

Abordaje de un caso con trastorno de pánico desde el enfoque de terapia breve estratégica

Approach to a case of panic disorder from the strategic brief therapy perspective

Lucy Carbajal Burgos

Psicoterapeuta en el Centro de Psicoterapia Breve Estratégica. Perú.

lumacb40@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-5198-1562>

Fecha de recepción: 19 de noviembre de 2022

Fecha de aceptación: 8 de enero de 2023

Fecha de publicación: 1 marzo de 2023

Como citar: Carbajal-Burgos, L. (2023). Abordaje de un caso con trastorno de pánico desde el enfoque de terapia breve estratégica. *KIRIA: Revista Científica Multidisciplinaria*. 1(1), pp. 46-55. <https://doi.org/10.53877/nw9bv682>

RESUMEN

El modelo evolucionado de terapia breve estratégica de Giorgio Nardone es una psicoterapia que actualmente se considera que demuestra una alta eficacia y eficiencia para una variedad de trastornos emocionales. El ataque de pánico es la forma más grave de un trastorno de ansiedad; es bastante común y muy incapacitante; sin previo aviso quién lo padece empieza a tener miedo, pánico, sensación de muerte inminente, aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial. Acompañado de sensación de mareos, náuseas, dolor en el pecho, dificultad para respirar, sudor frío, entre otros; Con el paso de los minutos, estas sensaciones van disminuyendo hasta desaparecer por completo, pero nos dejan con la sensación de que en cualquier momento se producirán, lo que nos hace incapaces de llevar una vida normal. La terapia breve estratégica ha demostrado eficacia y eficiencia en el tratamiento de los trastornos de pánico. El objetivo de la presente investigación es aplicar la terapia breve estratégica a un caso de trastorno de pánico. Metodología: Cualitativa con intervención terapéutica en un diseño de caso único. Resultados: Se evidencia una remisión de los síntomas clínicos del trastorno de pánico. Conclusiones: La aplicación de la terapia breve estratégica demostró ser exitosa en el tratamiento del trastorno de pánico.

PALABRAS CLAVE: ataque de pánico, psicoterapia, psicoterapia breve estratégica.

ABSTRACT

Giorgio Nardone's evolved model of strategic brief therapy is a psychotherapy currently considered to demonstrate high efficacy and efficiency for a variety of emotional disorders. Panic attack is the most serious form of an anxiety disorder; it is quite common and very disabling; without prior notice, whoever suffers from it begins to have fear, panic, a feeling of imminent death, increased heart rate and blood pressure. Accompanied by feelings of dizziness, nausea, chest pain, shortness of breath, cold sweat, among others; As the minutes go by, these sensations diminish until they disappear completely, but they leave us with the feeling that they will occur at any moment, making us unable to lead a normal life. Strategic

brief therapy has shown efficacy and efficiency in the treatment of panic disorders. The aim of this research is to apply strategic brief therapy to a case of panic disorder. Methodology: Qualitative with therapeutic intervention in a single case design. Results: A remission of the clinical symptoms of panic disorder is evidenced. Conclusions: The application of strategic brief therapy proved to be successful in the treatment of panic disorder.

KEYWORDS: panic attack, psychotherapy, brief strategic psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

La terapia breve estratégica modelo evolucionado de Giorgio Nardone, está considerada en la actualidad como una psicoterapia que evidencia una alta eficacia y eficiencia, en una variedad de trastornos emocionales (Bartoli y De la Cruz Gil, 2023).

