Ataque de Pánico: un abordaje sistémico

Eduardo H. Cazabat

Resumen
La terapia sistémica y algunos malos entendidos
Contexto histórico de la Terapia Breve Estratégica
Principales características de la Terapia Breve Estratégica
Otras técnicas
Abordaje del Ataque de Pánico
Conclusiones
Bibliografía

Palabras clave: *Terapia Sistémica - Terapia Breve Estratégica - Ataque de Pánico - Trastornos de Ansiedad - Thought Field Therapy - Traumatic Incident Reduction - EMDR - Hipnosis*

Resumen: *En este trabajo se presentará primeramente una breve síntesis del modelo de Terapia Breve Estratégica. Se desarrollará seguidamente un modelo de intervención en las diferentes áreas afectadas por el Ataque de Pánico (fisiológica, cognitiva, emocional y relacional), mediante la utilización combinada de diferentes abordajes tales como TFT, TIR, EMDR e Hipnosis. Finalmente se ejemplifica con la descripción del abordaje de dos casos clínicos.*

La Terapia Sistémica y algunos malos entendidos

La expresión "Terapia sistémica" es entendida muchas veces como sinónimo de Terapia Familiar. Y "Terapia Familiar"significa para muchos la terapia en la que la familia está presente en la sesión. Éstas son verdades a medias.

Una definición más amplia y abarcadora refiere a que la Terapia Sistémica es una terapia que tiene en cuenta los contextos en los que se desarrolla el fenómeno observado, cualesquiera sean ellos: familia, escuela, trabajo, grupo de pares, empresa, etc. En particular, en la Terapia Breve Estratégica (también conocida por su lugar de origen como Terapia de Palo Alto) se parte de entender al "sistema" como aquella red de relaciones involucradas en el problema que el consultante trae a la consulta. Esto significa que no siempre la familia está presente (físicamente) en la consulta, y hasta a veces, ni siquiera

está involucrada en el problema. Para explicar mejor estas características, haré una breve reseña histórica del surgimiento de la Terapia Sistémica

Contexto histórico de la Terapia Breve Estratégica

Las características del Modelo de Palo Alto están condicionadas de alguna manera, tanto por la situación histórica como geográfica. En contraposición, p. ej. con el modelo estructural de Minuchin, desarrollado en los barrios pobres de New York, donde toda la familia vivía muchas veces hacinada en una habitación, con recursos intelectuales muy pobres, llevó a que ese modelo sea eminentemente familiar, con predominio de intervenciones directivas, y puestas en acto durante la sesión, el hecho de estar situada el campus de la Universidad de Stanford, le otorgó a este modelo una impronta muy particular. Aparatándose de la tradición en Terapia Familiar, buscó una manera de abordar los problemas de los consultantes, sin la necesidad de ver a toda la familia (dado que la mayor parte de la población consultante eran estudiantes universitarios que vivían alejados de sus familia), definiendo por lo tanto el sistema a partir de las personas involucradas en el problema presentado. Asimismo, la población de estudiantes universitarios, con su alto nivel intelectual, llevó a que lo predominante sea lo verbal y reflexivo. De hecho, una de las intervenciones centrales en este modelo, por el cual se llega al cambio es la reformulación, que ofrece al consultante un sentido diferente a una situación o conducta problemática.

Principales características de la Terapia Breve Estratégica

Los principales postulados de la Terapia Breve Estratégica, podrían ser resumidos en los siguientes puntos:

