentado o tumbado. Para cubrir este ultimo punto se pide al paciente que vuelva a hiperventilar, seguido se solicita que respire lento, se graba en un cassette esta respiración, demostrando como disminuye la intensidad de los síntomas producidos por la hiperventilación.

Antes de finalizar el encuentro se entrega la grabación y se asigna la tarea de seguir ese ritmo dos veces al día durante media hora, en la misma posición ensayada en la sesión.

Cuarta sesión:

Los objetivos a cubrir en esta sesión son los de comentar las dificultades encontradas con el ejercicio de la respiración lenta y siguiendo los mismo pasos que en la sesión anterior se procede a entrenar en la respiración lenta de pie, se asigna la misma tarea.

Para reforzar el aprendizaje sobre el papel que cumplen las cogniciones en las crisis se realiza el siguiente experimento conductual, el terapeuta lee al paciente un listado de pares de palabras asociadas, una es un síntoma frecuente en el pánico y la otra una consecuencia del síntoma, un ejemplo es palpitaciones-morir. La lectura del listado provoca estado de ansiedad, con los síntomas comunes, palpitaciones, sudoración, etc.

También se trata de explorar el papel de la auto-atención corporal en las crisis, Ballester y Botella (1992) plantean que es un factor esencial para comprender el proceso del pánico, resaltan como un alto nivel de introspectividad lleva a una mayor conciencia corporal y esto a experimentar mas síntomas. Siguiendo con esta línea Keegan (1998) entre los factores que favorecen el mantenimiento de la ansiedad nombra la atención selectiva, a partir de esta, quienes se creen en peligro tienen una mayor sensibilidad a estímulos congruentes con el peligro percibido.

Para poner de manifiesto la importancia de la auto-atención se lleva a cabo un experimento conductual, el cual consiste en solicitar al paciente que se concentre en su corazón e intente captar sus propias pal-

pitaciones. A los segundos el paciente las percibe y experimenta desagradablemente. Este experimento permite introducir técnicas de distracción que ayudan a controlar el pánico.

Quinta sesión:

En esta sesión se analizan y tratar posibles problemas con al respiración lenta y con la aplicación de las técnicas de distracción. Y de haber ocurrido, discusión y análisis de crisis experimentadas durante la semana.

Para la semana se asigna la tarea de aplicar las técnicas de control de ansiedad y continuar con el registro de las crisis en el diario de pánico.

Sexta sesión:

Se comienza tratando si existieron crisis, revisando el diario de pánico.

En la sesión se realiza un nuevo experimento conductual para cuestionar la asociación entre sensaciones corporales e interpretaciones catastróficas. Terapeuta y paciente corren, suben y bajan las escaleras, etc durante 5 minutos, al finalizar se le pregunta al paciente sobre las sensaciones experimentadas, coincidiendo con las del terapeuta, falta de aire, sudoración, palpitations y sin embargo ninguno de los dos ha tenido un ataque cardiaco, explicándole al paciente que al parecer, las palpitations no significaban necesariamente un ataque cardiaco.

Se asigna la tarea a realizar durante la semana de comenzar a afrontar alguna de las situaciones que son evitadas, utilizando las técnicas de control de ansiedad adquiridas.

Séptima y Octava sesión:

Discusión cognitiva de crisis ocurridas durante la semana, sobre las tareas de afrontamiento tratando de resaltar la tendencia a sobreestimar la probabilidad e intensidad del pánico.

Se incluye experimento conductual para, nuevamente, cuestionar las interpretaciones catastróficas, por ejemplo mareo-desmayo. Terapeuta y paciente realizan el ejercicio de hiperventilación juntos y se levantan bruscamente de la silla, ambos experimentan la sensación de mareo, sin embargo ninguno se desmaya.

En la octava sesión el terapeuta invita al paciente a reflexionar sobre las crisis de pánico, y analizar las evidencias que se tienen a favor y en contra de los pensamientos catastróficos ante las sensaciones corporales.

Se asigna la tarea de registro y continuar con el afrontamiento de situaciones, actividades temidas y evitadas.

Novena y décima sesión:

Están dedicadas a la prevención de recaídas, para ellos los objetivos a cubrir en estas sesiones son los de analizar la evolución del paciente a lo largo de la terapia, se refuerza el interés demostrado y la importancia de haber aprendido lo esencial de la terapia y que cuenta con las herramientas para afrontar cualquier crisis como lo hizo a lo largo de todo el tratamiento, de esta manera, el terapeuta atribuye la mejoría al trabajo del paciente.

Se realiza un repaso del contenido de las sesiones, se solicita que el paciente realice una valoración de en que cambio su estado desde el comienzo de la terapia y hasta que punto piensa que la terapia ha influido en el cambio.

Se resalta la conveniencia de seguir con las técnicas aprendidas y la posibilidad de aplicar las mismas a sensaciones corporales, a síntomas corporales distintos, no habituales que pudieran aparecer en futuras crisis.

2.3b) Validez clínica-coste / beneficio

A lo largo de la revisión bibliográfica, se encontró que muchos autores coinciden en concluir que los tratamientos cognitivo-conductuales para el tratamiento del trastorno de angustia son altamente eficientes y empíricamente validos. Entre estos tratamientos para Botella (2001) el programa de terapia cognitivo desarrollado por Clark resulta ser uno de los tratamientos mas eficaces., opinión compartida por Roca, Bados, etc

Un tema importante a revisar es el de la utilidad clínica o validez externa de los tratamientos, cuestionando la posibilidad real de administrar estos tratamientos empíricamente validos, a todos aquellos que los necesiten.

Teniendo en cuenta ciertas limitaciones en los programas de tratamiento entre las cuales se encuentran, a) La falta de profesionales adecuadamente formados. b) La longitud de los tratamientos. C) el coste

elevado de la terapia, ya que necesitan de la presencia activa del terapeuta a lo largo de todo el proceso.

A partir de esto, han surgido trabajos que estudian este tema, centrándose en aspectos de coste beneficio.

Surge así la utilidad de intentar acortar los tiempos de contacto real entre paciente y terapeuta, o la duración de la terapia.

De la revisión bibliográfica realizada por Botella (2001) encontramos distintos estudios, entre ellos el de Cote realizado en 1994 donde se compara el tratamiento cognitivo-conductual de 17 sesiones, siguiendo las directrices de Clark y Salkovskis, con un tratamiento con los mismo componentes abreviado en 7 sesiones y 8 contactos telefónicos y un manual de autoayuda. Los resultados sugieren que ambos procedimientos logran mejorías que se mantienen a lo largo del tiempo.

Clark(1999) , compara la eficacia de la terapia cognitiva focal en su versión completa de 12 sesiones , con una versión abreviada de la misma, de cinco sesiones y utiliza materiales de autoayuda. El siguiente estudio es un intento más por desarrollar una versión breve del la terapia cognitiva para maximizar la cantidad de cambios logrados en cada sesión, por este motivo se diseñó un set de módulos de auto-estudio que cubren los aspectos mas importantes de la terapia.

Los pacientes estudian un modulo diferente en las primeras cuatro sesiones, deben leer el modulo, completar los ejercicios escritos y los ejercicios destacados en cada modulo, antes de cada sesión.

Modulo 1

Ilustra el circulo vicioso del ataque de pánico, y usa una serie de preguntas sobre pensamientos y sensaciones para ayudar al paciente a identificar este circulo en su mas reciente ataque de pánico. De esta marea el cambio de pensamiento es introducido y la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales .

Modulo 2

Focalizado en los peores temores sobre las sensaciones que experimenta el paciente en el ataque de pánico ya ayudarlo a generar explicaciones alternativas, no catastróficas, a sus sensaciones.

Modulo 3

Introduce conductas de seguridad y ayuda a los paciente a identificar sus propias conductas de seguridad

Modulo 4

Rever el resultado de experimentos en los cuales los pacientes eran alentados a dejar / abandonar conductas o hábitos seguros durante sus ataques de pánico y en situaciones temidas, ayudar a los pacientes a identificar los disparadores de los ataques Y Considerar las explicaciones alternativas que ya han sido desarrolladas.

Las sesiones se organizaron de la siguiente manera , la primera sesión en la semana uno, sesión dos en la semana tres, sesión cuatro en la semana ocho y sesión cinco en la semana once

Los resultados obtenidos indicaron que usando, entre sesión, los módulos de auto ayuda el tiempo que es requerido el terapeuta para debatir y explicar la terapia cognitiva se puede reducir, sin perder efectividad , igualmente sería un error pensar que se llegaría al mismo resultado usando solo los módulos explicativos, por eso se trabajan con el terapeuta en cada sesión.

Concluyen que es posible obtener resultados similares con formas de tratamiento más cortas, versiones abreviadas y de esta manera proveer tratamientos efectivos a un gran numero de pacientes.

Otra modalidad a la que se empezó a recurrir para conseguir un máximo de eficacia a un mínimo coste es la terapia en grupo, para reducir el tiempo de dedicación por parte del terapeuta.

Entre los estudios, se encuentra el de Ballester y Botella (1992) que adaptaron el tratamiento cognitivo de Clark a un formato grupal de once pacientes obteniendo mejorías significativas en pánico, evitación, cogniciones catastróficas, etc .

Roca (2004) expuso la aplicación de la terapia cognitiva focal en formato de grupo. En un grupo de 7 pacientes con pánico-agorafobia del servicio Valenciano de Salud. La duración total de la terapia fue de 20 sesiones de dos horas que se llevaron a cabo semanalmente.

Los resultados obtenidos fueron muy buenos, quedando todos libres de pánico y , agorafobia, mejoría que se mantuvo en los seguimientos realizados a los dos meses de finalizar el tratamiento y al año.

Capítulo 3 Enfoque Sistémico

3.1 - Reseña histórica - Marco teórico

Los modelos sistémicos, encuentran su desarrollo unido a la evolución de la psicoterapia familiar.

En los años 60 en los Estados Unidos surge un predominio de la teoría de la comunicación, surgiendo el grupo de Palo Alto a partir de los estudios de Bateson sobre la comunicación entre esquizofrénico y su familia, destacando los aspectos comunicacionales.

Los autores Sánchez y Cano (1999) plantean como sucesora de Bateson, la segunda generación de la escuela de Palo Alto, la Escuela Interaccional del MRI (mental Research Institute), entre sus precursores figuran Watzlawich, Weaklan, y Fishs, cuyo modelo ha sido aplicado tanto a familias como a casos individuales.

Esta escuela encuentra los auténticos problemas en las soluciones intentadas por la familia, buscando con las intervenciones un cortocircuito en el flujo problema-solución intentada. Se distingue entre *Cambio- 1* entendiendo por este los intentos, siguiendo la lógica, contrarios al problema, sin cambiar la estructura del sistema, y los *Cambios- 2* como aquellos intentos centrados en intervenciones paradójicas, distinta al sentido común, buscando cambios en la estructura familiar.

En esta misma época, gracias a los estudios de Minuchin, se desarrolla la Escuela Estructural-estratégica de terapia familiar. Centrada en los sistemas triádicos, entendiéndolos como relaciones entre tres miembros, como mínimo.

Para esta escuela los sistemas familiares se organizan como alianzas o coaliciones suponiendo en la primera la mayor cercanía afectiva entre dos miembros en relación a otro. Y la coalición como lo opuesto, vale decir sentimientos en contra de un tercero, dando como resultado la disfunción familiar y el impedimento de su desarrollo.

En la misma década, en Europa, en Italia específicamente, nace La Escuela de Milán (Selvin- Palazzoli) centrado en las pautas comunicacionales en el funcionamiento familiar. Las intervenciones, como en los otros enfoques, apunta a una redefinición del problema, buscando modificar la estructura del sistema familiar disfuncional y la utilización de las prescripciones paradójicas, como por ejemplo estimular el mal funcionamiento familiar para lograr uno mejor.

Siguiendo con este desarrollo los autores Sánchez y Cano (1999) plantean que en la actualidad existen dos grandes corrientes en la terapia sistémica, una más conductual, Haley como representante más fuerte, orientada a las secuencias interaccionales y su modificación, y otra corriente más cognitiva o constructivista, Los modelos constructivistas (Procter, Cecchin, Anderson) centrado en las premisas familiares, los significados compartidos por la familia, las creencias familiares, dirigiendo la intervención a reconstruir la historia que ha sido creada alrededor del problema, desarrollando, como consecuencia, una nueva narrativa, narraciones alternativas.

Siguiendo con la misma línea, Nardone (1997) se refiere a una de estas corrientes definiéndola como el modelo estratégico, enfatizando como el principal objetivo hacer más funcional la relación con la realidad. Adiciona que mientras el cognitivismo llega a la solución del problema de ansiedad, pánico o fobia mediante un cambio gradual de las cogniciones del paciente, el modelo estratégico llega a la solución del mismo problema a través de la utilización de tácticas y técnicas que permiten oponerse a la resistencia al cambio del paciente y lo lleva a experimentar de manera concreta nuevas modalidades de percepción.

Continúa definiendo a la intervención conductista como "centrada en la reducción y el control de las repuestas del sujeto ante la realidad amenazadora" (Nardone 1997), agregando que es una intervención superficial, mientras que la intervención estratégica es profunda ya que se centra en el cambio de las modalidades perceptivas frente a la realidad amenazadora, cambiando las respuestas conductistas del sujeto fóbico.

Para Feixas y Miró (1993) este reciente desarrollo de los modelos sistémicos ha producido un acercamiento a los modelos cognitivos, sobretodo de los constructivistas.

Conceptos Fundamentales

El concepto básico de estos modelos, según los autores Feixas y Miró(1993), es la idea de sistema proporcionado por la Teoría General de los Sistemas, definiéndolo como un conjunto de elementos en interacción, esta interacción da como resultado sistemas, los cuales están jerarquizados, formando parte de sistemas más amplios y estos, a su vez incluyen subsistemas, siendo así la familia entendida como un sistema que contiene subsistemas. La conducta de uno de sus miembros debe ser entendida en relación a todo el sistema, al considerar a la familia como un sistema, afirman que los miembros mantienen interacciones donde causa y efecto son circulares.

La idea central es considerar que la familia es más que la unión de sus miembros. “El todo es más que la suma de las partes”.

La teoría general de los sistemas aplicada al funcionamiento de una familia, organización u otro sistema social supone en primer lugar que los miembros de la familia funcionan en interrelación, donde la causalidad circular sustituye a la causalidad lineal, en segundo lugar que cada familia tiene características particulares de interacción que mantienen su equilibrio y matizan su grado de cambio o progreso.