Los trastornos mentales a nivel mundial representan una gran carga para los sistemas de salud siendo la mayor parte de ellos diagnosticados en etapas avanzadas de su cadena de eventos psicopatológicos. La ansiedad es un síntoma muy común en la mayoría de las personas; cuando se presenta sin un desencadenante previo constituye un trastorno (Asociación Americana de Psiquiatría APA, 2013). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V distingue varios trastornos de ansiedad: trastorno de angustia, agorafobia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada. La ansiedad es un síntoma muy común en la mayoría de las personas; todos en algún momento de nuestras vidas hemos sentido ansiedad en respuesta a numerosos eventos, pero en algunas ocasiones la ansiedad se presenta también sin un desencadenante aparente; la ansiedad tiene un fin determinado, la supervivencia del individuo; cuando nos enfrentamos a un peligro nuestro organismo se prepara para defenderse o para huir, es decir, se prepara para sobrevivir (Bados, 2015). Entre los cambios que se producen para esta supervivencia hay físicos y psicológicos. Los físicos incluyen incremento de la frecuencia cardíaca y del flujo sanguíneo hacia los músculos esqueléticos, tensión muscular; piel fría por disminución de la circulación sanguínea a este nivel; incremento de la presión arterial; sensación de mareo, náusea, etc.; entre las sensaciones psicológicas podemos contar la sensación inicial de miedo que nos moviliza para alejarnos del peligro. La sensación más intensa de pánico y la sensación de muerte inminente, es decir, de que en ese preciso momento podemos morir todos. Las sensaciones anteriores sirven, como hemos dicho, para movilizarnos y alejarnos del peligro, para sobrevivir; pero cuando todas estas respuestas ocurren en situaciones que no lo requieren, entonces empezamos a hablar de un trastorno de ansiedad.

El trastorno de angustia (o trastorno de pánico) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprehensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. El trastorno de pánico es un trastorno frecuente en la consulta de primer nivel, sin embargo, hasta un 50% de los pacientes no son diagnosticados; es muy importante conocerlo y diagnosticarlo adecuadamente ya que es un trastorno invalidante, que aísla al paciente de su entorno y actividades habituales, causándole gran sufrimiento (APA, 2013). Pero cuando ya se trata de un trastorno de ansiedad los síntomas pueden ir en aumento; inicialmente podemos sentir ansiedad de baja intensidad en situaciones determinadas, posteriormente esta ansiedad incrementa en gravedad hasta volverse pánico; y las situaciones se extienden a otras similares, es decir, que si inicialmente nos producía ansiedad caminar solos de noche, después ya nos produce ansiedad el solo hecho de salir a la calle, agravándose los síntomas hasta tener una verdadera crisis de pánico.

La crisis de pánico es la forma más grave de un trastorno de ansiedad; es bastante frecuente y muy incapacitante; sin previo aviso comenzamos a tener miedo, pánico, sensación de muerte inminente, se eleva la frecuencia cardíaca y la presión arterial, sentimos mareos, náuseas, sensación de dolor en el pecho, falta de respiración, sudoración fría, entre otros; al paso de los minutos estas sensaciones van disminuyendo hasta desaparecer por completo, pero nos dejan la sensación de que ocurrirán en cualquier momento, lo que nos incapacita para llevar una vida normal. La terapia breve estratégica ha demostrado eficacia y eficiencia en el tratamiento de los trastornos de pánico (Bartoli y De la Cruz, 2023). El modelo se caracteriza por ser cibernético constructivista, en donde no existe una realidad objetiva independiente del observador (De la Cruz Gil, 2021a; Ceberio y De la Cruz Gil, 2023a). Los aportes epistemológicos del constructivismo, la cibernética y el pensamiento de Humberto Maturana influyen en el modelo en su forma de abordaje distinguiéndolo de otras escuelas psicoterapéuticas (De la Cruz Gil, 2023; De la Cruz Gil y Bartoli, 2023).

El objetivo de la presente investigación es aplicar el modelo de terapia breve estratégica con un caso de trastorno de pánico.

MÉTODO

La presente intervención terapéutica se enmarca en un tipo de investigación cualitativa, de estudio de caso único no controlado. En donde se describen las cualidades del fenómeno a estudiar, siendo un reporte narrativo del terapeuta (Roussos, 2007). El objetivo se centra en valorar los efectos del tratamiento e intervención con psicoterapia breve estratégica en un caso de trastorno de pánico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente varón de 34 años de edad; antecedentes personales. Inicia con episodios de ansiedad intensa acompañados de sintomatología diversa: “empiezo a tener miedo, a querer salir corriendo, no puedo respirar bien, me pongo frío, empiezo a sudar, me duele el pecho y mi presión se sube, también empiezo a temblar, siento como si me fuera a dar un infarto, como si me fuera a caer muerto en ese momento; esto se siente más fuerte en unos minutos y luego poco a poco comienza a desaparecer, hasta que ya me siento bien, pero me queda una sensación rara, como que me va a suceder otra vez en cualquier momento”. Lo anterior forma parte de la descripción que hizo el mismo paciente de los síntomas que había sentido; estos episodios se habían presentado por lo menos en tres ocasiones durante el último mes; no tenían un factor desencadenante obvio.