- Por qué "estratégica": ésta es una terapia orientada principalmente al cambio, y para ello el terapeuta toma una parte activa en el proceso, diseñando una estrategia, es decir una serie encadenada de maniobras para ayudar al consultante a lograr el cambio anhelado. Esto no significa que el terapeuta "empuje al cambio", sino que su acción, ya sea por medio de tareas, prescripciones, reformulaciones, desafíos, paradojas u otras herramientas, directa o indirectamente, intenta que el paciente encuentre su propio camino hacia el cambio.
- De las categorías a las conductas: la presentación de un problema en términos de categorías, tales como "fulano es ansioso"o "mengano tiene ataques de pánico", aporta poca información, dado que la ansiedad o el pánico pueden tener diferentes significados para distintas personas, y, por otro lado, es imposible evaluar cualquier progreso (o retroceso). Por tal motivo, llevamos a expresar en términos de conductas concretas y observables los problemas presentados. Por ejemplo, podemos decir que "frente a determinadas situaciones (exámenes, p.ej) fulano se pone ansioso de tal manera que no puede recordar lo que estudió", o que "los ataques de pánico de mengano consisten en palpitaciones, sudoración y miedo a morirse cuando se siente sobreexigido por situaciones laborales".

- La conductas en su contexto: "Partimos de considerar la conducta problema en su contexto, es decir mantenida por acciones de individuos de un sistema (...) que al intentar resolver una situación difícil o molesta, las fijan (intentos fallidos de solución)." (Casabianca y Hirsch). Es el típico ejemplo de aquél que está sufriendo un ataque de pánico, y, p. ej. alguien le dice "no es nada, ya va a pasar", idea que es totalmente contrapuesta a su sensación de muerte inminente, lo que lo lleva a resaltar involuntariamente aun más sus síntomas de manera de resultar más convincente en su seriedad.
- El agente de cambio: "El cambio de esa situación problema viene propuesto sólo por el/los individuo/s perturbado/s por esa situación, no desde la totalidad del sistema de relaciones que el terapeuta recorta como sistema/circuito de mantenimiento. Esto significa que el equilibrio logrado en las interacciones ha dejado de ser satisfactorio para uno o más individuos que se sienten obligados a modificar una situación problema, convirtiéndose en los potenciales agentes de cambio. Desde el terapeuta, éstos serán considerados como el 'subsistema de intervención o impacto'". (Casabianca y Hirsch). A veces sucede que quien consulta no es el que sufre el ataque de pánico, sino su mujer, que p. ej. que no soporta más las restricciones a la vida social que esto le impone, o teme porque comienza a ver síntomas de ansiedad en sus hijos.
- Del infortunio al problema: "Pero desde nuestra perspectiva, no sólo la motivación en el consultante es un requisito para poner en acción un cambio. También es necesaria la posición jerarquizada en el sentido de capacidad de influir de manera tal que las motivación se haga viable en la concreción de una diferente manera de funcionamiento del sistema de relaciones: 'querer y poder' -que no son sintónicos- son las cualidades necesarias del subsistema de impacto (...)." (Casabianca y Hirsch). Así, los problemas que exceden nuestra área de competencia e influencia, ya no son problemas sino infortunios. En el ejemplo anterior, si la que consulta es la esposa del paciente, y el paciente no está dispuesto a la consulta psicológica, quizás nuestra intervención se vea limitada a cómo puede la señora no ver restringida su vida social, o cómo proteger a sus hijos de este probable aprendizaje de la respuesta ansiosa, dado que quien tiene el poder sobre los ataques de pánico, no está dispuesto al tratamiento.
- Determinar la solución intentada: "...en las 'soluciones' ensayadas por la gente, en los modos específicos con que intentan rectificar un problema, existe algo que ayuda en gran medida al mantenimiento o exacerbación del problema. (...) Para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse sólo dos condiciones: 1) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad; 2) que cuando no se soluciona la dificultad se aplique una dosis más elevada de la misma 'solución' ". (Fisch et al.) Por lo tanto es de crucial importancia determinar cuidadosamente la solución intentada Su importancia radica, en primer lugar, en la necesidad de desechar aquellas "soluciones"que no son eficaces. "Sin saber primero qué intentos han realizado sus clientes, usted puede encontrarse en la postura de sugerirles un curso de acción que ya habían intentado ". (Herr y Weakland) En segundo lugar, se puede llegar a descubrir que ya se está intentando una solución exitosa, y que sólo hay que apoyarla o alentarla.
- La reformulación o "dónde esta Ud. parado": Cada ser humano se caracteriza por la forma en que construye y organiza en particular los acontecimientos. Esa

construcción, constituida por componentes cognitivos afectivos y conductuales, es una representación del mundo, un marco de referencia, que determina a su vez un abanico de conductas o cauces de acción posibles del sujeto. Cuando como consecuencia de ese mapa el sujeto desarrolla conductas que, repetidamente, le ocasionan frustración, es el momento de cuestionarlo. Toda psicoterapia que se precie de eficaz debe ser capaz de modificar el marco de referencia que el paciente construye para su problema, de tal manera que genere un contexto cognitivo, actitudinal y emocional en el cual el problema pierda su razón de ser, desaparezca como tal (ya sea porque cambió la conducta del consultante, o porque cambió su interpretación de los hechos). Desde la perspectiva constructivista habitualmente utilizada en terapia sistémica y cognitiva, estos cambios de los mapas del mundo se realizan a través de reencuadres, redefiniciones o reformulaciones. Según la definición del Vocabulario de Terapia Familiar de Simon, Stierlin y Wynne, el Re-encuadre "consiste en una estrategia terapéutica que produce una alteración en el modelo interno del mundo (...) que tiene el paciente o la familia. Este modelo o 'encuadre' dirige la conducta, los sentimientos y el pensamiento." Mediante esta intervención el terapeuta ofrece al consultante un sentido diferente a una situación o conducta problemática.

- 1ª Ley de Zeig o acerca de la Indirección: la 1ª ley de Jeffrey Zeig enuncia que la cantidad de "indirección" empleada por el terapeuta es inversamente proporcional a la resistencia del paciente y/o del sistema. De tal manera que en pacientes o sistemas flexibles, bien predispuestos al cambio, la sugerencia directa, una explicación o la psicoeducación pueden ser herramientas eficaces. Mientras que en los casos de sistemas rígidos, poco permeables a sugerencias, ya sea por características personales, beneficios secundarios, o estructuras cognitivas muy cerradas, el terapeuta debe hacer un trabajo más indirecto, apelando más a desafíos, prescripciones paradójicas, reformulaciones que sugieran más que indiquen.

Otras técnicas

Hasta aquí he desarrollado el modelo de Terapia Breve Estratégica. Sobre este marco, se pueden integrar otras herramientas o abordajes que potencian los resultados terapéuticos.

Los abordajes terapéuticos que en mi práctica clínica integro son (además de algunas más conocidas como la hipnosis, técnicas de relajación y de respiración):

- TFT (Thought Field Therapy o Terapia del Campo del Pensamiento)
- TIR (Traumatic Incident Reduction o Reducción de Incidente Traumático)
- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing o Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares

Estos tres abordajes fueron puestos a prueba en el año 1994 en la investigación denominada "Los ingredientes activos en el tratamiento del trauma" desarrollada por el Dr. Charles Figley del Traumatology Institute de la Florida State University. Los tres tratamientos arrojaron muy buenos resultados en el término de entre 4 y 8 horas de terapia. Se

caracterizan por ser bastante diferentes de los abordajes tradicionales. Tanto el TFT como el EMDR consisten en una serie de estimulaciones kinestésicas, visuales y/o auditivas mientras el paciente está "sintonizado" con la situación problema. La estimulación permite un procesamiento de la información almacenada en las redes neuronales, resultando en la desensibilización de las situaciones traumáticas, la reducción de la ansiedad y una reestructuración cognitiva. El TIR consiste en un procedimiento repetitivo regresivo (que a veces conduce a catarsis intensas) y que permite ir aliviando la carga emocional negativa de los recuerdos, modificando de esta manera la actitud frente a las situaciones futuras.

Abordaje del Ataque de Pánico

Podemos considerar que el Trastorno por Pánico afecta básicamente a cuatro áreas del individuo:

- Área fisiológica
- Área Cognitiva
- Área Emocional
- Área de las Relaciones

Por lo tanto, una terapia eficaz del trastorno por pánico debe contemplar estas cuatro áreas, combinando adecuadamente las distintas herramientas con que cuenta el terapeuta. Esto significa que se debe realizar un diagnóstico apropiado del impacto que el trastorno tiene en cada área, y a partir del mismo seleccionar cuáles van a ser los objetivos elegidos y la forma de abordarlos en cada paciente en particular (como veremos en los casos clínicos más adelante, no todos los pacientes necesitan las mismas intervenciones para resolver el "aparentemente" mismo trastorno)

Partimos de entender que la separación en áreas es a los efectos meramente operativos, dado que esta separación está presente exclusivamente en el dominio del observador. Es más, en algunos casos, (el de la hipnosis es el más claro), es difícil decidir si se trata de una intervención predominantemente fisiológica, cognitiva o emocional.

Detallaré a continuación el tipo de intervenciones empleadas:

- Para abordar el área fisiológica, contamos con técnicas de manejo de la ansiedad (hipnosis y auto hipnosis, técnicas respiratorias, técnicas de relajación). Todas estas están orientadas a interrumpir la retroalimentación entre el componente fisiológico de la ansiedad (p. ej. la hiperventilación, o la tensión muscular) con el aspecto emocional (la ansiedad y el miedo), provocando lo que en terapia de conducta se denomina contracondicionamiento o inhibición recíproca (es decir, es imposible estar relajado y/o respirar normalmente, por un lado, y estar ansioso al mismo tiempo)
- En el área cognitiva se utilizan, principalmente
    - La psicoeducación, que educa al consultante acerca de los mecanismos que desencadenan y mantienen los ataque de pánico. Esta información, muchas

veces brindada en colaboración con el clínico, cardiólogo, etc., permite al consultante reinterpretar sus síntomas físicos a la luz de la nueva información de tal manera que el significado atribuido originalmente a los signos y síntomas ("me estoy muriendo") se transformen en una interpretación no catastrófica (p. ej. "estoy teniendo un ataque de pánico, pero no me voy a morir"), reduciendo de esta manera la ansiedad concomitante.
    - También se utilizan registros de pensamientos, sentimientos, o hechos que anteceden en el tiempo al ataque de pánico. Las regularidades en este material proporcionan datos para la formulación de hipótesis acerca cuáles pueden ser los disparadores del ataque, o en otros casos, distraen la atención del paciente de los síntomas hacia la observación, redundando en muchas oportunidades en una disminución de los mismos.
    - Reformulaciones que reestructuran el mapa del mundo de consultante y que dan un sentido positivo al ataque de pánico (p. ej. "cada vez que Ud. tiene un ataque de pánico, su cuerpo le está indicando que está sobrecargado de stress y que tiene que parar"). Vinculado de estas manera al objetivo que se propone lograr, dotado de un sentido positivo, el síntoma proporciona entonces un impulso y al mismo tiempo un indicador, para la consecución de las metas.
- Los síntomas emocionales (ansiedad, miedo, angustia, etc.) son abordados muy eficazmente por medio de TFT (Thought Field Therapy), TIR (Traumatic Incident Reduction) o EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Estas técnicas logran, en la mayoría de los casos, desensibilizar los recuerdos traumáticos de los primeros ataques de pánico, así como neutralizar la ansiedad anticipatoria frente a las situaciones en que probablemente se desencadene el ataque de pánico, pudiendo llegar a ser en algunos casos (los más simples) la intervención más importante, si no la única.
- En el área del sistema de relaciones (qué conductas de los otros significativos ayudan a mantener el Ataque de Pánico) el terapeuta debe operar sobre todos aquellos que con sus conductas están manteniendo los síntomas. Para ello se debe bloquear la opinión de los terceros involucrados, connotandola positivamente ("cuando su señora le dice que no le pasa nada, en realidad está expresando sus deseos de verlo bien, y no minimizando lo que Ud. siente,... claro que esto a Ud. no lo ayuda y quizás podría hacer un esfuerzo por escuchar la preocupación implícita más que el texto de lo que le dice". También se ayuda a cambiar el circuito que sostiene el problema proveyendo psicoeducación a la familia (si aprenden a reconocer correctamente los signos y síntomas y sus posibles consecuencias, podrán ayudar a frenar la espiral de la ansiedad, en lugar de alimentarla con la propia). Por último, si el terapeuta pude llegar a vislumbrar que los ataques de pánico están cumpliendo una función homeostática en el sistema, debe orientarse francamente a preveer (al tiempo que utilizar) las consecuencias sistémicas de un cambio en los síntomas.

Casos Clínicos o la Economía de Recursos

Como decíamos anteriormente, el terapeuta estratégico busca provocar el cambio con el menor esfuerzo posible. Esta actitud redunda en beneficio tanto del terapeuta, como del paciente y aun más, de la entidad que paga la terapia (obra social, empresa de medicina prepaga, hospital público, o el consultante mismo, etc.) Esto significa que, una vez hecho el diagnóstico apropiado, se diseña la estrategia que minimiza el esfuerzo y maximiza los resultados. Esto puede observarse en los dos ejemplos siguientes, ejemplos extremos en el continuum de complejidad.

Caso 1: Un Sr. Muy trabajador

El Sr. Abel comenzó a sufrir de ataques de pánico poco después de cumplir 50 años. Este hecho nos sugiere una primer hipótesis de vinculación del síntoma con el ciclo de vida (cfr. Haley).

A partir de ese momento, las crisis de pánico se volvieron contingentes con problemas laborales. De todas maneras, los ataques no afectaban la realización de sus actividades, lo que nos está indicando que el síntoma no tiene una función sistémica de relevancia, y por lo tanto su remoción no provocará grandes alteraciones, ni grandes resistencias. La familia brindaba un buen apoyo emocional, no interfiriendo en el curso de los ataque de pánico. Por último, no parecía haber beneficio secundario aparente.

En este caso las intervenciones fueron:

- Psicoeducación, quitando de esta manera la carga emocional que el ataque de pánico conlleva (saber que, pese a "sentir que se muere" el paciente "sabe" que no se muere, le quita dramatismo a la escena, y por lo tanto el pánico deja de ser tal para convertirse en una molestia importante, pero molestia al fin)
- Técnicas de manejo de Ansiedad (Respiratorias, hipnosis y autohipnosis) con el fin de disminuir intensidad de la respuesta fisiológica e interrumpir el circuito de retroalimentación.
- TFT (Thought Field Therapy o Terapia del Campo del Pensamiento) para procesar el recuerdo traumático de los primeros ataques y manejar ansiedad anticipatoria frente a los próximos ataques

No fue necesario intervenir con la familia directa o indirectamente, ya que no estaban involucrados en las "soluciones" que mantenían el síntoma.

Con el curso del tiempo los ataques de pánico fueron disminuyendo en intensidad , duración y frecuencia hasta extinguirse casi naturalmente.

Caso 2: Una Señora de su hogar

Los ataque de pánico de Alba comenzaron cuando su matrimonio comenzó a andar mal, y a partir de allí continuaron de manera contingente con problemas matrimoniales. Esto está indicándonos una alta funcionalidad en el sistema familiar, y por lo tanto podemos anticipar una alta resistencia al cambio

El síntoma alteraba totalmente su vida normal y la de su familia nuclear y extensa (la suegra, p. ej. se había involucrado totalmente en el tema, al punto de que la paciente no podía salir de su casa sin su compañía). El problema provocaba enfrentamientos con el marido Estos son datos que apuntan en el sentido de la resistencia al cambio, desde el momento en que muchos actores se encuentran implicados en el circuito del ataque de pánico, en el que han ganado posiciones que difícilmente quieran abandonar voluntariamente.

El beneficio secundario era evidente, desde el momento en que, cualquier resolución de la crisis matrimonial quedaba aplazada por la "enfermedad" de la señora, sintiéndose ella justificada de esta manera en su posición de inmovilidad. Es decir, que todos los datos apuntaban a la dificultad de la resolución de este caso. Por último, el marido se negaba a concurrir a cualquier forma de terapia, por lo que la maniobrabilidad del terapeuta se veia reducida a intervenir exclusivamente sobre la paciente identificada.

La intervenciones utilizadas fueron:

- Psicoeducación sobre el mecanismo del ataque de pánico, para disminuir el temor intrínseco al ataque.
- Aproximación más indirecta promoviendo autonomía, trabajando
    - las desventajas del cambio ("si vos mejorás ... qué pasará con tu matrimonio?"),
    - desafíos ("vos te estás sacrificando por la tranquilidad de tu marido, pues él sabe que, en medio de la crisis que atraviesan, siempre le vas a ser fiel, ... pues acompañada por tu suegra no te queda otro remedio...")
    - ir despacio (frente a cada progreso, "no te apresures, te conviene ir despacio, pues las consecuencias de tus progresos pueden ser imprevisibles"). De esta manera se transformaba su progreso en algo voluntario, graduado a voluntad, y en consonancia con su deseo de preservar su matrimonio.

Todas estas intervenciones estaban orientadas a promover su reacción en el sentido de la rebelión frente al síntoma y a su función sistémica

Se incluyó medicación para atenuar los síntomas del ataque de pánico

Poco a poco estas intervenciones fueron promoviendo la autonomía de la paciente (que p. ej. logró terminar una carrera universitaria que tenía abandonada hacía años), decreciendo los ataques de pánico, despejando de esta manera el campo para enfrentar la crisis matrimonial desde una posición de paridad y de mayor fortaleza.

Conclusiones

El trastorno por pánico debe ser abordado desde una perspectiva multidisciplinaria, con una actitud abierta de parte del psicoterapeuta, para incorporar nuevos abordajes a su marco teórico. Las nuevas técnicas detalladas en el presente artículo han demostrado ser extraordinariamente eficaces en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Sin embargo, resulta necesario señalar que estos abordajes deben ser incorporados en el marco de una visión psicoterapéutica integral. De otra manera, cualquier técnica de manejo y reducción de ansiedad (sea ésta alguna técnica psicológica o medicación) puede llegar a ser inoperante y hasta iatrogénica si no se tiene en cuenta el impacto sistémico de tales intervenciones.

Bibliografía

Casabianca, R. y Hirsch. H., Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo MRI. Universidad Nacional del Litoral. 1989.

Cazabat, Eduardo. **Terapia Breve Estratégica o El Modelo de Palo Alto**. En Prensa.

Cazabat, Eduardo y Benchetrit, C.. **Qué es el stress y cómo combatirlo**. Comunicaciones Año 1 Nº 2, octubre de 1996

Cazabat, Eduardo y A.Urretavizcaya. **La Reformulación panorámica**. **Sistemas Familiares**, Año 12, Nº 1, Abril de 1996

Cazabat, Eduardo. **Una experiencia piloto de trabajo comunitario**. **Sistemas Familiares**, Año 7, N* 2, Agosto de 1991.

Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L., La táctica del cambio. Barcelona, Herder, 1982.

French Gerald y Harris, C.: Traumatic Incident Reduction. Boca Raton (FL,) CRC Press. 1999

Gallo, Fred: Energy Psychology: Explorations at the Interface of Energy, Cognition, Behavior and Health. Boca Raton (FL) CRC Press. 1999

Haley, Jay. Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson. Bs. As., Amorrortu, s/f

Hirsch, H. y Rosarios H., Estrategias psicoterapéuticas institucionales. La organización del cambio. Bs. As., Nadir, 1987.

Hirsch, H. y Berezosky, I., "Construcción de redefiniciones: base de todo proceso terapéutico", en H. Hirsch y H. Rosarios, Estrategias psicoterapéuticas institucionales. La organización del cambio. Bs. As., Nadir, 1987. páágs. 45-53

Simon F. B., Stierlin H. y Wynne L. C., Vocabulario de terapia familiar. Bs. As., Editorial Gedisa. 1988.

Schapiro Francine: Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures. New York, Guilford Press, 1995

Watzlawick, P., Weakland J. y Fisch, R,. Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona, Herder. 1976