Estos enfoques, según Fernández Álvarez (1996), consideran que a los trastornos como el resultado de una serie de mecanismos activados en las redes de interacción.

Al tomar a la familia como un sistema, como un todo, en interacción, si uno de sus miembros presenta algún trastorno, es entendido como la manera en que se traducen los intentos del sistema para resolver los problemas, siendo el miembro patológico un portavoz del sistema, en el cual se deposita el malestar. La terapia operará sobre el sistema en su totalidad, apuntando a la modificación en la red de interacción de dicho sistema, buscando resolver el problema que afecta a uno de sus miembros en particular.

3.2 El método estratégico-constructivista de Giorgio Nardone.

La base del modelo se haya en la Terapia Breve del MRI de Palo Alto, respetando cada uno de sus pasos: focalización del problema, exploración de las soluciones intentadas, acuerdo de objetivos planteando una meta y el cierre del tratamiento.

Su respaldo teórico es sistémico-constructivista. Sistémico, superando la causalidad lineal, la cual presupone que existe una relación lineal causa-efecto entre los hechos, adopta la concepción de causalidad circular, describiendo circuitos recursivos, analizando el sistema perceptivo-reactivo, es decir, el modo de percibir la realidad y de actuar, y analizando la persistencia y el reforzamiento, a partir de las soluciones intentadas, del problema, apuntando a entender el **Como** y el **qué** de lo que sucede sin buscar el “porque”, punto de partida, fundamental, para otras terapias, que según el autor Nardone (1995) es una pérdida de tiempo, una búsqueda inútil y de escasa credibilidad.

Constructivista, puesto que plantea que los sujetos construyen su realidad en función de sus acciones, interacciones y retroacciones, siendo para un fóbico, una realidad caótica, y a partir de intervenciones, como es posible generar realidades alternativas.

Así diseña este modelo y técnica de terapia a corto plazo, utilizando estrategias que apuntan tanto a la reestructuración de las representaciones y percepciones que el paciente tiene de sí mismo, de los demás y de la realidad, como de los esquemas relacionales que sostiene y validan sus percepciones disfuncionales.

Para Nardone la terapia debe buscar y lograr poner en crisis los esquemas cognitivos y emotivos que organizan la autopercepción, los esquemas y modelos que mantienen al síntoma a través de las resistencias al cambio, es decir los modelos de relación del paciente.

De esta manera, la psicoterapia estratégico-constructivista provoca cambios en la organización relacional, cognitiva y emotiva del paciente.

Para lograr estos cambios, el terapeuta debe “procurar apropiarse del estilo y modos de pensar del paciente: debe aprender a hablar su mismo lenguaje, solo así podrá utilizar sus códigos de significado y sus recursos” (Nardone 1997; 29)

3.2a) Formación y persistencia del problema

Antes de comenzar a desarrollar y describir en profundidad este modelo, se describirá el “como” del trastorno en cuestión, la formación y persistencia del problema.

En principio vale resaltar que Nardone, en la práctica evita el término de enfermedad, prefiriendo el de problema, por su connotación no patologizante, según el autor, la utilización de este término, partiendo de que los problemas son para ser resueltos, permite construir una realidad terapéutica orientada a la solución. Este simple cambio de denominación, esta redefinición del trastorno, significa una verdadera intervención terapéutica por sí misma, la comunicación es instrumento y vehículo de intervención.

El término fobia es un recurso lingüístico, una etiqueta, el cual prefiere no utilizar para así evitar el efecto de profecía auto cumplida.

Para los referentes del paradigma constructivista, los problemas que aquejan a los individuos están relacionados con el sistema “perceptivo-reactivo”, estos problemas tienen sus orígenes en la interacción entre el sujeto y la realidad, en como cada uno percibe, mediante los elementos cognoscitivos, el lenguaje utilizado, la realidad.

En relación al trastorno de ansiedad, en el paciente agorafóbico esta involucrada su manera de pensar, de actuar, imaginar la realidad, esta implicado la concepción de sí mismo y el sistema de relaciones del que es una parte activa.

Encontrando en los esquemas representativos de si mismo y de las relaciones con la realidad, contra los que lucha el paciente fóbico, un componente importante en el mantenimiento del trastorno.

La explicación no solo debe buscarse en algo q le sucedió al paciente, sino también en la idea de que es alguien que prescribe su propio malestar, a partir de la aprensión y colaboración de quienes lo rodean, haciendo más real la interpretación e identificación con el papel patológico.

Este planteo nos remonta a la concepción de causalidad circular, resaltando las retroacciones recíprocas entre las variables involucradas, donde cada variable se expresa en función de su relación con las demás variables y el contexto, idea fundamental de este enfoque, el todo es mas que la suma de las partes.

Cuando lo que interesa es buscar soluciones a determinado problema, para Nardone lo esencial es pasar de la pregunta "por que" a la pregunta "como" funcionan los procesos y las dinámicas perceptivo-reactivas, pasar del análisis de los contenidos al de los procesos, pasar de una concepción lineal entre causa y efecto a una circular de persistencia y solución del problema.

3.2b) Soluciones Ensayadas Del Sistema Perceptivo-Reactivo Del Paciente Agorafóbico

Desde esta perspectiva lo que desencadena la constitución del sistema perceptivo-reactivo fóbico no es un hecho derivado de una causalidad precisa y reconstruible , sino como el resultado de un complejo proceso de retroacciones entre sujeto y realidad, con una fuerte carga auto sugestiva que lleva a la "construcción" del primer ataque de miedo, luego, a partir de este episodio, se elaboran secuencias de retroacciones entre sujeto y realidad llevando a la percepción y reacciones fóbicas.

De manera imprevista en la mente del sujeto sin ningún motivo real aparente, o a partir de un primer episodio de miedo y somatización, dudas y pensamientos sobre la posibilidad de sentirse mal aparecen, induciendo a pensar, de manera recurrente y activa, en el miedo de encontrarse mal.

Luego, estos pensamientos, las dudas, "podría sentirme mal lejos de casa, quien me va a ayudar?" se van transformando en fijaciones fóbicas, a las cuales el sujeto responde con comportamientos de evitación de todo lo que puede desencadenar esta secuencia de pensamientos y emociones, situaciones que dan lugar a fuertes reacciones emotivas con sus consiguientes somatizaciones, presentando un estado de alerta permanente ante sus propias reacciones.

"Lo que determina la constitución de la grave sintomatología fóbica no es el hecho inicial, sino todo lo que el sujeto realiza para evitar el miedo" (Nardone 1997; 70). Lo que conduce al agravamiento de la sintomatología, son justamente las soluciones ensayadas para evitar el miedo a desencadenar sus propias reacciones emotivas y somáticas de miedo.

Nardone menciona dos "soluciones ensayadas" que pone en practica el sujeto que tiene miedo de alejarse de su lugar seguro, la primera es la *evitación* de dejar la casa y de toda situación que considere peligrosa, extendiéndose a la evitación de casi todo. Al tratar de controlar las situaciones de miedo evitándolas, rebaja el umbral de activación del miedo, hasta el punto que el mas mínimo alejamiento o momento de soledad desencadena el pánico.

La segunda solución ensayada consiste en *pedir ayuda* constantemente. Cada vez que el sujeto pide y recibe la ayuda, recibe y lee un doble mensaje, por un lado el de cariño por parte de la otra persona y por el otro lado la confirmación de su enfermedad, *te ayudo porque estas enfermo*.