Fue evaluado por el médico quien solicita electrocardiograma que resultó normal, así como pruebas de laboratorio básicos, resultando también dentro de la normalidad; no se encontraron datos de enfermedad cardiovascular ni de otro tipo. Posteriormente, fue evaluado por un neurólogo quien le manifiesta que todo está bien. Fue evaluado por un psiquiatra para su valoración y tratamiento; no se encontraron antecedentes de enfermedades psiquiátricas en la línea familiar; se encontró personalidad previa ansiosa y aprehensiva. En el examen psiquiátrico se encuentra sin síntomas de importancia, un poco ansioso; se diagnostica Trastorno de pánico y se inicia tratamiento a base de sertralina 50mg/día y alprazolam 2mg/día. Con el tratamiento anterior la evolución fue adecuada, no se presentó una nueva crisis, por lo que continuará con el mismo por lo menos durante 3 meses.

Así mismo después de cada episodio le queda la sensación de que pronto ocurrirá de nuevo, tiene temor a salir a la calle, hacer algún deporte por la posibilidad de un nuevo ataque, se ha aislado en su hogar, donde se siente protegido.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Paciente varón de 37 años, estado civil casado, de ocupación barbero y agricultor.

MOTIVO DE CONSULTA:

Asistió a la consulta por presentar un cuadro clínico de 8 meses de evolución caracterizado por episodios de ansiedad de inicio súbito, sin evento desencadenante aparente y acompañados de disnea, temblor en las extremidades, desrealización, parestesias en los miembros superiores, diaforesis y sensación de muerte inminente.

HISTORIA DEL PROBLEMA:

Se trata de un paciente de 37 años con un cuadro clínico de 8 meses de evolución cuyas características cumplen con la totalidad de criterios diagnósticos de la tercera edición revisada del Manual Diagnóstico DSM 5 para el trastorno de pánico, más de un episodio de ansiedad de inicio súbito. Inesperado y sin una situación desencadenante aparente, un periodo inicial de crisis de ansiedad cada 8 días, con posterior incremento en su frecuencia: cada tercer día. Durante los periodos presento expectación aprensiva ante la posibilidad de sufrir otras crisis, durante las crisis presento los siguientes síntomas: disnea, temblor, sudoración, desrealización, parestesias, dolor precordial, y sensación de muerte inminente; los síntomas aumentaban progresivamente en intensidad en un corto periodo de tiempo: cinco minutos. No se evidenció un factor orgánico que iniciara o mantuviera la alteración.

El paciente, venía padeciendo ataques de angustia episódicos recidivantes desde el año 2022, sobre todo cuando se encontraba con algún problema de índole familiar. Las crisis comenzaron tras el fallecimiento de su abuelo, con el cual había tenido supuestamente una relación especial, ya que siempre había sufrido los problemas de relación de sus padres. Más o menos al mismo tiempo su tía le quita sus terrenos que tenía. Esto acrecentó aún más sus crisis de angustia. Por lo demás, refirió que gozaba de buena salud, no fumaba ni bebía alcohol, aunque descuidaba las comidas por motivos de tiempo. Dormía bien, necesitaba de 7 a 8 horas de sueño diarias, en caso contrario no se encontraba en forma.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO SINTOMÁTICO:

El paciente manifiesta que los síntomas aumentaban progresivamente de intensidad en cinco minutos y permanecían durante una hora, cediendo en forma espontánea. Durante ese lapso permanecía inquieto, intentando calmar de alguna forma los síntomas. Inicialmente, estos episodios se presentaban cada ocho días. Posteriormente se hicieron más frecuentes e intensos. Por este motivo el paciente consulta a muchos médicos, quienes después de realizar un examen minucioso y los exámenes pertinentes, los cuales siempre resultaban normales, le comentaban al paciente que se trataba de "sus nervios" y que "debe tranquilizarse", y que debe buscar a un psicoterapeuta para que le pueda ayudar con su problema además la descripción del comportamiento sintomático, se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprehensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente; es una patología frecuente, desagradable y, a menudo, invalidante; para diagnosticar la crisis no pueden obedecer a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de un trastorno médico. Una crisis de angustia se caracteriza por la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos; la crisis se inicia de forma brusca y alcanza su

máxima expresión con rapidez, en 10 min o menos, acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

