



FACULTAD DE PSICOLOGIA

CASO PSICOLÓGICO: PSICOTERAPIA BREVE ESTRATEGICA A USUARIA CON
TRASTORNO DE PÁNICO

Línea de investigación:

Evaluación Psicológica y Psicométrica

Trabajo académico para optar el Título de Segunda Especialidad en
Psicoterapia Familiar Sistémica

Autora:

Ruiz Diaz, Nely Bertha

Asesor:

Cerna Hoyos, José Alberto

ORCID: 0000000231600485

Jurado:

Hinostroza Mota, Carmela

Ardiles Bellido, José

Espíritu Álvarez, Fernando

Lima - Perú

2022

Referencia:

Ruiz, D. (2022). *Caso psicológico: psicoterapia breve estratégica a usuaria con trastorno de pánico* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5825>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO PSICOLÓGICO: PSICOTERAPIA BREVE ESTRATEGICA
A USUARIA CON TRASTORNO DE PÁNICO

Línea de Investigación:
Evaluación Psicológica y Psicométrica

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional
en Psicoterapia Familiar Sistémica

Autora:
Ruiz Diaz, Nely Bertha

Asesor:
Cerna Hoyos, José Alberto
ORCID: 0000000231600485

Jurado:
Hinostroza Mota, Carmela.
Ardiles Bellido, José.
Espíritu Álvarez, Fernando.

Lima - Perú
2022

“Nada en la vida es para ser temido, es sólo para ser comprendido. Ahora es el momento de entender más, de modo que podamos temer menos”

(Marie Curie)

Dedicatoria:

Quisiera dedicarle este proyecto, en primer lugar a Dios, que me ha dado la vida y fortaleza para terminar este trabajo de investigación. A mis Padres por estar presentes en distintos momentos de mi vida. A mis hijos Angie, Kelly, Elias, Pierina, por apoyarme y ayudarme en los momentos en que mas los necesité, pues ellos son la fuerza que me inspira a realizar cualquier emprendimiento.

Agradecimiento:

Me gustaría mostrar mi mas sincero agradecimiento al profesor Carlos Gavancho Terrazas, por su labor en la consejería de mi trabajo, durante la cual ha demostrado no solo un gran conocimiento, sino también una comprensión y empatía sin las que el trabajo no hubiera sido posible, a mis padres y a mis hijos.

Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Lista de tablas	vii
Lista de figuras	viii
Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	11
1.1 Descripción del problema	12
1.2 Antecedentes	12
1.2.1 Antecedentes Nacionales	12
1.2.2 Antecedentes internacionales	14
1.2.3 Fundamentación Teórica	15
1.3 Objetivos	23
1.4 Justificación	24
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	25
II. Metodología	26
2.1 Tipo y diseño del Trabajo en estudio de caso	27
2.2 Ámbito temporal y espacial del estudio de caso	27
2.3 Participantes	27
2.4 Técnicas e instrumentos utilizados en el estudio de caso	27
2.4.1 Técnicas (Descripción de las técnicas usadas)	28
2.4.2 Evaluación psicológica (Historia Psicológica: - Problema Actual - Desarrollo	

cronológico del problema - Historia Personal - Historia Familiar)	29
2.5 Plan de Intervención	34
2.5.1 Plan de Intervención y calendarización (descripción de las sesiones, fecha, duración, periodicidad, participantes, técnicas de tratamiento).	34
2.5.2 Programa de intervención (Objetivos - Desarrollo de Sesiones Terapéuticas: Técnicas – Tareas - Presentación de las tareas)	35
2.6 Consideraciones éticas	41
III. Resultados.....	42
3.1. Análisis de los Resultados	43
3.2. Discusión de Resultados	43
IV. Conclusiones	44
V. Recomendaciones	45
VI. Referencias	46
VII. Anexos	49

Índice de tablas	pág.
Tabla 1. Composición familiar	32
Tabla 2. Plan de intervención	33
Tabla 3. Sesiones de psicoterapéuticas	34

Índice de figuras	Pág.
Figura 1. Genograma pre- intervención	51
Figura 2. Genograma post- intervención	52

Resumen

El presente trabajo de investigación describe la intervención Psicoterapéutica a través de la Terapia Sistémica Breve de una usuaria afectada con Trastorno de pánico. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE, 1992) en su 10º versión clasifica a los trastornos de pánico dentro de los trastornos por ansiedad, indica que su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico). Como parte del Estudio Mundial de Salud Mental del 2014 en el Perú (Piazza y Fiestas, 2015), se encontró que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes, con una prevalencia de 14,9%; y la edad de inicio más temprana fue para los trastornos de ansiedad (15 años). En el presente caso se propuso a la usuaria un tratamiento según el Modelo de Terapia Breve Estratégica en función del éxito reportado en varias publicaciones (Salinas, 2018; Sattel, *et al.*, 2018; Bressi *et al.*, 2010; Abbass, *et al.*, 2008, p. 6). La usuaria refiere que estas crisis empiezan aproximadamente hace tres meses, sus síntomas son sensación de ahogo, taquicardia y sensación inminente de que va a desmayarse (entre otros), refiere así mismo que tuvo pánico y miedo a morir. Acude al servicio de Psicología del Hospital Cayetano Heredia, donde se evaluaron la sintomatología del motivo de consulta. Se evalúa con el cuestionario de pánico y agorafobia CPA, (Sandín *et al.*, 2004, p.2) y un inventario de autoevaluación para evaluar el nivel ansiedad. Se trabajó durante seis sesiones. Posterior al tratamiento se realizó control y seguimiento por un lapso de tres meses, siendo los resultados exitosos en relación al problema planteado.

Palabras clave: ansiedad, terapia breve estratégica, trastorno por pánico.

Abstract.

The present research work describes the Psychotherapeutic intervention through Brief Therapy of a user affected with Panic Disorder. The ICD 10 classifies panic disorders within anxiety disorders, indicating that its essential characteristic is the presence of recurrent severe anxiety attacks (panic). As part of the World Mental Health Study (EMSM, 2014), in Peru it was found that anxiety disorders are the most frequent, with a prevalence of 14.9%. The earliest age of onset was for anxiety disorders (15 years). The user was proposed a treatment according to the Brief Strategic Therapy Model based on the success reported in various publications (Salinas, 2018; Sattel, *et al.*, 2012; Bressi, 2010; Abbass, *et al.*, 2008, p.6). The user refers that these seizures begin approximately 3 months ago, her symptoms (among others) are a feeling of suffocation, tachycardia and an imminent feeling that she is going to faint, she also refers that she had panic and fear of dying. He went to the Psychology service of the Cayetano Heredia Hospital, where the symptoms of the reason for consultation were evaluated. It is evaluated with the CPA panic and agoraphobia questionnaire (Sandín *et al.*, 2004, p.2) and a self-evaluation inventory to evaluate the anxiety level. It works during 06 sessions. After the treatment, control and follow-up were carried out for a period of 3 months, the results being successful in relation to the problem raised.

Key words: anxiety, brief strategic therapy, panic disorder.

I. Introducción

Según datos del Ministerio de Salud (MINSA, 2018) un 20% de la población adulta joven (entre los 24 y 45 años) padece de un trastorno mental, especialmente depresión, trastornos de ansiedad, consumo y abuso del alcohol. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) indica que la ansiedad produce distorsiones de la percepción, de la realidad, del entorno y de sí mismo afectando a los procesos mentales, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando la funcionalidad del individuo. Esta organización indica que los trastornos de ansiedad se inician tempranamente alrededor de los 15 años de edad, siendo más alta entre los 24 y 45 años y se encuentra mayor prevalencia en mujeres que en hombres. De acuerdo a los criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed. DSM-5; 2018), en la clasificación los trastornos de pánico por ansiedad, se describe los síntomas de la usuaria como un Trastorno de pánico con Agorafobia, siendo los principales síntomas: palpitaciones, dificultades para respirar, sensación de perder el control y miedo a morir. Teme volver a sentir esa pérdida de control o que ello le ocurra en la calle, el transporte público o en su universidad durante sus clases.

En la PARTE I se realiza una descripción del problema, se hace mención a los antecedentes nacionales e internacionales; se plantean los objetivos, la justificación del estudio, y los impactos esperados. En la PARTE II se presenta la metodología, la entrevista psicológica, y el plan y programa de intervención. En la PARTE III se informa sobre los resultados tanto a nivel de la paciente como los cambios sistémicos luego de haber concluido con las sesiones. En la PARTE IV y V se plantean las conclusiones y las recomendaciones del caso. En la PARTE VI se listan las referencias bibliográficas de acuerdo con las normas APA.

1.1 Descripción de problema.

Los trastornos de pánico con o sin agorafobia, de acuerdo a los criterios diagnósticos (DSM-5 *op. cit.*), es una experiencia de un temor extremo, usualmente acompañado de sensaciones físicas y cognitivas como de pérdida de control, sensación de ahogo, mareos, temor de sufrir un ataque al corazón, lo que hace que la persona que tiene esta sintomatología viva en un estado de permanente temor y ansiedad. Este trastorno afecta de manera negativa la vida de la usuaria y de su entorno familiar, ya que también se produce sentimientos de no poder hacer su vida cotidiana sin el apoyo o acompañamiento de un familiar que la cuide o proteja en caso “de un ataque”, lo que supone para ella una pérdida de la autonomía, costes económicos o dificultades en asistir a su centro de estudio o laboral. El tratamiento para estos síntomas se tratan según diversas corrientes psicológicas, siendo los más usuales los cognitivos y los sistémicos; entre estos últimos en la versión de Terapia Breve Estratégica.

La psicoterapia individual ha experimentado varios cambios a lo largo de los años con el discurrir de la aparición y modificación de los modelos terapéuticos o tratamientos. Respecto a la efectividad de la terapia breve, existe una basta literatura empírica, así como estudios sistematizados que han permitido evaluar de forma objetiva la efectividad de este modelo terapéutico (Salinas, *op. cit.*). La psicoterapia breve estratégica tiene muchas ventajas para personas que necesitan tratamiento de salud mental al ser un modelo que es breve en su número de sesiones lo que se traduce en un menor costo para los usuarios, es respetuoso en su concepción del mundo y la recaídas son bajas.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

En el 2021, De la Cruz presenta un caso clínico de una mujer de 38 años con trastorno de ansiedad, el objetivo es el de evaluar la eficacia del tratamiento de la ansiedad a través de la terapia breve estratégica. Utilizó para la medición la escala de ansiedad de Lima (EAL-20) y una ficha de autorregistro, se aplicó un pretest, post test y seguimiento a los tres meses. Los resultados medidos a través de los instrumentos señalados indican una remisión de los síntomas, un mayor bienestar y una vida más armoniosa, logrando un manejo adecuado de las situaciones de la vida cotidiana que le permite una vida más ajustada a su medio.

Para Ríos (2019), en el Perú la edad de inicio de trastornos mentales, aparece a temprana edad, alrededor de los 15 años, siendo los trastornos de ansiedad los más comunes, menciona también que el trastorno de ansiedad es una de las patologías dentro del rubro de salud mental con mayor incidencia a nivel del mundo. Estadísticamente existe una elevada relación de los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, al tener una similitud en cuanto a su fisiopatología y se ha demostrado que también tienen similitud clínica. Respecto a los tipos de trastorno de ansiedad más frecuentes en la población peruana fueron el trastorno de ansiedad generalizada y las fobias sociales y menos frecuente fue el trastorno fóbico de ansiedad, indica también que hay un predominio entre los 15 y 18 años y es más frecuente en la población urbana (p.68).

García (2017) realiza una investigación con el objetivo de establecer si el trastorno de ansiedad generalizada es un factor asociado a obesidad en pacientes adultos del Hospital Belén de Trujillo. El método fue de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 168 pacientes adultos de entre 18 a 60 años; los cuales fueron divididos en 2 grupos: con obesidad o sin obesidad; se calculó el odds ratio y la prueba chi cuadrado. Los resultados hallados indican que no hay diferencias significativas en relación con las variables edad y género entre los pacientes con obesidad o sin ella ($p < 0.05$). La frecuencia de ansiedad generalizada en pacientes con obesidad fue de 26%. La frecuencia

de ansiedad generalizada en pacientes sin obesidad fue de 10%. La ansiedad generalizada es factor de riesgo asociado a obesidad con un odds ratio de 3.37 el cual fue significativo ($p < 0.05$). Los pacientes con ansiedad generalizada presentaron un promedio de índice de masa corporal significativamente mayor que los pacientes sin ansiedad generalizada ($p < 0.05$). Se concluye que el trastorno de ansiedad generalizada es un factor asociado a obesidad en pacientes adultos del Hospital Belén de Trujillo.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Rodriguez (2020) en el estudio de revisión “Uso de Prescripciones paradójales en trastornos de pánico y agorafobias” plantea el objetivo de identificar las investigaciones que asocian tratamientos en agorafobia y trastornos de pánico, que apliquen el modelo sistémico en psicoterapia y que, fundamentalmente, utilicen las prescripciones paradójales. Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura siguiendo las directrices PRISMA (Urrutia y Bonfill, 2010) y las bases de datos utilizadas fueron: Scielo, Redalyc y Google académico. Los resultados mostraron que la aplicación de prescripciones paradójales, sistematizadamente en tratamientos sistémicos, con casuística y evaluación de resultados, prácticamente no existen; pero esta apreciación no solo se remite a esta temática, sino a la mayoría de temas psicológicos, puesto que en el universo sistémico no hay tradición investigativa, quizás por el pragmatismo del estilo sistémico. Dadas las pocas investigaciones que se han encontrado, pero dado el grado de efectividad en la resolución de este tipo de trastornos ansiógenos, las prescripciones de síntoma, deberían ser más estudiadas en su aplicación.

Pérez y Graña (2019), presenta un caso clínico aplicando un tratamiento cognitivo conductual basado en el modelo de intolerancia a la incertidumbre a una mujer de 45 años con

diagnóstico de Trastorno por ansiedad generalizada (TAG), según DSM- V, (Dugas y Robichaud, 2007) al que se añadieron otros componentes para abordar algunos aspectos problemáticos de la paciente no incluidos en dicho programa. Se analiza el proceso de intervención y los resultados obtenidos.

Salinas (*op cit.*) Plantea un estudio con el objetivo de analizar la efectividad de la Terapia Breve Estratégica (TBE) como un tratamiento de la ansiedad en pacientes con el diagnóstico de trastorno de angustia con o sin agorafobia, fobia social y/o trastorno obsesivo compulsivo. Se aplicaron escalas clinimétricas para el diagnóstico, la clasificación de severidad, la calidad de vida y el seguimiento. Se implementó el esquema secuencial del modelo avanzado de la terapia breve estratégica. Finalmente realizó el control y seguimiento de las sesiones mediante las escalas clinimétricas para determinar la efectividad de la TBE. Encontró mejorías estadísticamente significativas en todas las escalas de evaluación durante las 10 sesiones y desde el inicio de la intervención hasta los seis y doce meses de seguimiento. Concluye corroborando la evidencia de que la TBE es un tratamiento efectivo para los pacientes con trastornos de ansiedad. La investigación futura en el TBE debe abordar las limitaciones de este estudio para permitir dilucidar los componentes terapéuticos clave de la TBE a medida que se incorporan en los modelos de psicoterapia moderna.

1.2.3. Fundamentación teórica

1.2.3.1. Trastornos de ansiedad. Según el American Psychiatric Association (DSM-5th *op. cit.*), las crisis de angustia, se presentan en los trastornos de ansiedad (TA), esta es dos tipos: crisis esperadas e inesperadas. Respecto al Trastorno de Angustia y la Agorafobia, menciona que estos pueden presentarse como: TA por separación; Mutismo selectivo; Fobia específica; TA social; Trastorno de angustia; Agorafobia, TA generalizada; TA

inducido por medicamentos; TA debido a otra enfermedad médica; Otros TA especificados.
TA no especificado.

a. Criterios diagnósticos del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) El DSM-5 (2018, *op.cit.*) refiere que la ansiedad y la preocupación excesiva son dos características principales del TAG además de:

- Debe haber una ansiedad y preocupación (expectativa aprensiva) excesivas y persistentes (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar.

- A la persona le resulta difícil controlar la preocupación.

- La ansiedad y la preocupación están asociadas con tres o más de los siguientes síntomas (basta con uno en niños): inquietud o tener los nervios de punta, cansarse o fatigarse con facilidad, dificultades de concentración o quedarse en blanco, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño insatisfactorio y no reparador). Algunos de estos síntomas deben haber estado presentes más de la mitad de los días durante los últimos 6 meses.

- La ansiedad, preocupación o los síntomas físicos deben producir un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento.

- El trastorno no es atribuible a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, fármaco) o enfermedad (p.ej., hipertiroidismo).

- El trastorno no se explica mejor por la ocurrencia de otro trastorno mental. Posibles ejemplos son la ansiedad y preocupación acerca de tener un ataque de pánico (trastorno de pánico), evaluación negativa (trastorno de ansiedad social), contaminación u otras obsesiones (trastorno obsesivo-compulsivo), separación de las figuras de apego (trastorno de ansiedad

por separación), recuerdo de los eventos traumáticos (trastorno por estrés postraumático), ganar peso (anorexia nerviosa), quejas físicas (trastorno por síntomas somáticos), defectos percibidos en la apariencia (trastorno dismórfico corporal), tener una enfermedad grave (trastorno de ansiedad por la enfermedad) o el contenido de las creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

b. Etiología. Sandín *op cit.* (2009) menciona que “los ataques de pánico respecto a su origen pueden estar motivados por momentos de elevado estrés personal, así como cuando existen sucesos vitales negativos que son percibidos como situaciones amenazantes, el autor menciona también que puede anteceder a la aparición el hecho de haber padecido ansiedad de separación”(p.56).

c. Epidemiología. Chávez (2019) describe las características clínicas y epidemiológicas del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera en Lima durante el año de 2014 al 2015. Resultados: respecto a las características epidemiológicas, 66% fueron varones, 52% de los pacientes tuvo antecedentes familiares de patologías psiquiátricas, el 82% procedía de ámbitos urbanos. Las características clínicas fueron que la edad de inicio es a los 12 años, en el 25% el tiempo de enfermedad fue de tres años, el 36% tuvo antecedentes de patología no psiquiátrica, el 100% reportaron disfunción en al menos un área social. El 100% presentaron ansiedad generalizada y otras comorbilidades psiquiátricas. El 97% presentó pensamientos pseudopsicóticos, el 60% tuvo obsesiones, la más frecuente fue la de contaminación (23%), el 83% sufría de intensos temores, el 54% tenían comportamientos ritualistas, el más frecuente, los rituales de limpieza. El 63% tuvo compulsiones de agresión y el 77%, comorbilidades psiquiátricas. El medicamento básico del tratamiento fue la sertralina, la que se combinó con otros fármacos según comorbilidades.

d. Ansiedad. La ansiedad ha sido descrita (Castillo, *et al.* 2016) como un estado psicológico que se presenta de manera desagradable, asociado a cambios psicofisiológicos.

Agrega que la ansiedad es un sentimiento de miedo donde el paciente tiene dificultades para identificar las razones de dicho sentimiento. Gómez-Ortíz, *et al.* (2016, p.65) sostiene que la ansiedad consta de tres componentes de respuesta que interactúan entre sí: a) el componente cognitivo, b) el fisiológico y c) el motor. El componente cognitivo es responsable de una interferencia en la concentración, la hipervigilancia atencional y una incapacidad para recordar ciertos eventos. El componente fisiológico es responsable del grado alto de activación del sistema nervioso autónomo, que se manifiesta como sensación de ahogo y respiración agitada; y en el componente motor tenemos comportamientos evitativos como dejar de hacer alguna actividad como salir de casa, presentarse a trabajar o faltar a los estudios, o recluirse en una habitación.

1.2.3.2. Clasificación de los trastornos de ansiedad. Lloret (2019) menciona las siguientes características: a) Presencia de crisis recurrente de ansiedad grave (pánico). b) Estas son imprevisibles y se acompañan de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización. c) Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. d) Cada crisis puede durar sólo unos minutos, pero también puede persistir por más tiempo. e) A menudo el miedo y los síntomas vegetativos van creciendo de manera que las personas que padecen de este trastorno prefieren no exponerse y salir a la calle, buscan escapar de donde se encuentran. Si esto tiene lugar en una situación concreta como en el transporte público el paciente trata de evitar esas situaciones. f) Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

La autora menciona que “este trastorno se caracteriza por una serie de ataques o crisis periódicas imprevistas y de corta duración, caracterizadas por sensaciones fisiológicas desagradables (aumento de la tasa cardíaca, sensación de ahogo, sudoración, opresión

torácica, insensibilidad de brazos o piernas...), acompañado de sensación de peligro inminente debido a la posible malignidad de estos síntomas y por lo tanto malestar intenso y urgencia de escapar”. (p.87) Según el APA (2018, *op.cit.*). “Estas personas viven con una ansiedad constante a que se produzca un nuevo ataque de pánico y ven su vida bastante limitada por esta causa”(p.78).

Ramal (2021) detalla que los trastornos de ansiedad respecto a su frecuencia en el Perú (año 2012) son del 10,5%, además menciona que los pacientes con trastorno de pánico con o sin agorafobia fue de 67.7% entre pacientes ambulatorios.

Bados (2017) indica que la ansiedad y la preocupación son dos de los componentes del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), siendo la ansiedad la respuesta emocional que surge ante supuestos peligros o daños futuros, ya sean estos internos o externos. Estas preocupaciones son una cadena de pensamientos catastróficos sobre peligros o desgracias futuros, se suma a estos pensamientos de poco o nulo control preguntas como “¿qué pasa si sufro un ataque cardíaco?”, “¿Qué pasa si muero? ¿Cómo quedará mi mamá?”.

Al-Namankany, (et al., 2012, p. 36), investigado la ansiedad en niños, indican que es una respuesta multisistémica ante una creencia de peligro o amenaza, esta es una experiencia subjetiva y que varía de persona en persona, generando un impacto en la vida del paciente, que la expresa como un sentimiento vago de aprehensión o temor que en algunas ocasiones puede llegar al terror o pánico. Añade que la ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. El autor menciona que esta puede ser normal cuando es adaptativa en la medida en que da paso a conductas de seguridad, resolutivas y de adaptación. Sin embargo, será una “ansiedad patológica” cuando el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación

al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona que lo padece.

A. Ataques de pánico y agorafobia. El DSM-5 (*op. cit.*, 2018), señala que los adultos jóvenes con ataques de pánico y agorafobia presentan ansiedad generalizada y tienden a preocuparse excesivamente por su competencia o la calidad de su actuación en el ámbito social, laboral y educativo, incluso cuando no son evaluados por otros. Otros temas de preocupación son la puntualidad y acontecimientos catastróficos como los terremotos y las guerras. Los adultos jóvenes con ataques de pánico y agorafobia, con ansiedad generalizada con (AG) pueden mostrarse conformistas, perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos debido a una insatisfacción excesiva con un desempeño que no es perfecto. Buscan en demasía la aprobación y requieren ser tranquilizados en exceso respecto a su desempeño y otras preocupaciones. Sin embargo, estas características aparecen también en el transcurso de la vida adulta intermedia y adulto mayor.

B. Trastorno de pánico. Se caracteriza por crisis recurrentes, inesperadas y no provocadas de miedo intenso y síntomas físicos de ansiedad severa. Las crisis alcanzan su máxima intensidad antes de 10 minutos y ceden antes de 60 minutos. Frecuentemente se acompaña de agorafobia. Por lo general es de evolución crónica y recurrente.

C. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Para Langarita-Llorente y García (2019) existen diversos estudios acerca de la sintomatología en enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, o la depresión, sin embargo, está menos definido el trastorno por ansiedad generalizada (TAG) precisando que en esta se encuentran tanto manifestaciones físicas, psicológicas, conductuales y sociales, entre las que se mencionan: taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias estomacales, náuseas, vómitos, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular,

hormigueo, sensación de mareo. Entre las psicológicas se encuentra: inquietud, sensación de amenaza y peligro inminente, sensación de vacío, temor a perder el control, temor a los ambientes extraños, sospechas e incertidumbre, en algunos casos temor a perder la cordura, a cometer suicidio, a morir de manera intempestiva. Entre las conductuales: tensión muscular, tensión en las mandíbulas, movimientos repetitivos. Entre las cognitivas: dificultades en la concentración, expectativas catastróficas o pesimistas, dudas de su propia valía, sensación de estar haciendo las cosas mal, hipervigilancia y sospecha, recordar con énfasis las cosas desagradables o que le causaron pena.

Fiestas y Piazza (2014) realizan el estudio “Epidemiología del trastorno de pánico” con el objetivo de determinar la prevalencia de vida de 18 trastornos mentales y establecer el patrón que tienen dichos trastornos respecto a la edad de inicio, en cinco ciudades del Perú. El estudio siguió un muestreo probabilístico, multietápico de personas entre 18 y 65 años de Lima Metropolitana, Chiclayo, Arequipa, Huancayo e Iquitos. Resultados: La prevalencia de vida de al menos un trastorno mental fue 29% y la prevalencia de al menos dos y tres trastornos fue 10,5% y 4% respectivamente. Los trastornos de ansiedad fueron más frecuentes, con una prevalencia de 14,9%, seguidos por los trastornos del humor con 8,2%, trastornos de control de impulsos con 8,1% y trastornos por consumo de sustancias 5,8%. La edad de inicio más temprana fue para los trastornos de ansiedad (15 años) y los trastornos del control de impulsos (20 años). Conclusiones: Casi un tercio de la población urbana adulta de cinco ciudades del Perú han tenido alguna enfermedad psiquiátrica a un momento dado en su vida, y la comorbilidad es frecuente. La mayoría de trastornos inician antes de los 30 años.

1.2.3.3. Abordaje de la ansiedad desde la Terapia Breve Estratégica (TBE)

a. La terapia Breve Estratégica. La terapia Breve Estratégica es un enfoque sistémico, de causalidad circular, basado en la teoría cibernética y en el lenguaje persuasivo, tomado inicialmente de Milton Erickson, y desarrollado posteriormente por los planteamientos de Jay Haley y Paul Watzlawick. Se parte de la premisa que la realidad es circular en la construcción de una dificultad y en su solución. Los autores encuentran que es en las soluciones intentadas donde se debe centrar la observación para luego plantear una posible solución distinta de las ya ensayadas, ya que son estas soluciones intentadas y fallidas, las que mantienen el problema. Uno de los objetivos de la terapia entonces es bloquear estas soluciones fallidas y luego modificarlas a través de la reformulación, proponiendo otras que sean funcionales.

b. Definición del modelo. a) Propósito estratégico: Se busca lograr la modificación de percepciones, buscar alterar de la pauta del problema en contextos específicos y relevantes, generando conductas diferentes frente al contexto problemático. b) Proceso conductual: Definición clara de las metas y objetivos, promoviendo una actitud experimental; Asignación de directrices y develación progresiva de pauta disfuncional. c) Uso de técnicas; Como el reencuadre, las redefiniciones, técnicas paradójicas (errores deliberados, revelar falencias), el diálogo estratégico; Prescripción de recaídas y lenguaje sugestivo.

c. Estrategias de la terapia Breve Estratégica. El terapeuta busca crear un contexto terapéutico donde el paciente se sienta respetado, comprendido y valorado en su sufrimiento. El terapeuta crea una fuerte alianza terapéutica valiéndose de la “comunicación persuasiva” (Nardone, y Salvini, 2011) a fin de que el paciente se deje llevar por el terapeuta hacia el cambio. El siguiente paso es preguntar cuáles son las soluciones intentadas por el paciente, para buscar bloquear estas soluciones y proponer otras acciones alternativas. Se continúa con la provocación de pequeños cambios que provoquen otros cambios en un tiempo breve. Un punto importante es tratar de persuadir al paciente que no trate de evitar las situaciones que le generan la ansiedad, sino más bien de manera paradójica, provocarlos. Nardone (2019)

propone un esquema de terapia: 1. Delimitar y conocer el problema y las soluciones intentadas disfuncionales; 2. Descubrir, proponer y aplicar soluciones funcionales alternativas. 3. Valorar el funcionamiento de las soluciones funcionales alternativas.

Schaefer y Rubí (2015) revisan los modelos centrados en la conducta y los post estructuralistas o sistémicos, y encuentran que los modelos cognitivo-conductuales son más beneficiosos en el tratamiento de la ansiedad sobre todo cuando estos van asociados a la psicofarmacología, en la medida que el tratamiento abarca lo fisiológico, lo conductual y lo cognitivo. Estos modelos incluyen técnicas como el entrenamiento en relajación, la exposición en vivo, el entrenamiento en habilidades sociales y la reestructuración cognitiva, siendo este el estándar recomendado por la American Psychology Association. Sin embargo, los autores mencionan que, así como poseen fortalezas, también encuentran algunas limitaciones como que las técnicas de control respiratorio y de relajación puede ser difícil de seguir por muchos pacientes, o que estos tratamientos al apearse excesivamente a las técnicas, se deteriora la alianza terapéutica, la participación del paciente y sus expectativas.

Siguiendo a los autores, la terapia breve estratégica ha demostrado resultados favorables en el tratamiento de la ansiedad. La terapia breve estratégica postula que los síntomas se mantienen por pautas rígidas y por los intentos fallidos de solución, y son estos el objetivo de las técnicas haciendo posible la reestructuración del sistema. Los intentos de solución son aquellas estrategias que ha intentado el paciente para resolver el problema sin conseguirlo, en la TBE se usan técnicas como las tareas directas (no paradójicas) y las paradójicas acompañadas de reencuadres.

1.3 Objetivos

Objetivo general

Reducir y/o eliminar los síntomas de los ataques de pánico con agorafobia, restableciendo el funcionamiento psicosocial, académico y laboral al nivel premórbido y minimizar la posibilidad de recaídas.

Objetivos específicos:

1. Bloquear y modificar las soluciones intentadas ante los ataques de pánico y agorafobia por soluciones alternativas funcionales, comprendiendo cómo las soluciones intentadas no sólo no eliminan el problema, sino que lo mantienen.

2. Proponer el desarrollo un estilo de vida saludable frente a situaciones de estrés que dificultan una mejor adaptación a contextos familiares y sociales.

3. Desarrollar las competencias adquiridas a través del modelo de la psicoterapia estratégica breve en la usuaria con trastornos de Ansiedad, Pánico y Agorafobia.

1.4 Justificación

El presente estudio de caso se justifica porque presenta una alternativa de abordaje psicoterapéutico basado en la Terapia Breve Estratégica. Además se pretende dar a conocer la eficacia de dicha intervención y proponerla como una alternativa de tratamiento a la comunidad científica en el ámbito de la intervención psicoterapéutica. En los últimos años las condiciones de la salud mental se han visto disminuidas a causa de la influencia de los cambios sociales y culturales, por lo que es común encontrar pacientes con diversas fuentes de estrés y sintomatología como el trastorno por pánico con agorafobia.

Según los datos del MINSA (2019) existen 6 millones de personas que requieren atención médica relacionada a problemas de salud mental, de ellos el 20% padecería trastornos de depresión, ansiedad, estrés u otros más complejos que derivan en adicciones y episodios de violencia. Los trastornos de ansiedad representan un problema de salud pública. Rosas (et al., 2019. p.45) mencionan que aproximadamente el 10% de la población mundial padece de

algún trastorno de ansiedad, de los cuales sólo el 27,6% recibieron tratamiento. Para el caso del Perú se encuentra una prevalencia del 1,9%, sin embargo, esta no es diagnosticada oportunamente y no se recibe tratamiento. En el trastorno de pánico con o sin agorafobia la persona que lo padece ve alterada su actuar natural, vive en un permanente estado de angustia y zozobra lo que ocasiona déficit en sus actividades laborales o académicas, produce un estado de alerta en la familia, y por lo general en que el paciente se aísla de su comunidad y rehúya de sus actividades productivas o de esparcimiento. Por todo ello la necesidad de dar a conocer el problema del presente estudio de caso y como desarrollar estrategias de ayuda a través de recursos terapéuticos que sean de fácil aplicación, como es la TBE y su eficacia en trastornos de ansiedad-pánico.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

Eliminar los síntomas por los que la paciente concurre a la terapia, así mismo, lograr que la usuaria y las personas que tienen como diagnóstico ansiedad, pánico y agorafobia desarrollen una vida más funcional, productiva y ajustada tanto a su ciclo vital como a sus expectativas y metas planteadas. Mejorar la convivencia familiar de la usuaria, adquiriendo autonomía que le genere más independencia y productividad laboral. Finalmente, contribuir con la comunidad presentando esta propuesta de tratamiento breve de seis sesiones, siendo los resultados consistentes en el tiempo con pocas recaídas, socialmente favorables al consumir pocos recursos en tiempo, infraestructura y conveniente también para los pacientes al ser de corta duración.

2 METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

De acuerdo con Hernández, (et al., 1990, p.98) “un estudio de caso es de tipo no experimental cuando no se interviene deliberadamente con las variables del estudio, sino que se observa los fenómenos tal y como se dan en su contexto real para después analizarlo”. En este sentido Wainer, (2012) considera que “los estudios de caso único que se realizan con un abordaje experimental, las investigaciones sistemáticas no experimentales y los historiales clínicos o reportes de caso ocupan un lugar importante en Psicología Clínica, tanto en lo que respecta a sus aportes para el desarrollo teórico como para la elaboración de prácticas clínicas.”(p.78). El autor además considera que existe un acuerdo amplio respecto del valor que han tenido ciertos casos clínicos en la historia de las diferentes escuelas psicológicas. Siguiendo esta argumentación, Kazdin (2001) hace una diferencia entre los tipos de diseño de caso único, los cuales pueden ser: a) Estudios de caso no controlados y b) Estudios experimentales de caso único. La característica de ambos es que el objeto de investigación es único, (el cual puede ser una persona, una familia, un grupo, una empresa, un estilo terapéutico, etc.). Señala que los estudios de caso único tienen las siguientes características:

a) Capacidad de generar hipótesis. b) Capacidad de establecer la naturaleza y condiciones de una supuesta relación causa-efecto. c) Capacidad de trabajo con situaciones atípicas. Uno de los motivos por los cuales se emplea el estudio de caso único es que constituye una metodología que permite el estudio de fenómenos extraños o trastornos poco comunes. d) Demostración de existencia, como argumento contra fáctico. Los estudios de caso único son especialmente útiles al momento de proporcionar una contra evidencia de las nociones que, hasta el momento, son consideradas universalmente aplicables.

Finalmente detalla algunas particularidades del caso único: 1) No hay manipulación de las

variables, estas se las observa en términos holísticos. 2) Los datos cualitativos suelen ser de bajo nivel de cuantificación o formalización y en este caso se evita la identificación de los participantes a fin de resguardar su identidad. 3) Usualmente no se realiza ningún tipo de evaluación con fines de investigación.

2.2. Ámbito temporal y espacial del estudio de caso

La participante del estudio de caso vive en el distrito de Magdalena, las sesiones se llevaron a cabo en los meses de junio a agosto del 2019, en consultorio particular localizado en la ciudad de Lima.

2.3. Participante

La paciente Jeny es una joven de 24 años, de educación superior, vive en la ciudad de Lima, es hija única, y vive actualmente sólo con su madre, ya que su padre falleció un año antes del inicio de las sesiones. Se presenta en compañía de su madre Elena de 40 años con grado de instrucción superior, de ocupación enfermera. Paciente orientada en espacio y tiempo, su lenguaje es claro, aparenta su edad, se le observa ansiosa, se restriega las manos y se mueve constantemente, y mira a su madre cuando tiene que dar alguna respuesta como buscando confirmación. (ver tabla 1 *composición familiar*).

2.4. Técnicas e instrumentos utilizados en el estudio de caso

1. Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA) (Sandín *et al.* 2004, p.4), autoinforme para evaluar y diagnosticar el pánico y la agorafobia. El CPA es un cuestionario de autoinforme que consta de 40 ítems. La finalidad del cuestionario es la evaluación de las características asociadas al pánico, y el diagnóstico del trastorno de pánico (con o sin agorafobia) y de la agorafobia sin historia de trastorno de pánico.

2. Genograma de la familia. Instrumento que permite la representación gráfica de la estructura familiar a través de símbolos o figuras, la composición familiar, los vínculos emocionales, datos históricos, sintomatología, etc. de por lo menos tres generaciones. Es un instrumento que se puede aplicar en una sola sesión o más de una según se requiera más información como la familia de origen (abuelos), la familia ampliada (tíos, sobrinos, etc.), antecedentes familiares de pérdidas, enfermedades, empleos, migraciones, etc.

3. Entrevista semi estructurada. Es una técnica usualmente usada en la investigación social y del comportamiento. Es la forma en la que se adquieren los datos durante la entrevista; su duración, profundidad y alcance varían en función de los objetivos planteados por el entrevistador.

2.4.1. Técnicas

1. Excepciones a la regla.
2. Reestructurar
3. Diario de abordo
4. Ubicación en una escala
5. Prescripciones (tareas directas, indirectas o paradójicas)
6. Haga algo diferente
7. Tarea del antropólogo
8. La peor fantasía
9. Ilusión de las alternativas
10. No avanzar demasiado rápido

2.4.2. Evaluación psicológica

a. Historia Psicológica. Paciente de 24 años, soltera, de sexo femenino, natural de Lima, cursa el tercer ciclo de estudios superiores. A la fecha de las sesiones vive con su madre. No hay antecedentes familiares de enfermedad mental o de otras personas que hayan tenido los mismos síntomas, por lo menos no tiene referencias de ello. Sus dificultades se presentan al mes del fallecimiento de su padre, ha tenido varias crisis, siempre han ocurrido en su domicilio, en muchas oportunidades se encontraba en compañía de su madre quien la ayuda a mantener la calma y al cabo de unos 20 minutos, esas sensaciones e ideas disminuyen y desaparecen a los 30 minutos. Afirma que estos episodios no le permiten “sentirse tranquila” limitando su accionar normal en el sentido que ha perdido la seguridad en sí misma, teme salir a la calle por lo que en las pocas ocasiones que lo ha hecho ha sido en compañía de su madre

b. Problema Actual. El motivo de consulta son “sus ataques de pánico”, los mismos que la paciente menciona como constantes. Refiere que esos “ataques” lo padece desde hace por lo menos 6 meses, que se inician casi después de la muerte de su padre, aunque ella no cree haya una relación de causa efecto, sin embargo, podría haber influido de alguna manera. La paciente ha experimentado crisis con sensaciones físicas de mareos y taquicardias, temblor de las extremidades, respiración agitada, molestias en el estómago, y de tipo cognitivo con pensamientos del tipo “no quiero que me pase esto en mis clases” “¿Qué pasaría si estoy en el Metropolitano y tengo un ataque?” En otras oportunidades estos pensamientos son más catastróficos: “pienso que mi corazón va a estallar” “quizás sí tenga un ataque al corazón”. Estos síntomas son coherentes con el diagnóstico de Trastorno de pánico (300.01-F41.0) del DSM 5 (2018). Ninguna de estas crisis se ha dado fuera de su casa, aunque dice que tiene miedo que pase fuera de su casa. A nivel expresivo se observan algunas conductas que indican inquietud motora como rascarse o tocarse alguna parte del cuerpo reiteradamente (cabeza y nariz). Sin embargo, no se reportan conductas que puedan reducir la activación

fisiológica/cognitiva como comer demasiado, picar entre comidas, etc. En cuanto a los criterios de Agorafobia que cumplía Jenny tenemos los siguientes: miedo a usar el transporte público (se moviliza en el Metropolitano para ir a sus clases) y temor a ir a la universidad (teme que en plena clase le sobrevenga un ataque).

c. Desarrollo cronológico del problema. La paciente refiere que ha experimentado varios episodios ansiosos en meses anteriores a los inicios de la terapia, describe estos como palpitaciones o taquicardia, sensación de mareo y de ahogo, sensación de que va a desmayarse, malestar en el estómago, refiere así mismo que tuvo pánico y miedo a morir. Cuando la paciente le refiere a su madre su temor a tener algún problema cardíaco ella la acompaña a una revisión con un médico, sin embargo, en la consulta y los análisis que se le practican no encuentran ninguna afectación orgánica, y pesar de eso piensa que tal vez si tiene algo y desea recurrir a otro hospital para una segunda opinión, pero al mismo tiempo se siente mal por estar alertando a su madre con algo que quizás “sólo existe en su mente”. Sus temores se van incrementando a medida que pasan los días, menciona que le preocupa la ocurrencia que estos episodios se repitan en su salón de clases o cuando esté en el transporte público porque dice que le daría “mucho vergüenza y no sabría qué hacer” o “que nadie sepa ayudarla y se desmaye o pierda el control de sí misma”. Por otro lado, refiere que le va bien académicamente está obteniendo buenas notas ya que, por el estado de pandemia y el confinamiento social, estas son virtuales, y no tiene que salir de casa.

d. Soluciones intentadas. Respecto a las soluciones intentadas refiere que ha ido al médico a hacerse un chequeo general a fin de descartar algún problema orgánico; intenta “no tener emociones fuertes”, ya que relaciona una “emoción fuerte” (como estar muy alegre o bien muy triste) con los ataques de ansiedad y pánico; procura estar en compañía de su madre todo el tiempo posible, sobre todo cuando ha tenido que salir a la calle. Esto la mantiene en un estado de insatisfacción y de pesar ya que menciona que “no quiere fastidiar a su mamá”

ni volverse dependiente de su ayuda. Su madre es la única persona con la que convive y tiene pocos parientes a los que ve muy ocasionalmente.

La paciente actualmente vive con su madre que es enfermera en un hospital y su relación con ella es “normalmente buena” la apoya en sus estudios, satisface sus necesidades económicas y la apoya emocionalmente. Hay pocos desacuerdos entre ellas y casi no discuten, sin embargo, siente que tal vez estén un poco alejadas emocionalmente o que hay cierta frialdad entre ellas, situación que no es de ahora sino “desde siempre”. Un suceso que afectó el equilibrio familiar fue la muerte del padre de la paciente con quién se sentía muy unida, al fallecimiento se sintió muy desamparada surgieron temores sobre la continuidad de sus estudios ya que su padre era la persona que cubría la mayor parte de los gastos familiares y de sus estudios; sin embargo, estos temores se diluyeron tanto desde la parte económica y afectiva, ya que su madre asumió ambos aspectos. Meses antes del inicio de los síntomas rompió con su enamorado ya que descubrió una infidelidad, y si bien él le propuso regresar, ella ya no estaba interesada ya que además se expresaba despectivamente de ella, por lo que lo cortó definitivamente. Este suceso y la muerte de su padre le provocaron sentimientos de soledad que por una parte provocaron un mayor acercamiento con su madre y por otro lado, una mayor preocupación por sus estudios los que en la actualidad los realiza de manera virtual.

Historia familiar.**Tabla 1***Composición familiar.*

Parentesco	Nombre	Edad	G. Instrucción	Ocupación
Madre	Elena	40	Superior	Enfermera
Padre (+)	Manuel	X	Superior	X
Paciente	Jeny	24	Superior	Estudiante

2.5. Plan de Intervención.

Tabla 2

Plan operativo.

N.º de sesión	Fecha	Duración	Actividades/Técnicas
1	7 /7/2020	50 min	Entrevista inicial. Se entrega el consentimiento informado, se crea el contexto terapéutico.
1	“	“	Registro de los síntomas fisiológicos, búsqueda de las soluciones intentadas
2	21/7/2020	50 min	Clarificar la naturaleza del problema, Reestructurar con técnicas paradójicas Dialogo sobre las soluciones intentadas: Reformulación. Técnica: Ilusión de las alternativas
2	“	“	Tarea: Diario de abordó: registro de tallado de todas sus sensaciones y pensamientos anticipatorios del ataque de pánico.
2	“	“	Mapa de viaje imaginario: describir un viaje imaginario a un lugar concreto (como comprar en la farmacia)
2	“	“	Metáfora con el mensaje de si evitar los ataques de pánico ayuda o incrementa el problema
3	4/8/2020	50 min	Evaluación sobre los síntomas, ¿continúan, han aumentado, han disminuido?
3	“	“	Evaluacion de la tarea “diario de abordó”
3	“	“	Tarea paradójica: “La peor fantasía”
3	“	“	Prescripción: Evitar avanzar rápido
4	18/9/2020	50 min	Se continúa con la tarea de la “peor fantasía”
4	“	“	Tarea: “Viaje imaginario”. Pero esta vez debe realizar el viaje de manera real. Evaluar
5	1/10/2020	50 min	Revisión de los cambios/Evaluar los mismos
5	“	“	Escala de 0 a 10 para valorar sensación de mejoría
5	“	“	Tarea: se continúa con la técnica de “la peor fantasía”
5	“	“	Evaluación: se observa si la paciente continúa usando las soluciones intentdas del pasado.
6	15/10/2020	50 min	Evaluación en escala de 0 a 10 presencia de síntomas
6	“	“	Reformulación de los cambios logrados
6	“	“	Cierre de la terapia. Se comunica que habrá una comunicación a los seis meses para seguimiento.

Tabla 3.*Sesiones de tratamiento.*

Sesión 1	Objetivos	Desarrollo de la sesión	Técnica (observaciones)
<p>Fecha 7 julio</p> <p>Duración 50'</p>	Definir el motivo de consulta y acuerdos sobre el número de sesiones de tto; firmar el consentimiento informado.	<p>Se crea el vínculo terapéutico,</p> <p>Se le entrega el Consentimiento informado,</p> <p>Se define el contexto terapéutico.</p> <p>Se trabaja en la identificación de:</p> <p>Síntomas fisiológicos: Palpitaciones, dificultad para respirar, opresión en el pecho, sensación de hormigueo en las extremidades, otras</p> <p>Interpretación cognitiva: Miedo a morir por medio de un ataque al corazón, miedo a desmayarse o perder el control</p>	<p>A través de preguntas directas y circulares.</p> <p>Técnica: registro de los síntomas. Se le da la tarea que debe realizar de manera detallada y pormenorizada cada uno de los síntomas incluyendo una posible valoración de los mismo en: bajo. Mediano y alto. Se le explica que el objetivo es lograr una mejor comprensión de los mismos.</p>
Sesión 2	Objetivos	Desarrollo de la sesión	Técnica (observaciones)
<p>Fecha 21 julio</p> <p>Duración 50´.</p> <p>Participante: La usuaria.</p>	Clarificar la naturaleza del problema	<p>Se trabaja la revisión de la tarea acordada.</p> <p>T: Que tal Yeni, ¿cómo te ha ido?.</p> <p>U: si, he podido hacer la tarea que Ud. me dio.</p> <p>T: muy bien ¿ y cómo te fue, cuéntame un poco más? ¿Te fue fácil, te fue difícil?.</p> <p>U: Al principio me costó un poco, pero después, ¿lo pude hacer?.</p>	<p>Técnica paradójica: provocar los ataques de pánico en situaciones controladas</p> <p>A través de preguntas directas y circulares.</p> <p>Conversar sobre cada una de las soluciones intentadas y realizar una valoración acerca de si funcionan o no funcionan.</p> <p>Técnica: Ilusión de las alternativas: “¿Mientras más intentas no pensar en lo que te da miedo,</p>

		<p>T: ¿podría ser un poco más específica y contarme como empezaste y que sentiste y como te sientes ahora?.</p> <p>U: bueno empecé en el dormitorio, una mañana que me desperté como a las 8:00 am, sentí que me venía esa sensación de miedo y sudoración, y tarte de anotar lo que me estaba pasando, pero le confieso que no pude al primer intento.</p> <p>T: ¿ y qué hiciste?.</p> <p>U: bueno, trate de calmarme haciendo un ejercicio de respiración profunda, me empecé a tranquilizar, ordene mis ideas, para luego escribir.</p> <p>T: descríbeme por favor ¿Qué paso?.</p> <p>U: Me sentí más calmada y empecé a escribir las sensaciones que tenía y los pensamientos que me venían a la cabeza.</p> <p>T: ¿ Fue bueno para ti?</p> <p>U: si, fue bueno, porque pude escribir lo que en esos momentos me estaba sucediendo.</p> <p>T: ¿te dio más miedo o te tranquilizaste?.</p> <p>U: me empecé a tranquilizar, mi corazón dejo de latir tan rápido, el sudor también menguo y un poco de tranquilidad llego a mí.</p> <p>T: Entonces si puedes tener control sobre tus</p>	<p>dejar de pensar en ello o más te enfocas en esas cosas?”</p> <p>“Diario a bordo”: Se le pide que haga un registro diario en donde consiga la hora en que se presenta una sensación, un pensamiento, la duración del mismo, el lugar, con quien estaba, etc.</p>
--	--	---	--

		<p>síntomas, si tú los creas, también los controlas—los pensamientos son como caballos desbocados y las riendas son los controles que manejan y regulan las sensaciones en tu cuerpo, ¿entendiste lo que te quiero decir?</p> <p>U: Si está muy claro lo que Ud. me acaba de decir.</p> <p>T: que bien y ¿cómo te sientes ahora?</p> <p>U: ¿en este momento?</p> <p>T: si en este momento.</p> <p>U: me siento muy tranquila, y yo tengo las riendas del caballo desbocado.</p> <p>T: ¡Ohh, que bien Yeni!, eres una persona inteligente.</p> <p>U: emocionada dice ¡Muchas gracias!</p> <p>T: muy bien entonces te voy a dar una tarea más ¿de acuerdo?.</p> <p>U: si estoy de acuerdo.</p> <p>T: consiste en lo siguiente, que traces un mapa de salir a algún lugar que quede un poco distante de tu casa y que te imagines que vas a pie y en micro, también quiero que me describas y anotes lo que va pasando en tu cabeza, si hicieras este viaje, si te viene el ataque de pánico respiras, te relajas y en 48 horas haces el viaje programado sabiendo</p>	
--	--	---	--

		<p>todo lo que vas a sentir y lo anotas. definición del problema y las soluciones intentadas. Se le da la tarea de dejar de evitar los ataques de pánico, evitar dejar de anticipar una nueva crisis. Se le da la tarea de llevar un diario donde va a registrar sus sensaciones, pensamiento. Se entrega una metáfora que trata de si la evitación ayuda o incrementa el problema</p>	
Sesión 3	Objetivos	Desarrollo de la sesión	Técnica (observaciones)
Fecha: 4 de agosto	Revisión de la tarea. Revisión de los cambios	<p>Evaluar la reestructuración de la percepción acerca de los síntomas y el problema ¿Hay cambios?</p> <p>Se evalúa el desarrollo del Diario a bordo. Se pide que lo lea, está bien detallado. Informa que le cuesta mucho seguirlo ya que es “laborioso”</p>	<p>Los ataques de pánico se han repetido, pero en menor intensidad y básicamente es “miedo a que aparezcan” los síntomas son: sensación de malestar en el estómago, palpitaciones. En cuanto al desarrollo de la tarea la paciente relata que no pudo lograrlo en su totalidad, alega que “no entendió bien” pero se compromete a seguir de manera más rigurosa. Se le vuelve a prescribir la misma tarea Técnica de la peor fantasía. Los síntomas han disminuido. Se reformula con la</p>

			técnica de “Evitar avanzar rápido”
Sesión 4	Objetivos	Desarrollo de la sesión	Técnica (observaciones)
Fecha: 18 de agosto	Determinar los cambios Revisión de los cambios		Continuar con la tarea de “la peor fantasía” realizarla de manera diaria, durante cinco minutos. La paciente informa que ha salido a comprar (cerca) y lo ha podido hacer sin compañía y se ha sentido bien porque no sintió miedo, y básicamente porque le da una sensación de autonomía.
Sesión 5	Objetivos	Desarrollo de la sesión	Técnica (observaciones)
Fecha: 1 de sept.	Determinar los cambios Revisión de los cambios Revisión de la tarea: La peor fantasía Escala 0-10 para valorar sensación de mejoría. Tarea para la semana siguiente: técnica de la, peor fantasía		La tarea de la peor fantasía se hará cuando crea que sea necesario. Se observa que la paciente ha dejado de utilizar las soluciones intentadas: evitar pensar, buscar la compañía de la madre para que la calme, que la acompañe, etc.
Sesión 6	Objetivos	Desarrollo de la sesión	Técnica (observaciones)
Fecha: 15 de sep.	Evaluar los cambios según la escala 0-10 y reporte verbal de la paciente. Cierre de la terapia.	La paciente reporta no haber tenido ningún síntoma, ni nada que le llame la atención, continúa su vida académica, menciona que le gustaría volver a las clases presenciales ya que se cansa de estar todo en día en la casa.	Los cambios se mantienen, empieza a afrontar aquello que antes le daba miedo como salir sola, etc. Se siente lista para dejar la terapia. El primer control al mes no reporta nada en especial, sigue haciendo su vida normal.

2.6. Consideraciones éticas

Se sigue la Declaración de Principios del Colegio de Psicólogos del Perú sobre el Código de Ética, en los Títulos y Artículos concernientes a la Confidencialidad, Bienestar del cliente, Utilización de técnicas de diagnóstico, Actividades de investigación, y otros que sean pertinentes. Previo al inicio de la terapia a la usuaria se le informó acerca de los objetivos del presente estudio de caso, para ello se le entregó el formato correspondiente Además, se le informó el respeto a la confidencialidad y la reserva su nombre y cualquier otro dato que la pueda identificar. Por ende, la presente investigación no representa ningún riesgo ético.

III. Resultados

Los síntomas se han eliminado volviendo la paciente a desarrollar nuevamente su vida cotidiana llevando sus compromisos de una manera autónoma e independiente tanto en la parte académica como en el ámbito familiar tal cual era su meta al inicio de las sesiones. Cumplidas las seis sesiones se afirma que este modelo psicoterapéutico fue efectivo en los trastornos de pánico con agorafobia.

3.1 Análisis de los resultados

1. En cuanto al primer objetivo específico, la paciente aprendió a bloquear las soluciones intentadas, y de este modo, se eliminaron progresivamente los síntomas que la condujeron a restringir su vida, y ahora puede llevar una vida más satisfactoria.
2. Respecto a los resultados del segundo objetivo específico, la paciente aprendió a bloquear las soluciones intentadas por otras más adaptativas, ya que en lugar de evitar sentir o pensar, más bien las dejó que aparezcan con lo que se destruyó el poder que tenían sobre ella.
3. Respecto a los resultados del tercer objetivo específico, desarrolló competencias nuevas, siente confianza en sí misma y se plantea nuevas metas y planes a futuro y su autoestima está nuevamente alta. Ya no evita las situaciones o circunstancias que le daban miedo como ir en el transporte público o asistir a sus clases (virtuales o presenciales) o concurrir a centros comerciales.

3.2. Discusión de los resultados

La intervención se estructuró de acuerdo a lo planteado por Nardone y Watzlawick (2014). En el presente caso se tuvieron seis sesiones, la última fue una sesión de cierre y evaluación de los avances terapéuticos con lo que se determinó que la paciente estaba

llevando ya una vida sin los síntomas. En relación al vínculo con su madre este es bueno, si bien no ha cambiado respecto a que entre ellas existía cierta frialdad afectiva, en la actualidad hay un mayor diálogo entre ellas y en general se puede afirmar que es bueno, sin ser óptimo. Su desempeño académico continúa siendo bueno, con la diferencia que ya no teme volver a sus clases y encontrarse con sus amigos de universidad ni viajar en el transporte público.

IV Conclusiones

Se ha mencionado en la literatura (Nieto, 2018) a las terapias cognitivas conductuales de tercera generación (terapia de Aceptación y compromiso y la terapia Dialéctica - conductamental) y a las que tienen un fundamento narrativo-sistémico como las que reportan mayor efectividad en los trastornos por ansiedad, trastornos de pánico, con la diferencia que las Terapia Breve Estratégica desarrolla un mejor vínculo con el paciente y es más consistente en el tiempo, evitando las recaídas o la aparición de otros síntomas.

- La psicoterapia breve para los trastornos de pánico con o sin agorafobia demostró ser efectiva en la remisión de los síntomas de la paciente con síntomas de trastorno de pánico con Agorafobia, esto se logró a través de una serie de estrategias directas, indirectas y prescripciones paradójicas, esto es compatible con los resultados hallados por Salinas, 2018, op. cit.; Sattel, Op.cit., 2012 *op cit.*; Vallefucoco, *et al.* Op. cit.; Abbass, 2008 Op. cit.

- Es importante en este modelo el uso del lenguaje persuasivo (Nardone, 2019, op. cit.) que hace el terapeuta para entrar en el mundo del paciente desarrollando un vínculo de confianza y colaboración. Este uso persuasivo del lenguaje permite por un lado “distraer” al paciente del foco de su atención que son las señales anticipatorias del ataque de pánico, y desarrollar actividades que provocan estas mismas, con lo que por su carácter paradójico funciona como un bloqueador de esas mismas conductas, sensaciones e ideas.

V. Recomendaciones

- a. Es importante implementar un programa de estudios de la modalidad de terapia breve en las facultades de psicología, el mismo que tiene una gran variedad de aplicaciones en los trastornos de ansiedad, trastorno de pánico con o sin agorafobia, depresión, trauma, problemas en la infancia, celos e infidelidad, etc. Este enfoque será de gran utilidad para todo el personal de salud por su brevedad y efectividad.
- b. Se sugiere crear módulos de terapia familiar y de pareja breve en los centros de salud a fin de que puedan responder a la demanda que requieren la comunidad en el tratamiento y mejoramiento de los vínculos de pareja y familia.
- c. Es necesario difundir este modelo en la comunidad, a fin de que todo posible paciente sepa que tiene un recurso de corta duración, accesible por su costo y de probada efectividad en los trastornos de pánico, con o sin agorafobia a fin de apoyar y atender a la nuestros usuarios en el restablecimiento de su salud mental.

VI. Referencias.

- Abbass, A., Hancock, J., Henderson, J., y Kisely, S. (2007). *Psicodinámica a corto plazo, psicoterapias para los trastornos mentales comunes*. The Cochrane Library.
- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Al-Namankany, A., De Souza, M., y Ashley, P. (2012). *Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children*. 212(5), 219-22.
- Bados, A. (2017). *Trastorno de Ansiedad generalizada. Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/115727>
- Bressi, C., Porcellana, M., Marinaccio, P., Nocito, E., y Magri, L. (2010). Psicoterapia psicodinámica a corto plazo versus tratamiento habitual para los trastornos depresivos y de ansiedad. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(9), 647–652.
- Castillo, C., Chacón, T., y Diaz, G. (2016). Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en Educación Médica*. 5(20), 230-236.
- CIE-10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor.
- Colegio de Psicólogos del Perú. https://sipsych.org/wp-content/uploads/2015/09/Peru_-_Codigo_de_Etica.pdf
- Chavez, L. F. (2019). *Características clinicoepidemiológicas del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes Hospital Víctor Larco Herrera Lima-Perú 2014-2015*. [Tesis de grado. San Martín de Porres]. Repositorio Alicia <https://hdl.handle.net/20.500.12727/5756>
- De la Cruz, R. (2021). Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia breve estratégica. *Revista Científica Retos de la Ciencia*. 5(11).

- Dugas, M., y Robichaud, M. (2007). ¿Pueden los componentes de un modelo cognitivo predecir la gravedad del trastorno de ansiedad generalizada? *Behavior Therapy*. 2, (38), 169-178.
- Fiestas, F. y Piazza, M. (2014). Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista Perú Med. Exp. Salud Publica*. 31(1).
- García, W. (2017). *Trastorno de ansiedad generalizada como factor asociado a obesidad en pacientes adultos del Hospital Belén de Trujillo*. [Tesis de pregrado. Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio UPAO <https://hdl.handle.net/20.500.12759/2711>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. Pearson Educación.
- Langarita-Llorente, R., y Gracia-García, P. (2019). Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática. *Revista Neurología*. 69 (2), 59-67.
- Lloret, C., (2019). *Patología dual de trastorno de pánico y agorafobia y trastorno por consumo de sustancias: un estudio de caso*. [Tesis de maestría. Universidad Miguel Hernadez].
- Ministerio de Salud. (2018). *Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental Perú 2018*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>. Kruse.
- Ministerio de Salud. (2019). *Salud Mental Perú lineamientos de política sectorial 2018*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>.
- Nardone, G. (2020). *Miedo, pánico, fobias: La Terapia Breve*. Herder.
- Nardone, G., y Milanese, R. (2019) *El cambio estratégico: como hacer que las personas cambien*. Herder.

- Nardone, G., y Salvini, A. (2011). *El diálogo estratégico*. Herder.
- Nardone, G., y Watzlawick, P. (2014) *Terapia breve estratégica*. Paidós.
- Nieto, C. (2018). *Aplicación y eficacia de las terapias de Tercera Generación en los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Repositorio Universidad de Comillas.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Salud mental del adolescente*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
- Organización Panamericana de la Salud. OPS (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*, 10th Revision.
- Pérez, M. y Graña, J. L. (2019). Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas: caso clínico. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 19, 126-153.
- Piazza, M; y Fiestas, F. (2015). Estudio transversal de uso de servicios de salud mental en cinco ciudades del Perú. *Salud Mental*, 38, (5), 337-345.
- Ramal, J. (2021). *Frecuencia y características clínicas de adultos con Trastorno de pánico e hipermovilidad articular Comórbida*. [Tesis de especialidad. Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio repositorio.upch.edu.pe
<https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9451>
- Ríos, R. (2019). *Perfil clínico epidemiológico del Trastorno de Ansiedad en Adolescentes. Hospital Regional Docente de Trujillo 2008 – 2018* [Tesis de licenciatura. Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio UCV
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/40321>
- Rodriguez, M. (2020). Uso de Prescripciones paradójales en trastornos de pánico y agorafobias: un estudio de revisión. *Revista Calidad de vida y salud*. 13, (2-17).

- Rosas, J., Villanueva, A., y Pantani, F. (2019). Frecuencia de depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima, Perú. *Rev. Neuropsiquiatría* 82, (3).
- Salinas, C. (2018). *Eficacia del modelo de Terapia Breve estratégica en el tratamiento de trastornos de Ansiedad*. [Tesis de licenciatura. Universidad Autónoma de Nuevo León]. Repositorio UANL <http://eprints.uanl.mx/17360/>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R., Sánchez C., y Santed, M. (2004). Cuestionario de pánico y agorafobia (CPA) *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 9, (2).
- Sandín, B. (2009). *Teorías sobre los trastornos de Ansiedad. Manual de Psicopatología*. Mac Graw-Hill.
- Sattel, H., Lahmann, C., Gundel, H., y Guthrie, E. (2018). *Psicoterapia interpersonal psicodinámica breve para pacientes con trastorno multisomatomorfo: ensayo controlado aleatorizado*. Cambridge University Press.
- Schaefer, H., y Rubí, P. (2015). Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 1(53), 7.
- Urrútia, G., y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507-511.
- Vallefuoco, I., Catenacci, E., Bielli, A., Ciabatti, M., Marinaccio, EP, ... y Bressi, C. (2010). *Terapia cognitivo-conductual grupal (TCC) y psicoterapia psicodinámica individual breve para el trastorno de pánico: un estudio experimental*. Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Psicoterapia Médica.
- Wainer, A. (2012). Estudios de caso único en el campo de la investigación actual en psicología Clínica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 16, (2), 214-222.

VII. Anexos.

Anexo A

Consentimiento Informado

El propósito de este documento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol, como participantes, en ella. La presente investigación es conducida por la alumna de la Segunda Especialidad en Terapia familiar sistémica, Nely Ruiz, Díaz. La meta de este estudio es describir la aplicación de la psicoterapia breve sistémica como una alternativa psicoterapéutica en la resolución de los trastornos de pánico con o sin agorafobia. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá participar en las entrevistas, las cuales tienen una duración de aproximadamente 50 minutos. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la ficha de datos demográficos y a los Cuestionarios serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante el cuestionario le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas. El correo de contacto es:

Desde ya, agradezco su participación.

Firma de la alumna

Fecha

Anexo B

Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA)

Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA)

B. Sandín y P. Chorot (1997)

Nombre..... Edad..... Sexo: Mujer Hombre

La crisis de angustia no es un estado general de ansiedad o nerviosismo que todos experimentamos en ciertos momentos o situaciones, como por ejemplo las preocupaciones por el trabajo o los estudios, o la ansiedad normal ante un examen, etc. Una **crisis de angustia** es una experiencia de **molestia o miedo** que surge de forma repentina junto a sensaciones especiales como dificultad **de respirar, taquicardia, opresión en el pecho, temblores, sudoración, mareos**, y otras reacciones semejantes.

Las crisis de angustia suelen ser más frecuentes en unas personas que en otras, y también en unas personas se manifiestan de forma más intensa que en otras. Así, por ejemplo, mientras que en unos casos la crisis de angustia puede estar acompañada de muchos Síntomas como los indicados, e incluso de intenso miedo o terror, en otros casos las personas sólo experimentan la sensación repentina de **molestia** y únicamente **uno o dos síntomas** como los indicados.

1. ¿Cuántas crisis de angustia recuerda haber tenido en su vida?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ó más

En el caso de que no haya tenido nunca ninguna crisis de angustia, pase a la pregunta nº 30 y continúe

2. Por favor, indique con qué intensidad suele experimentar cada uno de los siguientes Síntomas durante sus crisis de angustia (marque el 0 si no ha experimentado el síntoma):

	Ninguna	Poca	Bastante	Mucha	Muchí/- sima
1. Miedo	0	1	2	3	4
2. Molestia o malestar.....	0	1	2	3	4
3. Latidos fuertes o rápidos del corazón	0	1	2	3	4
4. Sudores	0	1	2	3	4
5. Temblores o sacudidas de brazos o piernas.....	0	1	2	3	4
6. Sensaciones de falta de aire, ahogo o asfixia....	0	1	2	3	4
7. Sensación de atragantarse	0	1	2	3	4
8. Dolor o molestias en el pecho	0	1	2	3	4
9. Sensación de vómitos o malestar en estómago ...	0	1	2	3	4
10. Vértigos, mareos o sensación de inestabilidad..	0	1	2	3	4
11. Sensación de irrealidad o de estar en un sueño..	0	1	2	3	4
12. Miedo a perder el control	0	1	2	3	4
13. Miedo a volverse loco/a	0	1	2	3	4
14. Miedo a morir	0	1	2	3	4
15. Hormigueo o adormecimiento en cara, manos o pies	0	1	2	3	4
16. Escalofríos o sofocaciones (reacciones de frío o calor)	0	1	2	3	4
17. Sensaciones de desmayo	0	1	2	3	4

Figuras

Figura 1

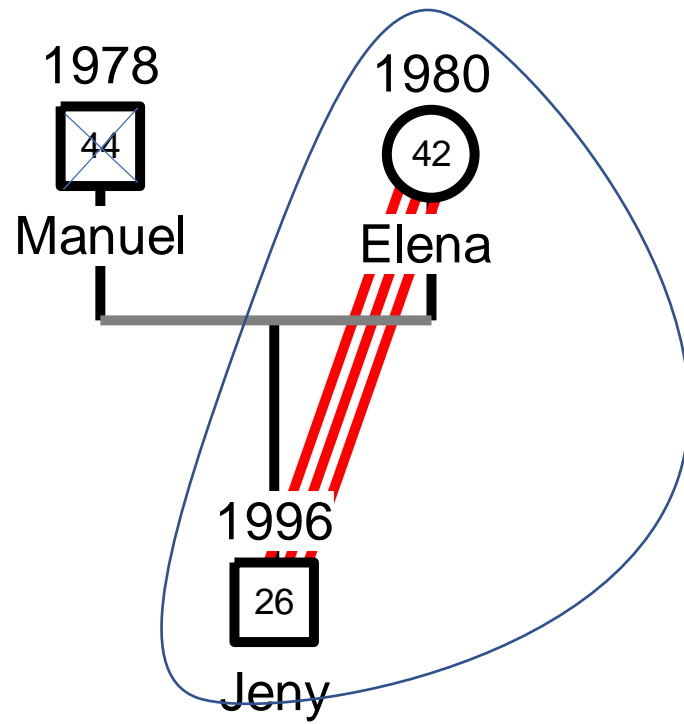
Genograma Pre- sesión.

Figura 2*Genograma Pos-sesión*