De esta manera la solución, al confirmar en el ámbito de la comunicación interpersonal el estado de enfermedad del sujeto, contribuye al mantenimiento y agravamiento de la sintomatología.

Estas dos soluciones construyen una situación personal de total incapacidad de exploración y alejamiento del lugar seguro y de total incapacidad para hacer algo sin la compañía de alguien. Cuando este sistema se repite por un tiempo prolongado pasa a ser una organización psíquica y comportamental espontánea que se autoalimenta. El sistema perceptivo-reactivo frente a la realidad se constituye rígidamente dando lugar a sensaciones y acciones que el sujeto no es capaz de cambiar o controlar, aunque el sujeto es consciente de la disfuncionalidad de este sistema.

Este trastorno se puede presentar junto al trastorno de pánico, se presenta un primer episodio, real o imaginario, de aguda somatización ansiosa(perdida del equilibrio, taquicardias, dificultades respiratorias), ante esta experiencia el sujeto reacciona intentando controlar sus propias funciones orgánicas.

Este intento de controlarlas termina provocándolas, si la persona se detiene a escuchar su propio latido cardiaco con miedo de que se altere, de seguro así será, se da lo que el autor llama profecía que se auto realiza

En este caso, la interacción entre persistencia e intentos de solución del problema se basa en el intento obsesivo y la necesidad de control de la sintomatología, logrando de esta manera nada mas y nada menos que aumentarla.

Cuando se da esta situación combinada, se trabaja primero sobre el trastorno de base, por ejemplo si los ataques de pánico se presentan sobre un sistema perceptivo-reactivo agorafóbico, primero se apun-

tara, como primera palanca de cambio, al bloqueo del círculo vicioso evitación-petición de ayuda, para luego intervenir sobre la respuesta obsesiva de intento de control de las propias reacciones orgánicas y psíquicas.

3.2 c) Programación terapéutica y estrategias de cambio.

Partiendo de la idea de que la terapia debe adaptarse al paciente, y no el paciente a la terapia, el terapeuta debe programar las estrategias, partiendo de las características peculiares de cada paciente, dependiendo de las prerrogativas perceptivas y comunicativas peculiares de cada persona.

La eficacia de una estrategia depende, en gran medida, de la sugestión con que se la presenta al paciente, tratando de crear un ambiente de sugestión y carisma, el terapeuta debe utilizar lo que es llamado un lenguaje imperativo y actos verbales performativos. Esta forma sugestiva de comunicación es lo que los autores definen como *hipnoterapia sin trance*.

Se clasifican las estrategias orientadas a la intervención en:

A) Acciones y comunicación terapéuticas.

Aquí se encuentran entre otras, la técnica de comunicación del *calzado*, aprender y usar el lenguaje del paciente, técnica de comunicación basada en la hipnosis ericksoniana, *la reestructuración* que es una técnica de persuasión. Como se mostró antes, la realidad depende del punto de observación desde donde la mira el sujeto, con esta técnica se busca codificar de nuevo la percepción de la realidad cambiando su estructura y no su significado, aunque indirectamente si se cambia el marco, este cambia. Se busca modificar el punto de vista y la conducta del paciente.

Otra técnica es el *uso de la paradoja y la comunicación paradójica*

La paradoja es un tipo de trampa lógica, es un enunciado verdadero y falso, correcto y erróneo al mismo tiempo. Su utilización logra cortar con el uso vicioso de soluciones ensayadas. Una de sus utilidades es hacer voluntario un síntoma para anularlo, cuando un síntoma se vuelve voluntario pierde su valor sintomático.

Estos movimientos paradójicos, producen el salto de nivel lógico indispensable para el cambio concreto de la situación, lo que los terapeutas constructivistas han llamado cambio tipo 2. Otra técnica, derivada de la anterior es el *uso de la resistencia*, es sumamente útil prescribirla paradójicamente y luego utilizarla, empleando su fuerza. Se coloca al paciente en una situación paradójica, en la cual su resistencia llegue a ser una prescripción y sus reacciones un avance.

El uso de *anécdotas, relatos y lenguaje metafórico* es una estrategia comunicativa que permite comunicarse sugestivamente con el paciente sin que este sienta que se tratan de opiniones directas sobre su modo de actuar y pensar, reduciendo de esta manera la resistencia, que se puede dar sobretodo en los comienzos del proceso terapéutico.

B) Prescripciones de la conducta

Se asignan durante la sesión para ser llevadas a cabo fuera de ella, entre sesión y sesión. Este modelo plantea que para lograr el cambio es imprescindible que el paciente viva experiencias concretas. Que el sujeto logre llevar a cabo estos deberes, fuera de sesión, en su vida cotidiana es una demostración concreta que cuenta con las habilidades y capacidades para salir a delante, que su trastorno no es tan invencible.

Las prescripciones deben ser presentadas en un lenguaje pausado y medido y en los últimos momentos de la sesión, encontrado analogía con la técnica de la inducción al trance hipnótico. Cuanto más logre el terapeuta cargar con sugestión la prescripción mayor será su eficacia.

Nardone y Watzlawich (1995) las dividen en tres topologías: directas, indirectas y paradójicas.

Prescripciones directas especialmente útiles cuando se trata de pacientes colaboradores con poca resistencia al cambio. Se indica directa y claramente que hay que hacer y se explica el programa progresivo de prescripciones directas.

Prescripciones indirectas se prescribe una actividad con el objetivo de producir otra cosa distinta de lo declarado. Se atrae la atención del paciente hacia otra cosa problemática que reduzca la intensidad del problema presentado, se desplaza la atención del síntoma a la tarea. Un ejemplo es el uso del diario a bordo, se prescribe realizar una tarea ansiógena y embarazosa, ante la presencia del síntoma.

Prescripciones paradójicas, resulta muy eficaz prescribir el comportamiento sintomático mismo, llevando al paciente a una situación paradójica de tener que realizar voluntariamente aquello que es involuntario fuera de su control y que siempre ha tratado de evitar, anulando así al síntoma.

Sería el caso de prescribir al paciente que programe un despertador para que suene en treinta minutos y hasta ese momento trate de experimentar los mismos síntomas que sufre en los ataques de pánico.

3.3 El modelo de terapia breve-estratégica. Tratamiento Para La Agorafobia

La terapia estratégica es una intervención terapéutica breve, normalmente dura menos de veinte sesiones.

Este modelo de intervención busca romper rápidamente la rigidez del sistema perceptivo-reactivo disfuncional, y lograr la extinción de la sintomatología, reestructuración y reorganización de sus modalidades perceptivas, cognitivas y comportamentales, esto mediante la utilización de experiencias concretas de cambio y de estrategias que utilizan la sugestión, paradojas logrando modalidades alternativas perceptivo-reactivas y cambios cognitivos y relacionales.

En la terapia estratégica, la relación entre paciente y terapeuta es definida a partir de la analogía con el juego de ajedrez. Hay un sistema de reglas de juego, hay estrategias particulares para responder a los movimientos del adversario, jugadas y contra jugadas para llegar con éxito al final de la partida. Dependiendo de la interacción entre los dos jugadores, paciente y terapeuta, se dará un innumerable cantidad de jugadas y contra jugadas, tratando de centrar y aplicar una estrategia que pueda ser eficaz para un problema determinado o un momento determinado de la terapia donde lo esencial es adaptar el tratamiento al paciente .