A continuación, se detallan los principales síntomas de pánico y la interpretación distorsionada de los mismos:

- Taquicardia, palpitaciones: el pensamiento catastrófico que surge frente a estos síntomas podría ser, “voy a morir”, “tengo un infarto”. La realidad indica que frente a un peligro real (o imaginario), el corazón se acelera para enviar mayor cantidad de sangre a las zonas implicadas en la reacción de alarma y así prepararnos para el ataque o la huida.
- Ahogo, falta de aire: Es común pensar, “me voy a asfixiar”, “no puedo respirar, me ahogo”. La experiencia clínica muestra que nadie ha muerto de asfixia u ahogo durante una crisis de pánico, por el contrario, aumenta el oxígeno en la sangre como resultado de la hiperventilación. La respiración no es una función voluntaria, sino automática, es decir, va a respirar piense o no piense en cómo hacerlo, incluso seguirá respirando aun dormido o inconsciente.
- Mareos: “siento que me voy a desmayar”. La gente casi nunca se desmaya durante una crisis de pánico, porque la tensión arterial tiende a subir y no a bajar. Por otro lado, al tensar las cervicales como consecuencia del miedo a las sensaciones, disminuye el flujo de sangre a la cabeza, generando los mareos.
- Opresión o dolor en el pecho: El pensamiento, “tengo un ataque cardíaco”, responde a que los músculos intercostales se tensan debido a la hiperventilación o a mantener los pulmones demasiado llenos de aire. Las contracturas cervicales o dorsales irradian el dolor en la zona.
- Hormigueo en las extremidades: “me siento muy débil” “siento que me acalambro”, “se me durmieron las manos”. Son sensaciones que responden a la existencia de una mayor afluencia de sangre en los lugares que podrían ser necesarios, dejando al resto del cuerpo con un menor riego sanguíneo. De este modo, si el peligro fuera real y usted fuese herido estaría menos propenso a desangrarse.
- Náuseas o molestias abdominales: “voy a vomitar”, “me descompongo”. Responde a efectos normales de la ansiedad en el sistema digestivo, al disminuir la misma, mejora.
- Temblor, pinchazos, parestesias: “algo no está bien”. Se debe al exceso de tensión muscular.
- Percibir las cosas de manera extraña: “me estoy volviendo loco”, el tener sensaciones extrañas y el sentimiento de estar perdiendo el control suele ocurrir en todas las personas. Esto es diferente a la pérdida de contacto con la realidad a largo plazo. Por otro lado, la hiperventilación disminuye la cantidad de oxígeno en el cerebro. Se dilatan las pupilas aumentando así la visión periférica para facilitar la percepción de posibles peligros.

Focalizar la atención en cualquiera de estas sensaciones solo aumentará la percepción de las mismas, provocando mayor ansiedad.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL COMPORTAMIENTO SINTOMÁTICO:

Los síntomas somáticos o cognoscitivos son: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo (aturdimiento), desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones.

Para que exista un trastorno de pánico es necesaria la presencia de ataques de pánico recurrente e inesperado, y que al menos una de las crisis haya sido seguida durante un mes de uno o más de los siguientes síntomas:

- inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
- preocupación por las consecuencias o implicancias de las crisis
- cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

DIAGNOSTICO OPERATIVO

La frecuencia con la que se presenta el comportamiento sintomático, es 4 veces a la semana. El lugar en dónde se manifiesta: En la sala de su casa, otras veces en mi dormitorio ¿Quiénes más participan? Cuando se presenta el síntoma participa su esposa. ¿Cuánto dura? 20 a 30 minutos. ¿Qué intensidad tiene? ISE: Del 0 a10, es 8.

ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS DE TRATAMIENTO

Nos centramos en la solución a lograr, dejamos de centrarnos en las causas del problema, para focalizarnos en la meta. En el destino que quiere lograr. La meta para el paciente es poder dormir por las noches y salir a la calle sin temor a que le vuelva a dar la crisis.

DISEÑO TERAPEUTICO:

SELECCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

Entre las técnicas que se emplearon para el proceso terapéutico se encuentran: Tarea de fórmula de la primera sesión, cartas terapéuticas: carta de despedida. Prescripciones directas, hipnosis con trance, tarea de predicción. Caminata reflexiva. Escribir cuando la mente no descansa. Técnicas de modificación de la secuencia del comportamiento sintomático.

PROCEDIMIENTO DESARROLLADO

El tratamiento se desarrolló de forma mixta presencial y virtual en un total de 15 sesiones: se tuvo 2 sesiones virtuales y las otras fueron de forma presencial, así mismo las sesiones fueron con una duración de 45 minutos y una frecuencia de una sesión semanal.

Se aplicó el diseño terapéutico ejecutando en cada sesión las técnicas de abordaje y tratamiento diseñadas para el presente caso. El paciente asistió a sus sesiones y cumplió con las prescripciones y tareas que se le brindaban. Conforme avanzaba el tratamiento se fue recuperando. Al finalizar el proceso de intervención terapéutica se obtuvo la remisión de los síntomas.

RESULTADOS OBTENIDOS:

El tratamiento fue efectivo en nuestro paciente logro conciliar el sueño en un 90% , entre las metas alcanzadas tenemos que logro manejar sus pensamientos irracionales. A través de la hipnosis y ejercicios de respiración logro contener su ansiedad menciona: "Ahora salgo a la calle con normalidad y tranquilidad y lo más importante solo porque deje de hacerlo por temor", "Disfruto de mis actividades como salir hacer deporte, me reúno con mi familia sin ese malestar de que me faltaba el aire cada vez que nos reuníamos con mi esposa"."En mi trabajo estoy con mejor ánimo, incluso pongo música lo que deje de hacer hace bastante

tiempo “,”Siento un mayor bienestar y una vida más armoniosa y tranquila, mejorando sus relaciones interpersonales y la capacidad para gestionar sus emociones y controlar el estrés”.

Se evidencia una remisión de los síntomas clínicos asociados al trastorno de pánico.

DISCUSIÓN:

En el presente caso la disposición del paciente a mejorar su situación, incluso a través de una modificación de su alimentación, constituyó un factor fundamental. El caso se trata de un trastorno de ansiedad, específicamente de un trastorno de pánico; el principal síntoma es la ansiedad o miedo de aparición espontánea, sin desencadenante previo y acompañada de una constelación sintomática que incrementa en intensidad a lo largo de varios minutos hasta desaparecer por completo; posteriormente deja como remanente ansiedad anticipatoria. Así mismo a lo largo de la evolución el padecimiento se ha complicado con agorafobia o miedo a salir de su casa, lo cual ha traído como consecuencia el aislacionismo del paciente, abandonando todas sus actividades habituales. Con el tratamiento ha tenido una evolución favorable; este se inició con un inhibidor de la recaptura de serotonina (sertralina a dosis de 50mg/día) y una benzodiacepina de alta potencia (alprazolam 2mg/día); se mantiene el tratamiento por espacio de 6 meses, que según los estudios es el tiempo mínimo necesario para la remisión del padecimiento. La psicoterapia en general en los últimos años ha demostrado eficacia en una variedad de trastornos emocionales incluso más que el tratamiento farmacológico (Ceberio y De la Cruz, 2023b; Segovia y De la Cruz, 2023).

Respecto a este caso en particular, podemos señalar que la intervención ha tenido un efecto relevante a nivel terapéutico, se evidencia un notable cambio producido en el paciente evidenciándose tanto en los reportes de la ficha de auto registro. El paciente manifiesta la remisión de la sintomatología ansiosa, un mayor bienestar y una vida más armoniosa y tranquila, mejorando sus relaciones interpersonales y la capacidad para gestionar sus emociones y controlar el estrés.

A la luz de los resultados evidenciados a nivel clínico en el presente caso, se encuentra una similitud con la hipótesis que sostienen algunos autores de que los pacientes que tienen ansiedad generalizada tienen dificultades para controlar sus preocupaciones y una facilidad para imaginar sucesos indeseados (Avia, 1999; Ferrer, 2002; Fulton, et al. 2011).