Si bien la comparación entre la terapia y el juego de ajedrez les sirve a los autores Nardone y Watzlawick (1995) para poder ejemplificar el procedimiento, estrategias destinadas a provocar el cambio, y el proceso, es decir las fases evolutivas del cambio del enfoque estratégico, no pasan por alto un aspecto a tener en cuenta con esta analogía y es la denominación de juego. El ajedrez es un juego donde hay un vencedor y un vencido, la terapia es una partida donde ambos jugadores, paciente y terapeuta, vencen o pierden, por esto los autores sostienen que "cualquiera que sea la estrategia que el terapeuta utilice para vencer con la mayor rapidez posible su partida con los problemas del paciente, incluso en el caso de que recurra a formas de estrategia manipuladoras, cínicas y aparentemente deshumanizadas, ésta no deja de tener un profundo valor ético" (Nardone y Watzlawick 1995; 72)

Primer estadio: De la primera a la tercera sesión

El primer contacto con el paciente es un momento de gran importancia para el tratamiento. El terapeuta debe adoptar una comunicación basada en la adaptación a las modalidades perceptivas y expresivas del paciente. La estrategia fundamental en este primer contacto, y que debe mantener a lo largo de todo el proceso es observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente, continúan afirmando " solo de esta manera se logra establecer el clima de contacto interpersonal y de sugestión positiva que hace posible manipular y cambiar de rumbo sus acciones" (Nardone y Watzlawick 1997). Los autores toman esta estrategia comunicativa definida por Bandler y Grinder en 1975, como "técnica del calcado"

La segunda fase es la de definición del problema, buscando aclararlo al igual que al sistema interactivo disfuncional que lo mantiene. En este primer contacto se escucha la descripción del problema centrando el interés en qué sucede en el interior de las tres clases de interacciones que mantiene el paciente, en cómo funciona el problema en este sistema relacional, las soluciones ensayadas hasta el momento y luego de construir una o mas hipótesis, se ponen de acuerdo, paciente y terapeuta , respecto del o los objetivos de la terapia, siendo esta la tercer fase.

En el tratamiento de la agorafobia, el primer paso de la terapia es lograr la ruptura del sistema interpersonal de mantenimiento del problema, se busca una reestructuración del sistema de relaciones interpersonales que rodean al paciente, para esto ejecuta la primer *maniobra terapéutica* que consiste en explicarle al paciente, que si bien es importante el apoyo y ayuda que recibe de la gente que lo rodea, esto no hace más que confirmar su incapacidad y su dependencia, lo cual contribuye a agravar el problema. Se genera el miedo a ser ayudado, ya que ser ayudado empeora los síntomas.

Sin embargo se refuerza la idea de que por el momento necesita de la ayuda de los demás, tratándose de una imposición paradójica, que según Nardone, por lo general aumenta la receptividad del paciente.

En esta primer etapa del tratamiento se suministra la primera *prescripción de comportamiento*, "El diario de a bordo" es un cuadernillo preparado expresamente con columnas que se refieren a la fecha, hora, lugar, personas presentes, situaciones, pensamientos, síntomas, reacciones y se entrega al paciente junto a la prescripción de, cada vez que, aunque le ocurra varia veces al día, el paciente entre en crisis, sienta que nace la angustia, deberá tomar este diario y anotar en él todo lo que le suceda, completando todas las columnas. En la próxima sesión el paciente deberá entregar las páginas referentes a la semana transcurrida.

Para Nardone (1997) el resultado de estas dos primeras intervenciones son o bien el paciente se disculpa en la segunda sesión por no haber podido realizar el deber asignado, por no haber tenido ninguna crisis o cuando comenzó a escribir , la ansiedad y el miedo desaparecieron, destacando la ausencia de pedido de ayuda a los demás.

Según el autor, estos cambios se deben a que la tarea prescrita y la reestructuración, apartan la atención del síntoma y la dirigen al deber, y la inducción a pensar que el pedir y recibir ayuda agravan los síntomas, generan la sustitución de un miedo, por otro más fuerte, de esta manera se utiliza la fuerza del miedo contra el miedo.

Segundo estadio: De la tercera a la quinta sesión.

Siempre se comienza escuchando el relato del paciente, sobre lo sucedido durante la semana. Se aplica una acción terapéutica para reforzar el efecto de las maniobras anteriores, es lo que Nardone llama redefinición de la situación, además de la ruptura del sistema de respuestas disfuncional, se busca la consolidación de la confianza del sujeto, confianza en sus propias capacidades.

En esta sesión se asigna una nueva *prescripción de comportamiento*, una paradójica. Se le solicita al paciente que todos los días a la misma hora debe programar un despertador que suene en media hora, durante ese tiempo se debe encerrar en alguna habitación y sentado debe esforzarse por sentirse mal, pensar en las peores fantasías de su problema, intentando que se produzca una crisis de ansiedad y de pánico.

En cuanto suene el despertador debe interrumpir la tarea y reanudar su actividad diaria.

Nuevamente, son dos los tipos de respuestas con las que se encuentra el terapeuta en la próxima sesión, la primera donde el paciente explica que a pesar de los esfuerzos no pudo insertarse en la situación, pareciéndole todo ridículo, relajándose en lugar de sentirse mal, el segundo tipo es haber podido cumplir con la consigna, experimentar sufrimiento y una vez que suena el despertador, todo termina. El autor destaca, que en cualquiera de los dos casos, los pacientes no han experimentado episodios de pánico durante la jornada, excepto en la media hora asignada, y en algunos casos solo algún episodio esporádico de ansiedad.

En la próxima sesión se vuelve a redefinir la situación, en términos de cambio positivo. En el caso de la primera respuesta se resalta que el problema puede ser anulado provocándolo de manera voluntaria. En el segundo tipo de respuesta se le explica que está aprendiendo a modular y dirigir su trastorno, si es capaz de provocar voluntariamente los síntomas, también es capaz de reducirlos y anularlos.

El efecto de la prescripción se centra en el refuerzo de la conciencia y confianza en el cambio iniciado, y que el paciente aprende nuevas estrategias para hacer frente a su padecimiento, centrando la atención en el incremento de la autoestima y competencia personal.

En este punto el autor considera que el paciente ha tenido muestras concretas de la eficacia del tratamiento, del trabajo desarrollado junto al terapeuta.

Tercer Estadio: De la quinta sesión en adelante.

A partir de aquí se programan *prescripciones directas de comportamiento*, creando una escala progresiva de situaciones que el paciente considera espantosas, a las que se expondrá gradualmente. Estrategia similar a la desensibilización sistémica conductista, a la cual se le añade una carga de sugestión. Se diferencia de la clásica desensibilización, ya que logra que cumplan con la prescripción mediante lo que Nardone define un "engaño benéfico". Se le asigna al paciente el deber de un día de la semana pautado, a una hora determinada, ir a la puerta de su casa, antes de abrir dar una pirueta, luego salir y al cerrar la puerta hacer otra pirueta, ir al mercado para comprar una manzana y llevarla al terapeuta. El éxito de esta maniobra terapéutica, según Nardone (1997) es que los sujetos están acostumbrados a la idea de sentirse mal cada vez que deben dejar su lugar seguro y con esta propuesta, de apariencia simple, se liberan de ese miedo, se distrae sugestivamente de otras obligaciones, en este tipo de intervención, se engaña el bloqueo al miedo.

Cabe recordar que luego de cada prescripción sigue la redefinición de la situación, y resaltar las capacidades reales demostradas por el paciente, con las experiencias concretas y comprobadas por ambos. A medida que avanza la terapia van disminuyendo las sugerencias que acompañan a cada una de las prescripciones.

Cuarto Estadio: Última sesión.

Persigue el objetivo de consolidar la autonomía personal y autoestima del paciente.

En esta etapa se explica el proceso terapéutico seguido, explicando el funcionamiento de las técnicas aplicadas, realizando un resumen detallado del trabajo y de los logros alcanzados por el paciente, cambios producidos por los dotes personales del paciente, de esta manera se evita que el paciente considere a estas intervenciones y sus resultados como mágicos.

Como plantean Nardone y Watzlawich (1995) el enfoque estratégico no busca la extinción definitiva de todos los problemas del paciente, sino la solución focal de los problemas que pueden ir surgiendo a lo largo de la vida del sujeto.

El paciente ha logrado conocer y aprender a utilizar sus recursos personales, han logrado, paciente y terapeuta, alcanzar los objetivos planteados, por lo que ya no necesita la ayuda de la terapia. Continuando con la analogía del juego de ajedrez, el desarrollo del proceso de la terapia concluye con el "jaque mate" al problema inicial.

Se establece la modalidad de los seguimientos y se da por terminado el proceso terapéutico.

3.4 Eficacia y eficiencia del tratamiento

Nardone, con su equipo de trabajo, llevo a cabo una investigación-intervención para dar sustento al modelo diseñado y desarrollado a lo largo de este trabajo. Para esto indago sobre una muestra de 152 sujetos, entre ellos 28 casos de agorafobia y 61 casos de ataques de pánico con agorafobia, el resto se dividían entre otras formas severas de problemáticas de tipo fóbico.

Según el autor, cada escuela de psicoterapia posee diferentes criterios para establecer la eficacia de la terapia, así, para un terapeuta cognitivo el éxito de la terapia consiste en la modificación de las estructuras cognitivas, para un terapeuta estratégico la eficacia esta representada por la solución del problema específico que presenta el paciente y en la consecución de los objetivos fijados al comienzo del tratamiento.

Nardone ha utilizado el siguiente criterio de eficacia: la eficacia demostrada en la ejecución del tratamiento, es decir el éxito final de la terapia y la eficacia en el tiempo, para lo cual se realizaron tres follow-up al cabo de tres meses, seis meses y un año luego de finalizar el tratamiento, realizando entrevistas no solo al paciente, sino también a sus familiares o pareja.

A partir de la investigación-intervención realizada, los resultados positivos del tratamiento están confirmados en el 95% de casos resueltos, agregando que los resultados obtenidos se han mantenido hasta en el tercer follow-up.

Concluyendo que el hecho de que este tipo de intervención logre en poco tiempo obtener cambios efectivos y concretos en un determinado problema, manteniendo este cambio en el tiempo, lleva a valorar, en términos de eficacia técnica, la estrategia y las tácticas propias al modelo.

Una vez evaluada la eficacia de una intervención terapéutica, otro punto importante a tener en cuenta es la necesidad de evaluar la eficiencia de una intervención, es decir la relación coste-beneficio, ya que ésta determina la aplicabilidad del mismo y la calidad del respeto ético al paciente, partiendo que es un deber ético del terapeuta, lograr que su paciente se encuentre mejor lo antes posible.

A partir de la intervención, Nardone afirma que en el 87% de casos el tratamiento no ha durado mas de 20 sesiones, y en un 24% de los casos menos de 10 sesiones, resultados que brindan una clara imagen de la eficiencia del modelo.

Los resultados obtenidos a partir de este trabajo se muestran satisfactorios tanto desde el punto de vista de la eficacia, 95% de resultados obtenidos en casos de ataques de pánico con agorafobia, como desde el punto de vista de la eficiencia con 14 sesiones como duración media de terapia.

Capitulo 4. Comparaciones: Semejanzas y diferencias entre los tratamientos.

El primer punto a tener en cuenta es que ambos modelos de tratamientos están diseñados sobre las bases del constructivismo, para el cual los sujetos son participantes proactivos en sus experiencia y construyen activamente sus realidades, creando sus propios modelos representativos, a partir de esta concepción se han diseñado ambos tratamientos y será la manera de concebir al sujeto y los objetivos que persigue cada uno de ellos.

En cuanto a las explicaciones, las causas posibles, que cada uno de los enfoques atribuye al trastorno de ansiedad, se describió como el modelo cognitivo-conductual plantea que independientemente de la presentación de la primer crisis de pánico, ya sea vivenciadas como inesperadas o situacionales, desencadenadas por la exposición a estímulos o por la anticipación del mismo, lo que sostiene a estas crisis hasta el punto de establecer el trastorno son las interpretaciones catastróficas a las sensaciones y síntomas experimentados. Estas cogniciones catastróficas inducen síntomas somáticos de ansiedad mas intensos, reforzando la creencias de que algo grave esta sucediendo, culminado en una crisis de pánico. Sobre esta base Clark propone que las crisis de pánico dependen de las interpretaciones catastróficas que se hace de los síntomas somáticos, sin el significado catastrófico que la disfunción cognitiva genera, la crisis no podría llegar a presentarse.

El método estratégico-constructivista desmiente la necesidad de una relación causal lineal entre la experimentación de estímulos perturbadores y la elaboración de respuestas fóbicas.

A partir de dudas y pensamientos que se imponen de manera imprevista sobre la posibilidad de sentirse mal o bien a partir de un primer episodio de miedo y somatización desarrollan un estado de permanente alerta. Lo que determina la constitución de la grave sintomatología no es el hecho inicial, sino todo lo que el sujeto realiza para evitar el miedo, es decir las soluciones ensayadas.

Destacando la importancia de estudiar como el sistema perceptivo-reactivo funciona en el aquí y ahora resaltan la inutilidad de la búsqueda de las causas pasadas para conseguir la solución presente del problema.

A mi entender ambos enfoques desplazan el foco de atención del "porque" del trastorno, al "como" como funciona, como se mantiene, ya sea por las interpretaciones catastróficas que el paciente hace de sus propias sensaciones o por las soluciones ensayadas que paradójicamente, en lugar de solucionar el problema lo agrava. Ambas terapias están orientadas hacia el presente, a trabajar en el "aquí y ahora".

Desde el enfoque estratégico-constructivista, los problemas humanos son considerados como el producto de la interacción entre el sujeto y la realidad, en como cada uno percibe la realidad mediante el sistema perceptivo-reactivo. El objetivo es romper rápidamente la rigidez disfuncional del sistema perceptivo-reactivo y conducir al paciente, por medio de experiencias concretas de cambio a la extinción de la sintomatología y a una reestructuración y reorganización flexible de sus modalidades perceptivas, cognitivas y comportamentales. El terapeuta provoca cambios en la organización relacional, cognitiva y emotiva del sujeto, centrándose en la reestructuración de las representaciones y percepciones que el paciente tiene de sí mismo, de los demás y del entorno.

Busca poner en crisis los esquemas cognitivos y emotivos que organizan la auto percepción y la manera de relacionarse. Cuenta con intervenciones que permitan cambiar no solo las reacciones comportamentales sino su organización cognitiva, sus percepciones frente a la realidad, se buscan cambios de tipo 2, salto cualitativo y de nivel lógico en la interacción entre el sujeto y la realidad, cambio en las modalidades reactivo-comportamentales, modalidades perceptivas y las interacciones con los demás. Para esto aplica intervenciones que provoquen experiencias concretas de diferentes percepciones y reacciones y cambiar la elaboración cognitiva. Si solo se cambian las reacciones comportamentales, se produce un cambio superficial, cambio tipo 1.

Por su parte, para la teoría cognitiva el cambio y la solución de un problema se consigue mediante una forma de aprendizaje gradual de nuevos esquemas cognitivos, cuenta con estrategias psicoeducacionales, la comprensión y explicación de los síntomas es parte del tratamiento, para Nardone, en estos enfoques parece necesaria la concienciación del paciente respecto a las maniobras del cambio, diferenciándose de la perspectiva estratégica-constructivista para cual no solo no es necesaria sino que es contraproducente ya que aumenta la resistencia al cambio del sistema. Para Nardone, tomar conciencia del cambio antes de que este ocurra significa aumentar la resistencia.

Desde el punto de vista estratégico, para cambiar una situación problemática, antes hay que cambiar el obrar y como consecuencia el pensar del paciente.

De ahí puede darse la diferencia entre los dos tratamientos en cuanto que el modelo cognitivo-conductual considera esencial la explicación explícita del modelo y tratamiento desde la primera sesión, y para el modelo estratégico, estas explicaciones se dan una vez concluido el tratamiento.

Las técnicas cognitivo-conductuales basadas en cambios comportamentales a consecuencia de un aumento gradual de la conciencia y del cambio de la organización cognitiva, de esta manera el cambio es consecuencia de la modificación gradual de la organización de las estructuras cognitivas, buscando la reestructuración cognitiva. El comportamiento está guiado por estructuras estables, los esquemas, conformados por creencias firmes y rígidas respecto de ciertos hechos.

Para el enfoque sistémico, las técnicas conductuales, entre ellas la desensibilización sistémica logra la reducción de las reacciones conductistas, pero no interviene en las percepciones y elaboraciones cognitivas que conducen a tales comportamientos, no se modifica la percepción disfuncional de la realidad, es por eso que el modelo de Nardone, si bien hace uso de esta técnica, hace cierta variación en cuanto le agrega el componente de la sugestión.

Para el enfoque cognitivo-conductual, es de suma importancia explicar la importancia que se le atribuye a los pensamientos, a las ideas automáticas, que se presentan como frases, autodiálogos o imágenes fugaces, que acompañan las reacciones emocionales. La técnica de registro, para el modelo cognitivo-conductual tiene por objeto conocer las formas idiosincráticas que adquieren las ideas automáticas, producto de los esquemas activados.

El enfoque estratégico-constructivista utiliza la técnica del diario de a bordo, como técnica de registro, como prescripción conductual paradójica, donde no se busca que el paciente tome conciencia de

las ideas automáticas como es el caso de la terapia cognitiva-conductual, sino que busca distraer al paciente asignándole el deber, y de esta manera deje de utilizar las equivocadas soluciones ensayadas que sostienen el problema.

Como se desarrollo a lo largo de la descripción de cada modelo, es de suma importancia la que se le asigna al trabajo fuera de sesión.

En cuanto a la relación terapéutica y rol del terapeuta, tomando a los autores Feixas y Miro (1993), la relación, para que sea terapéutica debe ser diferente de otras relaciones del paciente, tratándose de una relación profesional, en la cual el terapeuta se interesa por el paciente sin formar parte de sus relaciones interpersonales. Presentando las características de ser una relación asimétrica, retributiva y contar con un encuadre, en cuanto lugar de encuentro, horarios, frecuencia de las sesiones, etc. En relación a esto surge la noción de alianza terapéutica, concepto psicoanalítico, pero que se puede generalizar a todos los modelos. Tres componentes la definen, el vinculo entre terapeuta y paciente, el tono emocional de este ante el terapeuta, lo cual influye en la colaboración que prestara en el tratamiento. Que terapeuta y paciente orienten sus esfuerzos hacia la misma dirección, acordando conjuntamente los objetivos, y por ultimo, llegar a un acuerdo acerca de los medios, las tareas, para conseguir esos objetivos.

El enfoque estratégico propone entablar una relación que se caracterice por el contacto, la confianza y la sugestión positiva, establecer un clima de contacto interpersonal y de sugestión positiva, sin ser esta una relación de "amistad a pago"

Desde el primer encuentro se plantea una relación donde tanto terapeuta y paciente adoptan un rol activo, donde el objetivo de ambos es que el paciente supere sus problemas, ambos ganan o pierden.

La definición de los objetivos ejerce una fuerte función no solo para la programación terapéutica, orientándola, sino que representa una sugestión positiva para el paciente aumentando su colaboración y confianza en el éxito terapéutico. "el paciente se siente parte activa del proyecto de cambio y tiene la impresión de que es él quien controla el desarrollo de la terapia" (Nardone 1995,86p)

Retomando la idea de que la terapia se adapta al paciente es de suma importancia la técnica del calzado, el terapeuta debe adaptar su lenguaje a diversas situaciones, contextos y estilos personales, y así desplazar continuamente su punto de vista de la realidad.

Para Nardone y Watzlawick (1995) un factor determinante en la terapia esta relacionado al carisma del terapeuta, la eficacia de una estrategia depende en gran medida de la sugestión con que el terapeuta se la presenta al paciente para inducirlo a la colaboración terapéutica. La comunicación es instrumento y vehículo de intervención

El estilo de comunicación de un terapeuta estratégico al estar dirigido a ejercer una deliberada y marcada influencia personal sobre el paciente, recurre a la utilización de un lenguaje hipnótico y a procedimientos de tipo sugestivo. El autor lo diferencia de el estilo de comunicación de un terapeuta cognitivo que esta orientado al cambio de las cogniciones y conciencia del paciente, se basa en un lenguaje de la razón y de la conciencia, adoptando un estilo de comunicación indicativo, descriptivo y explicativo .

Safran y Segal (1994) , resaltan, que si bien los psicólogos conductuales y cognitivos tradicionales tiende a considerar, la relación terapéutica, como un requisito previo para el proceso de cambio, mas que como una parte intrínseca de este, consideran que una buena relación terapéutica puede ser necesaria pero no suficiente para el éxito de la terapia, ya Beck destacaba la importancia del *empirismo cooperativo*, la necesidad de que el terapeuta establezca relaciones cooperativas con los pacientes, así ayudarlo a descubrir, no persuadir, las percepciones que son incongruentes con la realidad. Para lograr esto, el terapeuta debe ser cálido, empático, fijar junto al paciente los objetivos, determinar prioridades, y no representar el papel de experto absoluto, Por su parte Chappa (1997) plante que para el modelo cognitivo-conductual desde el primer encuentro con el paciente se debe establecer una base segura, siendo esta la primera estrategia del tratamiento.

Los pacientes con pánico y agorafobia cuentan con una figura de apego, para así poder exponerse sin riesgo, brindándoles una base segura. Esta base segura debe ser ampliada a la persona del terapeuta y será dada por la relación terapéutica. Lo que el paciente comunica que piensa, siente es su realidad y debe ser tomada como tal, el terapeuta no debe hacer ninguna diferenciación entre lo que es verdadero o real de lo imaginario. La base segura será dada, en última instancia, por esta actitud de aceptación.

Se debe hacer sentir al paciente que tanto sus miedos como su persona son respetados. Por lo general tanto las personas que lo rodean, como el mismo paciente entienden sus temores como absurdos. Fuera de la crisis el paciente puede razonar y comprender que sus temores son infundados. Pensamiento que no puede mantener cuando se presenta la crisis, su control cognitivo lo abandona, esto es lo que Beck llamo *giro cognitivo*.

De esta manera el paciente es introducido en el modelo cognitivo lo cual tiene la función de enmarcar la tarea terapéutica, definir roles y la participación activa que se espera del paciente y, al igual que plan-

tea el modelo estratégico, cuando el paciente se siente parte activa del proyecto de cambio, el paciente puede conservar cierto grado de control en las sesiones, siendo, como se expuso, la problemática del control un tema central en estos cuadros.

De esta manera queda reflejada la importancia, que ambos enfoques, le dan al papel del terapeuta, así como sus cualidades personales, en el proceso de cambio, lo cual está directamente relacionado con la colaboración del paciente a lo largo de todo el tratamiento, ya que para ambos enfoques el tratamiento no solo contempla el trabajo dentro de las sesiones, sino fuera de ella, es decir, el trabajo entre sesiones.

Conclusiones

El propósito de este trabajo fue el de hacer un resumen y una descripción de dos modelos de tratamiento terapéuticos para pacientes agorafóbicos.

Se comenzó realizando una revisión bibliográfica de los fundamentos teóricos sobre los cuales los autores se apoyaron para diseñar sus modelos de tratamiento terapéuticos, para luego poder describir en detalles cada uno de ellos, descripción minuciosa del procediendo total, detallando en cada sesión, los objetivos a cubrir en cada una de ellas y las técnicas aplicadas para alcanzarlos.

A partir de la revisión bibliográfica quedó demostrada la eficacia, empíricamente comprobada, de cada uno de estos tratamientos, sin tener la intención de determinar cual de ellos es el más efectivo, sino más bien, intentar demostrar como cada uno logra alcanzar sus objetivos utilizando distintas técnicas, las cuales muchas veces son las mismas, pudiendo diferir en su forma de aplicación o en el momento del proceso utilizadas.

Me parece importante señalar que ambos modelos, teniendo en cuenta el concepto de eficiencia, coste / beneficio, buscan lograr el máximo de resultados terapéuticos positivos en el menor tiempo posible, adaptando sus diseños a tratamientos aun más breves e inclusive aplicados a formatos grupales, e incluyendo materiales de autoayuda para complementar las sesiones. Tema de suma importancia, a mi parecer, al tener en cuenta que en la actualidad, y tomando la idea de Fernández Álvarez (1996) existen tantas modalidades terapéuticas como objetivos planteados por los paciente, donde, hoy por hoy, la sociedad busca resultados rápidos.

Ambos modelos se caracterizan por ser tratamientos claramente estructurados, de breve duración, donde se plantean, desde un principio, junto al paciente los objetivos que se pretenden alcanzar, introduciendo al paciente al tratamiento y adjudicándole un papel fundamentalmente activo, y a partir de la relación terapéutica que se establece, y el estilo terapéutico, se busca la colaboración activa y permanente del paciente a lo largo de todo el tratamiento, logro sumamente importante ya que se trabaja tanto dentro de la sesión como fuera de ella, ambos modelos prescribiendo distintas tareas para ser realizadas entre sesiones, para luego trabajar el material con el terapeuta.

En mi opinión, y coincidiendo con la de Fernández Álvarez (1996) el ser humano, como unidad biopsicosocial, puede padecer de diferentes y variadas patologías, en distintos momentos evolutivos de la vida, encontrando el origen de dicho padecimiento en distintas circunstancias, sumado que en la actualidad existe una gran variedad de recursos terapéuticos para operar en todo tipo de perturbaciones, situaciones vitales y condicione sociales, creo que no es posible abordar eficazmente a todas las personas que requieren intervención, con una única técnica terapéutica.

Con este trabajo pretendí aportar mi pequeño granito de arena al movimiento que apunta al desarrollo de modelos integrativos.

Referencia Bibliográficas:

- American Psychiatric Association. (1998). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV*. Barcelona: Masson
- Bados, A. (1999). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid : Pirámide.
- Botella, C. (2001). (fecha de acceso: 2007, 15 Marzo). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, Vol 13, 3, 465-478. En red. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=469>
- Botella, C., & Ballester, R. (1992). (fecha de acceso: 2007, 15 Marzo). Aplicación del programa terapéutico de Clark a un caso con trastorno de pánico. *Psicothema*, Vol. 4, 1, 69-88. En red. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=815>.
- Botella, C., Ballester, R.& Carrió, M.C. (1996). (fecha de acceso: 2007, 28 Marzo). La eficacia del tratamiento en respiración lenta y de la terapia cognitiva focal en un caso de trastorno por angustia con agorafobia. *Anales de psicología*, Vol 12, 1, 1-17
- Carrión, O & Bustamante, G .(2003). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad*. Buenos Aires: Galerna.
- Chappa, H. (1992). Abordaje Cognitivo-Integrativo Del Pánico y La Agorafobia: *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol 1,1 60-69.
- Chappa, H. (1997). *Pánico Y Agorafobia : Abordajes Cognitivo Y Psicofarmacológico*. Buenos Aires: Salerno.
- Cía, A .(2003). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Maggio.
- Cottraux, J.(1991). *Terapias comportamentales y cognitivas*. Barcelona: Masson.
- Clark, D., Salkovskis, P., Öst, L.G. et al. (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 65, 2, 203-213.
- Clark, D., Salkovskis, P. et al. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 65, 4, 583-589.
- Feixas,G & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (1996). *Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Hernández Sampieri, R . & Fernández Collado, C. (1991). *Metodología de la investigación*. Buenos Aires, México, Caracas, McGraw-hill.
- Keegan, E. (1998)Trastorno de ansiedad: La perspectiva cognitiva. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol 09, 33, 197-209
- Nardone, G. (1997). *Miedo, pánico, fobias*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1995). *El Arte Del Cambio : Trastornos Fóbicos Y Obsesivos*. Barcelona: Herder.
- Roca, E. (2004). (fecha de acceso: 2006, 20 Noviembre). *El trastorno de pánico y su tratamiento. Terapia cognitiva focal en formato de grupo*. En red. Disponible en: <http://www.comportamental.com/articulos/5.htm>
- Ruiz, J.J & Cano, J.J .(1999). (fecha de acceso: 2005,15 Octubre) *Las psicoterapias. Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitario* En red. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/ProfSanitarios/profesionales3d.htm>.
- Ruiz, J.J & Cano, J. J. (1999). (fecha de acceso: 2005, 25 Octubre). : *Manual de psicoterapia cognitiva*. En red. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/libros.htm>.
- Safran, J. & Segal, V. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Buenos Aires; Barcelona; México: Paidós
- Vallejo J. (1998) *Trastornos de angustia*. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 4ª Edición. Buenos Aires: Masson , pp 383-396.