Para el presente caso las estrategias utilizadas fueron la prescripción paradójica del síntoma y las prescripciones directas que tuvieron por objetivo modificar la estructura del problema, introduciendo cambios en la secuencia cibernética del síntoma ansioso y por lo tanto alterando el trastorno. De esta manera el paciente experimentó de forma práctica que el cambio se estaba generando, modificando la estructura de soluciones intentadas que mantienen el comportamiento sintomático. Desde esta perspectiva es la solución la que se adapta al problema siendo la estrategia la que se adapta al objeto de estudio (Nardone y Watzlawick, 2012) en una relación de reflexión y evolución conjunta entre terapeuta y paciente (De la Cruz, 2021b). El tratamiento para el presente caso aplicando el modelo de terapia breve estratégica tuvo relevancia clínica, lo que estaría relacionado con otros estudios que señalan que la terapia breve estratégica ha resultado eficaz y eficiente en el abordaje terapéutico de estos padecimientos (Nardone, 2020; Rakowska, 2011). Coincidiendo adicionalmente con la literatura existente que señala un 95% de eficacia de la terapia breve estratégica para los trastornos de ansiedad, fobias y ataques de pánico (Nardone y Balbi, 2018).

Por otro lado, desde la psicoterapia breve estratégica se considera que los problemas se mantienen debido a los intentos fallidos de solución que la persona ha realizado y que lleva al sujeto a generar patrones repetitivos de comportamiento que lejos de solucionar el

problema paradójicamente lo mantienen, creando ciclos Interaccionales de autopropagación, al interrumpir estos comportamientos cesa el círculo vicioso que lo mantiene (Shaefer y Rubí, 2015). Busca alcanzar el objetivo trazado con el consultante, centrándose en el presente. Desarrollando acciones que busquen lograr los objetivos terapéuticos. El gran desarrollo teórico en el campo estratégico ha permitido trascender el campo clínico, llevándolo a constituir una verdadera escuela de pensamiento, abarcando ahora diversos campos como el management, la dirección, el coaching, el desempeño deportivo, las organizaciones, el liderazgo, el campo educativo entre otros. La terapia breve estratégica ha demostrado eficacia y eficiencia en diversos ensayos clínicos controlados. En sus protocolos terapéuticos no utiliza ni incorpora el uso de fármacos. El número reducido de sesiones y su amplia eficacia en diversos trastornos emocionales le permiten tener relevancia clínica.

De esta forma para identificar la estructura del problema se debe conocer qué personas intervienen e interaccionan, la secuencia de comportamientos, la intensidad, frecuencia y el contexto en el cual se presenta el problema y en general todas las soluciones intentadas por el paciente para dar solución al problema (De la Cruz, 2008).

CONCLUSIONES:

La terapia breve estratégica es un modelo no normativo, concibe a los problemas humanos como el resultado de las interacciones entre la persona y su realidad; pasando del estudio del por qué al estudio del cómo funciona el problema. Busca intervenir modificando una realidad a partir de la intervención sobre esa realidad. Se basa en la presuposición que para resolver los problemas humanos no es necesario estudiar las causas ni buscar el origen del problema, sino que se debe poner el foco en el funcionamiento del problema. De esta manera se conoce el problema a partir de su solución, siendo la solución la que se adapta al problema.

La atención terapéutica del presente caso de trastorno de pánico fue exitosa ya que se lograron los objetivos terapéuticos trazados demostrando una remisión de los síntomas clínicos. El número de sesiones aplicadas nos evidencian además un tratamiento eficiente. Si bien las conclusiones de este estudio son exitosas y demuestran la eficacia y eficiencia de la terapia breve estratégica, son limitadas dado que solo se aplican al paciente en mención y no pueden ser generalizadas, serían necesarios y es recomendable la realización de otros estudios experimentales en esta misma línea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Avia, M. D. (1999). The development of illness beliefs. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 199-204
- Bados, A. (2015). Trastorno de ansiedad generalizada: Guía para el terapeuta. Síntesis.
- Bartoli, S., y De la Cruz, R. (2023). Epistemología, historia y fundamentos de la Terapia Breve Estratégica. El Modelo de Giorgio Nardone. *Papeles del Psicólogo*, 44(1), 35-43. <https://n9.cl/gga6qi>
- Ceberio, R. M., & De la Cruz Gil, R. (2023a). Objetividad y causalidad en la biología cognitiva de Humberto Maturana. Su influencia en la psicoterapia breve. *Diálogos Abiertos*, 2(1), 27-48. <https://doi.org/10.32654/DialogosAbiertos.2-1.3>
- Ceberio, M. R., & De la Cruz, R. (2023b). Eficacia de la psicoterapia en comparación con la terapia farmacológica en el tratamiento de la hipocondría o ansiedad por la enfermedad.

- Revista Científica Retos De La Ciencia, 7(15), 100-111.
<https://doi.org/10.53877/rc.7.15.2023070110>
- De la cruz, R. (2008). Violencia intrafamiliar. Enfoque sistémico. Trillas.
- De la Cruz Gil, R. (2021a). Epistemología sofista y su influencia en la Terapia breve Estratégica. Modelo Nardone. Límite Revista interdisciplinaria de Filosofía y Psicología, 16,1-9.
- De la Cruz Gil, R. (2021b). Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia breve estratégica. Revista Científica Retos De La Ciencia, 5(11), 77-85.
<http://dx.doi.org/10.53877/rc.5.11.20210701.08>
- De La Cruz Gil, R. (2023). Abordaje e intervención terapéutica en psicoterapia breve cibernético - constructivista. Revista Científica Retos De La Ciencia, 7(15), 74-86.
<https://doi.org/10.53877/rc.7.15.2023070108>
- De la Cruz Gil, R., & Bartoli, S. (2023). Influencia de la epistemología de Humberto Maturana en la psicoterapia breve, la cognición 4E y la salud mental. Ciencia y Psique, 2(3), 189-205. <https://doi.org/10.59885/cienciaypsique.2023.v2n3.08>
- Ferrer, A. (2002). La preocupación, mal de nuestros días. Psicología desde el Caribe, 9. 76- 88.
- Fulton, J.J, Marcus, D.K, y Merkey, T. (2011). Irrational health beliefs and health anxiety. Journal of Clinical Psychology. 67(6), 527-538.
- Gabbard, G. Trastornos de ansiedad. En Gabbard, G; Tratamientos de los trastornos psiquiátricos; 1ª edición: Editorial Ars Médica; 2009. P. 156-167.
- Gelder M; López J; Andreasen N; Trastornos de ansiedad. En Tratado de psiquiatría. Tomo II. 1ª edición. Ars Médica. España; 2010. p. 935-989.
- Nardone, G. (2020). Miedo, pánico, fobias: La terapia breve. Herder.
- Nardone, G. y Balbi, E. (2018). Surcar el mar a espaldas del cielo: lecciones sobre el cambio terapéutico y las lógicas no ordinarias. Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (2018). Terapia breve: filosofía y arte. Herder.
- Nardone, G., y Portelli, C. (2017). Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica. Herder.
- Nardone, G., y Salvini, A. (2011). El diálogo estratégico. Comunicar persuadiendo: Técnicas para conseguir el cambio. Herder.
- Nardone, G., y Watzlawick, P. (2012). El Arte del cambio. Trastornos
- Rakowska, J. M. (2011). Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. Psychother Res, 21 (4).462-71.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. Revista Argentina de clínica psicológica, 16(3),261-270
- Segovia Vega, L. A., & De la Cruz Gil, R. (2023). Eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de la ansiedad social en adultos de Latinoamérica. Cátedra Villarreal, 12(2), 96-106.
<https://doi.org/10.24039/rcv20231221837>
- Schaefer, A y Rubí, P. (2015). Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social. Revista Chilena de neuro-psiquiatría. 53(1), 35-43.



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Copyright: La Fundación Internacional para la Educación la Ciencia y la Tecnologías, "FIECYT" conserva los derechos patrimoniales (copyright) de los artículos publicados, y favorece y permite la reutilización de las mismas bajo la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual

4.0 Ecuador. Se pueden copiar, usar, difundir, transmitir y exponer públicamente, siempre que: se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); no se usen para fines comerciales; se mencione la existencia y especificaciones de esta licencia de uso.

Autoría: En la lista de autores firmantes deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo. Haber colaborado en la recolección de datos no es, por sí mismo, criterio suficiente de autoría. “KIRIA” declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen.