

Acompañantes antipánico: ¿acompañantes terapéuticos?

Anti-panic companions: therapeutic companions?

Marcelo R. Ceberio

Profesor en la Universidad de Flores. Argentina.

<https://orcid.org/0000-0002-4671-440X>

Ricardo De la Cruz Gil

Profesor en el Centro de Psicoterapia Breve Estratégica. Perú

ps.ricardodelacruzgil@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8235-1028>

Fecha de recepción: 11 de mayo de 2023

Fecha de aceptación: 15 de julio de 2023

Fecha de publicación: 01 septiembre de 2023

Como citar: Ceberio, M. y De la Cruz, R. (2023). Acompañantes antipánico: ¿acompañantes terapéuticos? *KIRIA: Revista Científica Multidisciplinaria*. 1(2), pp. 16-31. <https://doi.org/10.53877/x87zmz67>

RESUMEN

Los intentos de solución fracasados constituyen uno de los principales factores que sostienen los trastornos de pánico, la agorafobia y las fobias sociales. Aunque paradójicamente están orientados a aliviar la sintomatología, terminan por intensificarla y perpetuarla en el tiempo. En el marco de una investigación sobre la aplicación de un protocolo de tratamiento sistémico para estos trastornos, se exploraron las estrategias utilizadas tanto por los pacientes como por su entorno para afrontar la problemática. A partir de una muestra de 30 pacientes y mediante la información obtenida en una primera entrevista semi-pautada, se identificaron cuatro grupos de tentativas de solución: intentos personales, intentos profesionales, intentos de acompañantes y estrategias de personas afectivamente cercanas. Este artículo se centra en los resultados y el análisis del rol del acompañante antipánico, destacando su impacto en la evolución del trastorno y su influencia en los patrones de afrontamiento del paciente.

PALABRAS CLAVE: pánico, ansiedad, miedo, acompañantes, agorafobia, intentos fracasados.

ABSTRACT

Failed attempts at solutions constitute one of the main factors that sustain panic disorders, agoraphobia, and social phobias. Although paradoxically aimed at alleviating symptoms, they end up intensifying and perpetuating them over time. As part of a study on the application of a systemic treatment protocol for these disorders, the strategies used by both patients and their environment to cope with the problem were explored. From a sample of 30 patients and using information obtained in an initial semi-structured interview, four groups of attempts at solutions were identified: personal attempts, professional attempts, attempts by companions, and strategies by emotionally close individuals. This article focuses on the

results and analysis of the role of the anti-panic companion, highlighting its impact on the evolution of the disorder and its influence on the patient's coping patterns.

KEYWORDS: panic, anxiety, fear, companions, agoraphobia, failed attempts.

INTRODUCCIÓN

El universo de la ansiedad y los miedos

Los trastornos de ansiedad, principalmente agorafobias, fobias sociales y específicas, y los ataques de pánico, son trastornos que acucian a la sociedad actual. El que el trastorno de pánico se constituya en una problemática clínica de relevancia, se debe en primer término por tratarse de una afección en creciente prevalencia, ya que cada vez es mayor el número de personas que consultan por sufrimientos relacionados con el pánico. En segundo lugar, el pánico plantea un desafío clínico para el diagnóstico y para la terapia. Por otro lado, se trata de un trastorno en el cual el éxito/fracaso de las aproximaciones terapéuticas queda a la vista muy claramente (Opazo Castro, 2006).

Los ataques de pánico se han convertido en trastornos psicopatológicos que aquejan a un gran porcentaje de personas, como también –y tal vez como resultado de ello– han cobrado una gran difusión social que en ocasiones han llegado a extralimitar criterios diagnósticos. Las estadísticas arrojan que un 30% de la población mundial padece de estas patologías en las que el miedo ocupa un rol protagónico y se estima que 1 de cada 10 personas tienen una crisis de pánico aislada a lo largo de su vida, sin que la misma vuelva a repetirse. Las mujeres presentan un riesgo dos veces mayor en comparación con los hombres y la edad promedio de aparición es de 24 años, si bien puede ocurrir en cualquier momento de la vida.

La denominación “ataque de pánico”, suele emplearse para designar la experiencia de aparición súbita de intenso miedo acompañado de síntomas fisiológicos (Belloch et al 1995). La característica relevante de una crisis de angustia o pánico es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar intenso, en ausencia de peligro real, que se acompaña de una amplia gama de síntomas somáticos o cognoscitivos (DSM-IV-TR. 2002). El inicio de un ataque de pánico se presenta de forma brusca alcanzando su máxima expresión con rapidez. La crisis de angustia se ve acompañada de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar (Cía 2002, Ceberio 2014, 2015, Chappa 2006).

Se trata de la aparición temporal o aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro, o más, de los siguientes síntomas que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos. El DSM IV enumera 13 síntomas para acreditar “Panic attack” que pueden dividirse en Neurovegetativos, digestivos, emocionales, cardiovasculares y respiratorios:

- Síntomas neurovegetativos: inestabilidad, mareo o desmayo, temblores o sacudidas, sudoración, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), escalofríos o sofocaciones.
- Síntomas digestivos: náuseas o molestias abdominales.
- Síntomas emocionales: miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca, opresión o malestar torácico.
- Síntomas respiratorios: sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse.

Entre los factores que parecen acrecentar la sintomatología, se encuentran la incertidumbre de indefinición diagnóstica, la alerta hipervigilante y el continuo auto-monitoreo corporal,

construcciones cognitivas que estructuran profecías que se autocumplen, además de un repertorio de intentos de solución que fracasan y que sostienen en el tiempo la sintomatología. Estos son algunas de las características del trastorno que lo sistematizan y lo perpetúan.

El problema e intentar resolverlos fallidamente

Los trastornos de pánico se hallan enmarcados en la categoría trastorno/ síntoma/problema. Constituyen un problema y, como todo síntoma, para su sostén se despliegan numerosos intentos de solución que fracasan. En el caso de los trastornos fóbicos, por lo general, la proximidad del objeto construye el desenvolvimiento del cuadro, de hecho, los “fóbicos” tienen una distancia límite, un espacio de “comfort” que traspasado se inicia el periplo sintomático. Quiere decir que la evitación es una forma de poder solucionar momentáneamente el problema. Mientras que, en los pánicos, una simple salida puede generar la ilación de pensamientos catastróficos y sus consecuentes conductas sintomáticas. La persona intenta al comienzo enfrentarlo, diciéndose a sí misma que ella puede superarlo, que no le va a suceder nada, que nada le puede pasar.

Pero, cognitivamente, esta es una negación de una afirmación previa, es decir, no le va a suceder porque anterior a esa negatividad piensa que le puede suceder: cuanto más se lo repite, mayor es el efecto contrario (Ceberio, 2011). Estas numerosas tentativas tienen como corolario el incremento de la sintomatología, potenciando la angustia inicial y desarrollando un aumento de la incapacidad, la impotencia, la desvalorización y la inseguridad que detonan aún más angustia. De esta manera, se abre nuevamente el círculo vicioso (Watzlawick et al, 1974; Weakland et al, 1982). Los intentos de solución fracasados constituyen el epicentro del sostén y reproducción sintomatológico, pero cabe preguntarse ¿Cuáles son los motivos por los que una persona continua a aplicar la misma fórmula a pesar de la ineffectividad?, ¿Porque se reitera y se incrementa las tentativas de solución, aunque se obtiene el resultado contrario?

Si bien la respuesta no es la finalidad de este artículo, puede afirmarse que se halla en nuestra propia estructura cognitiva. Nuestro modelo de conocimiento está patrocinado por los preceptos de las ciencias positivistas, que operan como paradigma sociocultural (Ceberio y Watzlawick, 1998), razón más que suficiente para avalar los intentos infructuosos. Ecuaciones lineales y la búsqueda de las causas, el método de descomposición de partes y la suma de estas con la ilusión de captar el todo, pensamiento binario, la lógica matemática, realidad objetiva, conforman las bases epistemológicas de un modelo clásico de conocimiento donde se aplican soluciones memorizadas y fórmulas con esquemas repetitivos (Ceberio, 2014).

Esta rigidez de los esquemas mentales que conforma el modelo cognitivo, del cual se es cautivo, impide ejercitar la creatividad y exceder los límites de las fronteras mentales. El hemisferio izquierdo, racional y lógico, es el que predomina en el análisis de la situación para una probable solución. Mientras que el derecho, creativo y más emocional, se relega cuando es el momento que más hay que activarlo. Nuestro cerebro sistematiza no solo contenidos sino procesos, más precisamente formas de procesar la información y una de las bases de la resolución de problemas es el uso de la lógica racional, cuando los problemas humanos están regidos principalmente por las emociones.

En la labor terapéutica, entonces, se desarticulará (redefiniendo por medio de intervenciones o prescripciones) la visión y el circuito que sostiene el problema-queja. Las soluciones intentadas, si son sostenedoras y agravantes, el terapeuta tratará de dismantelar el más de lo mismo, bloqueando así, en principio, la recurrencia originada por las tentativas

ineficaces. Apelaré al recurso de la creatividad, para colocar en su lugar una nueva opción que posibilite la ruptura de la redundancia (Ceberio, 2011).

Los problemas bajo este modelo son vistos como una “conducta-problema” persistente, de modo que cualquier comportamiento que es traído a terapia consiste en una conducta (problema) que persiste a pesar de los esfuerzos por eliminarla. Este problema se manifiesta como un círculo vicioso, que involucra un feed-back positivo entre el comportamiento “equivocado” y los intentos de solución inapropiados por deshacerse de él. Así el objetivo principal del tratamiento es interrumpir este círculo vicioso que mantiene el problema.

La confrontación de estos mecanismos y procesos que sostienen los intentos de solución errados se produce mediante la paradoja, como en los trastornos de pánico, cuya opción es una alternativa diferente a los intentos fracasados -que en términos cibernéticos son acciones correctoras homeostáticas-, que genera la desviación de la reverberancia rígida, induciendo a una crisis en el sistema, de lo que se espera un cambio pragmático. Esta inducción de entropía, desestructura la acción sintomática. El cambio de las soluciones intentadas, provoca una diferencia en la respuesta del síntoma, redimensionando así la perspectiva de realidad de la persona.

Por otra parte, un problema nace en un sistema, “pero crea un sistema del sistema original”, afirmaba John Weakland. Tal cual le sucede al paciente panico que se encuentra a merced del problema/síntoma y desde esa asimetría en posición down le resulta muy difícil de superar. Más de lo mismo, más del mismo resultado. El síntoma es una conducta anómala, un comportamiento bizarro que sale de los canales esperables y funcionales de respuesta frente a las situaciones. Puede interpretarse como una denuncia y constituirse en una explicitación, una señal de alarma de que algún tramo del circuito comunicacional se halla disfuncionando (McEwen, 2006). En este sentido esta señal puede conducirnos a la restauración de la funcionalidad. Aunque entender el síntoma desde la óptica interaccional solo nos remite a una versión parcial de los motivos de su aparición. A los factores interaccionales se les debe aunar los inconscientes, comunicacionales, experienciales, históricos, bioquímicos, orgánicos, endocrinos, neurofisiológicos, cognitivos y emocionales, que convergen para constituir un trastorno bulímico, de pánico, anoréxico, depresivo, de obesidad, de drogadicción, psicótico, obsesivo compulsivo, familiar de pareja, etc. (Ceberio y Kerman. 2013). Cada uno de estos factores opera en sinergia con el resto, potenciando y bloqueando alternativamente los resultados.

En semejante complejidad resulta sumamente difícil y utópico estructurar una hipótesis acerca del origen del síntoma medianamente certera. De La hipótesis resultante de este análisis, de ser efectiva, generará una categoría alternativa a la situación problema. Dicha categorización, reestructura significados y redefine el problema a nivel cognitivo. Pero siempre el cambio humano va a insertarse interactivamente con el área emocional e interaccional con el sistema: si el cambio no se produce en las tres áreas (sentir, pensar y actuar) no produce modificación completa y es factible que el problema o el síntoma persista y a mayor persistencia, mayor resistencia al cambio.

Los acompañantes intentan fallidamente

Pero, los intentos de solución no se remiten únicamente a las iniciativas personales. Una persona con trastorno de pánico, imbuida en una serie de intentos personales fracasados, a esta altura del proceso de su patología se ha vuelto más vulnerable y por ende más dependiente de su entorno, y ha comenzado insistentemente a recurrir a éste en la búsqueda

de respuestas que lo acerquen a la mejoría. Dentro de los intentos encontramos, intentos personales, profesionales, de personas afectivamente cercanas y principalmente la elección de uno o dos personas referentes de seguridad que las llamamos “acompañante antipánico”.

Dentro de los intentos personales se encuentran el enfrentar el miedo, diciéndose a sí mismo que puede superarlo: “no me va a pasar nada”, haciendo una especie de “mantra”, o intentar controlar las sensaciones corporales, cuando éstas se intensifican, la evitación y huida de las situaciones que se cree que producen el ataque, la negación, o la realización de rituales y cábalas, usar vitaminas y analgésicos, ejercicios de relajación, utilizar psicofármacos regularmente, recluirse, rezar, pensar en otras cosas tratando de cortar pensamientos negativos, usar pretextos o justificaciones del porque me sucede.

Por otra parte, la persona ha intentado la asistencia de multiplicidad de profesionales, tantos como la secuencia de síntomas que lo aquejan. Tengamos en cuenta que son varios los síntomas de corte orgánico (taquicardia, mareos, náuseas, sudoración, ahogo, presión en el pecho, temblequeo, visión borrosa, entre otros) que competen a diferentes especialidades médicas como Médicos clínicos, Neurólogos y Endocrinólogos, Cardiólogos y Gastroenterólogos, Otorrinos y Neumólogos, Psiquiatras y Psicólogos, Homeópatas. Como también desde grupos de autoayuda como Grupos de fóbicos anónimos, o técnicas de yoga, relajación y respiración, meditación, mind fullness, terapistas corporales y florales, hasta (fruto de la propia desesperación) recurren al pensamiento mágico y cabalístico, atribuyendo el malestar a orígenes maléficos, sobrenaturales, mágicos, con la creencia de que le habían realizado “trabajos” y asisten a brujas, tarotistas, videntes para solucionar su problema.

O también los intentos de familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc., que proporcionan consejos “útiles” recomendando médicos como “eminencias” a pesar que tienen una especialidad que no tiene que ver con el trastorno, o intentar la búsqueda de causas y porqués que son inferencias que no llegan a ninguna parte, como también el impulsar con lo que llamamos “el síndrome del pastor”, impulsando a la persona con la frase “tú puedes” y que contrariamente a la finalidad se lo enfrenta con sus propias debilidades.

Objetivos de la investigación

El objetivo de la presente investigación fue identificar y clasificar distintas formas de intentos de solución en personas afectadas por trastornos de pánico, agorafobia y fobias sociales. A partir de este análisis, se establecieron cuatro tipos diferenciados de intentos de solución, de los cuales algunos pueden resultar eficaces y otros, por el contrario, fracasan. Aunque no se especifica cuál de ellos es efectivo y cuál no, se puede observar que, en su mayoría, estas estrategias son ineficaces. En estos intentos se ve involucrado no solo el entorno del paciente, sino también la intervención de profesionales, las acciones de personas emocionalmente cercanas y las propias estrategias personales del individuo, destacándose especialmente el papel del acompañante principal.

Muestra

La información se obtuvo de una muestra de 30 pacientes diagnosticados con trastornos de pánico, agorafobia y fobias sociales, a través de una primera entrevista semi-estructurada. De este análisis surgieron cuatro grupos de intentos para resolver los síntomas, clasificados según su efectividad: intentos personales, intentos profesionales, intentos de acompañantes y acciones de personas afectivamente cercanas. El protocolo de intervención semi-estructurada

utilizado es el mismo que hemos presentado en investigaciones anteriores (Ceberio, 2014, 2018, 2023 a y b), y que se ha reiterado en esta ocasión.

Protocolo de la entrevista inicial

Para la obtención de datos para confeccionar las características personales premórbidas y mórbidas, se emplearon los pasos de una primera entrevista de corte sistémico y cognitivo, basadas en las premisas del modelo de la terapia breve sistémica (Modelo de Palo Alto) (Watzlawick et al, 1974; Watzlawick, 1976). Las preguntas son tan solo una guía y de ninguna manera se tomaron como un texto cerrado de una entrevista pautada. La entrevista se categorizó como semi-pautada para dar lugar a la exploración creativa del terapeuta investigador. No obstante, cada investigador recibió las directivas de una guía en pos de unificar las acciones en la indagación. La que se presenta a continuación es una síntesis de la misma.

A) Premisas

Es importante establecer una atmósfera de trabajo confidencial y colaborativa posibilita desarrollar la entrevista en un ambiente cálido y distendido (Andolfi, 1977). Se debe poder intervenir en las distintas áreas que se ponen en juego en el desarrollo del trastorno. Hay técnicas específicas que se utilizan para abordar la sintomatología de cada área. Para lograr el compromiso del paciente en el tratamiento, un primer paso es construir con él una relación de confianza y empatía, y una forma de conseguirla es la aceptando su temor como comprensible y justificado. Por lo general, a quien consulta por pánico le ha resultado difícil lograr que quienes lo rodean puedan aceptar y comprender sus síntomas, por este motivo el paciente debe sentir que sus miedos son tomados con seriedad, que es comprendido por lo que pasa en su interior, que hay otras explicaciones posibles tanto para su padecimiento como para la imposibilidad de controlar su voluntad, de no poder ser dueño de sí en la situación temida (Chappa, 2006).

Es tarea del terapeuta crear un contexto terapéutico tranquilizador y colaborativo evitando asumir el rol de juez que debe pronunciar una sentencia. La estrategia propuesta para acentuar la empatía es 'hablar el lenguaje del paciente' (Watzlawick, 1967; Haley 1973, 1996) por la cual el terapeuta copiará -de manera sutil- tanto el lenguaje verbal como el analógico, ingresando en el territorio de las creencias del paciente.

En síntesis, durante la primera entrevista, la posición del terapeuta debe ser:

- Una posición comprensiva: quebrando soluciones intentadas fracasadas, ya que el contexto en general tiende a no comprender a la persona que siente miedo.
- Se centralizará obsesivamente en la descripción de los síntomas y en el más exhaustivo detallismo del cuadro sintomatológico.
- Se mostrará interesado y curioso en lo que le sucede a su paciente.
- Tomará la posición del experto (up position), cuestión de que sus intervenciones tengan más estatus y mayor atribución de credibilidad y fe por parte del paciente: recordemos que la persona panicoso ingresa fácilmente en el pensamiento mágico, más aún aquellas que llevan mucho tiempo acarreado sintomatología y han apelado a múltiples recursos para eliminar su cuadro.
- El terapeuta creará una fuerte alianza con el paciente.
- Siempre una actitud positiva y de seguridad de poder resolver el problema.
- Siempre se valora el potencial y la valoración personal del paciente.

B) Pasos

Para el desarrollo de la entrevista, se delimitan una serie de pasos que le permiten al profesional organizar el material y operar como una guía para su trabajo en este tipo de

trastornos. En la focalización del problema hay una serie de pasos a seguir: caldeamiento, vaciamiento, exploración, cercado, indagación, jerarquización, focalización y distinción. Estos pasos se establecen a partir de preguntas recursivas y lineales. Como modelo de resolución de problemas, en el primer contacto personal se exige la definición clara de cuál o cuáles son los problemas. Las preguntas se centrarán en precisar una descripción de qué es lo que le está sucediendo a la persona tanto sincrónica como diacrónicamente.

Es fundamental aclarar en forma concreta el problema, evitando deducciones y abstracciones y cómo es el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene. Aunque en muchas oportunidades esto no constituye una tarea sencilla: las personas no se caracterizan por realizar una discriminación exhaustiva de lo que les sucede y a menudo recurren a explicaciones vagas. Cuando el terapeuta obtenga (no importa si le lleva mucho o poco tiempo de indagación, lo importante es la detección de cuál es el problema) la información que le permite tener los signos precisos que definan el problema, resultará mucho más sencillo, rápido y eficaz encontrar una solución que lo modifique. Por lo tanto, el tiempo que aparentemente se pierde en la fase denominada de diagnóstico, se recuperará en la fase estrictamente pragmática.

Detalladamente, los pasos de la focalización cuentan con los siguientes puntos:

Caldeamiento: El joining o caldeamiento es el juego comunicacional previo que un terapeuta y los pacientes desenvuelven como forma de introducirse de manera paulatina en los temas centrales a resolver. Jay Haley & Hoffman (1976) y Haley (1996), llaman a este período de la entrevista psicoterapéutica etapa social, en donde observa a los participantes de la entrevista en los comentarios, actitudes verbales y corporales

Vaciamiento: después del caldeamiento, frente a la pregunta de ¿Cuál es el problema?, en general el paciente cuenta sobre lo que le sucede y lo trajo a consulta, en este caso el pánico. Sea como fuere el inicio de la narración sobre el malestar del paciente, el terapeuta se dedica a escuchar y empatizar. El modo de empatizar remite a la implementación del hablar el lenguaje del paciente. En esos primeros tramos de la narración, el terapeuta observa y escucha. Copia manierismos, gestos y frases.

Exploración: en esos primeros momentos del recuento se va abriendo el abanico de temas que rondan al pánico, estimulado por algunas preguntas alentadoras.

Cercado: en este momento de la sesión, tal cual un cirujano que delimita el área a trabajar, se identifica cuál o cuáles son los problemas a trabajar.

Indagación: se inicia a profundizar acerca de los problemas identificados. El objetivo es alcanzar una mejor descripción, una mayor precisión. Se pregunta específicamente sobre los problemas.

Jerarquización: se diferencia cuáles son los problemas urgentes y cuáles los importantes. Se debe tener claridad para tener operatividad sobre ellos. Muchas veces coincide la urgencia con la relevancia del problema.

Centralizar: se trabaja sobre el problema, profundizándolo, enarbolando todo el repertorio de preguntas estratégicas lineales y circulares.

Distinción: En este momento de la entrevista, el terapeuta evalúa si el motivo de consulta coincide con el problema.

C) Guía de preguntas

1. ¿Cuál es el/los problemas?
2. ¿En orden de relevancia cual es el orden en que la persona desea solucionarlos?
3. ¿Desde cuándo el problema es problema?
4. ¿Cómo era su vida antes de los ataques de miedo?

5. ¿Estructura familiar de origen?
6. Conformación de la familia creada
7. Relaciones con los demás (familia, amigos, relaciones laborales)
8. Actividades desarrolladas (laborales, sociales, familiares)
9. ¿Cómo era su ritmo de vida?, ¿acelerado, normal, lento, tranquilo, etc.?
10. ¿Cuáles eran las características de su personalidad que considera principales?
11. ¿Era generoso, ayudador, busca agradar, se ocupa más del otro que de sí mismo?
12. ¿Sabía decir que no?
13. ¿O se colocaba en primer lugar, se ocupa más de sí mismo que de los demás?
14. ¿Considera que se valora?, ¿cómo estaba su autoestima?
15. ¿Cuándo surgió el problema, hubo alguna situación especial por la que paso el sistema?
16. ¿Este es un problema reciente o es algo que se ha venido presentando desde hace bastante tiempo?
17. ¿Hubo algo que generara este problema de forma abrupta o simplemente fue apareciendo como una cosa paulatina?
18. ¿Cómo fueron los primeros indicios de la aparición del problema?
19. ¿En qué contexto o sistemas se construye el problema?
20. Recuerda la primera vez que sucedió, haga una descripción detallada.
21. ¿Este es un problema que se presenta en cualquier momento o sólo en situaciones específicas? (dónde).
22. ¿En qué contextos el problema deja de ser problema?
23. Este problema, que otros problemas generó.
24. Con que intensidad se produce (chequear de 0/100%).
25. ¿Con que frecuencia aparece el problema? Por día, por semana, por mes, por año.
26. ¿Cuándo, en qué momento aparece?, en qué momento del día, en qué situación.
27. ¿Precede o antecede a una situación?
28. Hay síntomas (cantidad, calidad, orgánicos, psicológicos, etc.).
29. Cuanto tiempo hace que se produce (días, semanas, meses, años).
30. ¿Qué miembros del sistema están involucrados?
31. ¿Hay otras personas involucradas en este problema, que intentan ayudarle, o es Ud. solo tratando de resolverlo? (quién).
32. Que piensa que los demás piensan del problema.
33. Quién es la persona más cercana a su problema.
34. A quien recurre buscando protección cuando está insegura o en los prolegómenos del ataque o a posteriori.
35. (Hay más personas involucradas) ¿Estas personas intentan ayudarte de alguna manera o no?
36. (Si intentan ayudarle) ¿Cuándo recibe esa ayuda, la sensación cuál es: te sientes más o menos capaz de enfrentar el problema? (empezar a introducir una duda respecto a lo que ha venido haciendo).
37. ¿Quiénes más o menos implicados, quiénes más afectados, quiénes se hacen cargo, quiénes evaden, quiénes lo niegan?
38. ¿Para quienes no es problema?
39. ¿Porque le parece que sucede? (exploración de supuestos y base de intentos de solución).
40. ¿Qué emociones genera el problema?
41. ¿Cuáles son los pensamientos que lo invaden?

42. ¿Hay pensamientos negativos o catastróficos? (incentivar mencionando algunos como sobregeneralización, abstracción, todo o nada, etc.)
43. ¿Cuándo aparecen, en qué momento del día?
44. ¿Para qué le sirve el problema al sistema?
45. ¿A quién o quiénes le sirve sostener el problema? (no quiero la primera respuesta, quiero la segunda...).
46. ¿Pregunta del milagro (De Shazer 1992): si el problema se solucionase o más aún no existiese, que sucedería en el sistema: ¿quién estaría mejor, quien peor, etc.?
47. ¿Qué cosas diferentes se harían? (en emociones, acciones o pensamientos).
48. ¿Es la primera vez que consulta por este problema o ya habías consultado antes con otro profesional?
49. Si ya ha consultado, ¿Hubo algo de lo que ha trabajado anteriormente que le ayudó a solucionar el problema o la situación sigue igual?
50. (No ha consultado) ¿Qué le llevó a consultar esta vez, si es un problema que tienes hace tanto tiempo? (empezar a indagar si es o no un consultante resistente).
51. ¿Porque se consulta ahora?, ¿Hubo consultas anteriores?
52. En una escala de 0 a 10 como está la valoración personal. ¿y antes del pánico?
53. Cuanto tiempo piensa que durante el día está pendiente del ataque de pánico.

El paso siguiente trata de la exploración sobre los intentos fracasados que se realizan en pos de solucionar el problema del pánico. Intentos de los que se obtiene el resultado contrario al que se desea obtener, manteniendo el síntoma e incrementándolo. Esto dará como resultado que la solución repetidamente intentada se convierte en el problema. El problema del problema. Por tanto, es importante determinarla cuidadosamente.

Su importancia radica, en primer lugar, en la necesidad de desechar aquellas soluciones que no son eficaces. En segundo lugar, puede llegar a descubrirse que ya se está intentando una solución exitosa y que solo hay que apoyarla o alentarla (Kopec & Rabinovich, 2007).

Este período de la entrevista es muy importante, no solo porque es el eje creativo del modelo breve, sino porque muestra el verdadero germen cibernético. Los intentos errados continúan perpetuando el ángulo de desviación al acierto del objetivo. Forman el problema satélite principal. El terapeuta con todos estos datos logra saber que no debe hacer. Esto no quiere decir que sepa ya lo que debe hacer (lo que debe hacer es no hacer más de los mismo), pero es importante que no reitere intentos de solución inefectivos.

D) Preguntas sobre intentos

En el repertorio de preguntas desenvolvemos las siguientes:

1. ¿Qué fue lo que se intentó?.
2. Intentos del protagonista.
3. Intentos del entorno: familiares, amigos, vecinos.
4. ¿Se siente comprendido por ellos?
5. ¿Hay alguna persona con quien se siente más segura/o? (acompañante principal),
6. ¿Qué intentó esta persona?
7. ¿Qué hace esta persona por usted?
8. Hubo tratamientos anteriores, ¿qué se intentó en ellos?.
9. ¿Qué intentaron otros profesionales?.
10. De todas estas tentativas, ¿hubo alguna opción exitosa?.
11. Si hubo alguna efectiva, ¿porque no se siguió adelante?.

12. ¿Se puso a pensar porque si todos los intentos son ineficaces los continuó utilizando? (reflexión).

13. En qué se piensa que se colabora para sostener el problema.... Quiero la segunda respuesta no la primera (la primera siempre es NO).

14. ¿Cree que podemos utilizar otras tentativas alternativas, aunque no esté muy de acuerdo?.

15. Trabajamos en equipo, si soy el DT (director técnico) está dispuesta a probar con mis opciones?.

Los intentos de solución no se remiten únicamente a las iniciativas personales. Una persona con trastorno de pánico, imbuida en una serie de intentos personales fracasados, a esta altura del proceso de su patología se ha vuelto más vulnerable y por ende más dependiente de su entorno, y ha comenzado insistentemente a recurrir a éste en la búsqueda de respuestas que lo acerquen a la mejoría. Dentro de los intentos encontramos: intentos personales, intentos profesionales, intentos de personas afectivamente cercanas (P.A.C.), intentos del acompañante antipánico (A.A.)

Observar quienes integran el entorno del paciente, como se estructura su sistema relacional, permite comprobar el grado de influenciabilidad de ciertas figuras cercanas al consultante, cuál es el mensaje que explicitan y cómo contribuyen con éste a sostener las situaciones fallidas. Por lo tanto, la exploración no solamente debe ceñirse al protagonista, sino quienes integren el entorno del paciente, tanto familiares, amigos, vecinos y conocidos, etc. Permite observar la estructura de su sistema relacional y comprobar el grado de influenciabilidad de ciertas figuras cercanas al consultante, cuál es el mensaje que explicitan y cómo contribuyen con éste a sostener las situaciones fallidas. Como también detectar dentro de este grupo, la relevancia y el poder que tienen los acompañantes antipánico (AA). Por último, se explora cuáles fueron las tentativas de solución de otros tratamientos y propuestas de otros profesionales.

RESULTADOS

Además de las otras categorías, alrededor de casi el 100% en los 30 casos se eligieron como acompañantes a hermanos/hermanas, padres/madres, esposas/maridos, mejores amigos, amigos que pasaron por el trastorno. Las diferencias en porcentajes de cada categoría no fueron significativas.

Figura de apego y tutor de resiliencia

Es interesante observar que, en la dinámica interaccional de la persona con pánico, entre todas las personas de su entorno, elige una o dos que pasan a ser los acompañadores principales en ese periplo doloroso que implican los ataques. Estos acompañantes son los que protegen, ayudan, otorgan seguridad y se muestran incondicionales con la figura del protagonista. La persona recurre a ellos de cara a situaciones que debe enfrentar y que es factible que pueda desarrollar un ataque.

Las razones que llevan a la persona panicoso a adjudicar a alguien esa función distintiva, se halla en lo que claramente John Bowlby (1969, 1958) definió como "apego". Bowlby recurriendo a la Etología, la Neurobiología y la Psicología describió como los mamíferos en los que se incluye el hombre, en los primeros años de vida recurren a figuras que les representan seguridad y protección. Figuras que otorgan fiabilidad en la supervivencia y adaptabilidad al medio. El comportamiento de apego es una forma de conducta instintiva que se desarrolla en los seres humanos, al igual que en otros mamíferos, "durante la lactancia y

tiene como finalidad o meta la proximidad a una figura materna. La función del comportamiento de apego consistiría en la protección contra depredadores". (Bowlby, 1979: 52)

Si bien esta figura está especialmente descripta en los primeros meses y años de vida, esa interacción se sistematiza y constituye una forma relacional para toda la vida. En la adolescencia o la adultez siempre las personas en situaciones críticas buscan a seres referentes con los que se sienten protegidos y amparados. J. Bowlby (1979) demuestra que su teoría se aplica a otros períodos. Señala que tal conducta de protección se produce especialmente durante la niñez y está dirigida hacia figuras parentales. Pero este modelo relacional continúa activo durante la vida adulta, en la que generalmente es encauzada hacia alguna figura dominante que, con frecuencia, se trata de un pariente, pero también a veces de un jefe o alguna persona de más edad o de cierta autoridad afectiva. El comportamiento de apego, como afirma la teoría, se produce siempre que la persona (niño o adulto) está enferma o en una situación crítica y adquiere gran intensidad cuando el sujeto está asustado o cuando no puede encontrar la figura hacia la que siente apego.

Este concepto tan visible en las relaciones humanas, hace que no sean pocas las personas que desarrollan esa función: padres, tíos queridos, padrinos, amigos, pareja, profesionales como enfermeros, médicos, psicólogos, maestros, entre otros. La teoría del apego presupone que los niños mayores y los adultos conservan esa forma de comportarse, mostrando la necesidad de asistencia y protección en situaciones de estrés o de riesgo. De hecho, cuando pasamos por una situación de dificultad y de cierto grado de estrés emocional intenso, buscamos figuras que nos protejan y nos contengan. (Bowlby, 1979, 1958, 1953, 2014)

Esta misma conceptualización es llamada por Boris Cyrulnik (2013) "tutores de resiliencia", aunque no necesariamente refiere a la figura de apego a un ser humano. Señala que los recursos internos se componen esencialmente del aprendizaje de un estilo afectivo que llama "apego seguro", que es la confianza en uno mismo y proviene del modo en que uno ha sido amado en los primeros meses de vida. El tutor de resiliencia puede ser un acontecimiento, un hecho, un lugar, pero en general, los tutores son personas adultas que se ofrecen como modelo identificadorio, un modelo afectivo, que interaccionan otorgándole brillo al resiliente y lo más interesante de esta relación es que puede ser fortuita y ocasional y no necesariamente perdurar en el tiempo. Es decir, el tutor de resiliencia propone en la vida del resiliente un punto de quiebre entre su trauma y los recursos para superarlo. Una resiliencia exitosa, entonces, es el resultado de la sinergia entre los recursos internos del protagonista y los recursos de su micro y macro-ecosistema.

La idea de la figura de apego o tutor de resiliencia, le otorga sentido a la figura del acompañante antipánico. La posibilidad de encontrar una persona que proporcione cierta seguridad, o que funcione como un acompañador en tiempo completo o parcial, le permite al sujeto afectado cierta valía de sortear momentos o situaciones temidas. Esta alternativa para superar el temor es la más utilizada en el mundo de los miedos. La tarea de buscar el apoyo en una persona confiable que le brinde seguridad, en muchos casos precede al estado de pánico y durante el pánico simplemente se acentúa. En otros, las modificaciones en el sistema que se producen a partir de la sintomatización de la persona hacen que un miembro otrora perimetral, ahora sea el que se hace cargo de ejercer la función de apego. Habitualmente los acompañantes pueden ser un familiar muy próximo, madre, padre, cónyuge, hermano/a (Chappa, 2006).

La ansiedad disminuye si la persona con el trastorno considera que un sitio o una persona son "seguros", o "fuertes", "inteligentes", aun cuando no haya nada que la persona

pueda hacer si algo malo sucediese (Barlow & Durand, 2001). Este miembro cercano acompaña a la persona a todos lados donde pueda surgir la situación temida, adicionando la seguridad que la persona no posee.

El acompañante y la dependencia

Generalmente, este acompañante está totalmente compenetrado con el problema, mostrándose más preocupado y temeroso que el paciente, adhiriéndose en todas las acciones del protagonista, estimulando así la dependencia y favoreciendo la inseguridad, sensaciones contrarias a las que se desean (Ceberio, 2005) y manteniendo al sujeto enjaulado dentro de sus convicciones de no poder lograr él solo una reacción positiva ante el miedo (Nardone & Watzlawick, 1990).

La estrategia de solicitar ayuda y compañía constante tiene su efecto inicial de confortación, pero luego conduce al agravamiento del miedo y de sus efectos limitadores y sintomáticos, puesto que precisamente el hecho de necesitar de alguien al lado y listo para intervenir en su ayuda, confirma al sujeto necesitado, su incapacidad para afrontar las situaciones y manejar las propias reacciones. Como en la tendencia a la evitación, la solicitud de ayuda tiende a generalizarse hasta convertirse en una necesidad absoluta y conducir a la persona a las más severas formas de trastorno fóbico, o sea, a no estar en condiciones de permanecer solo (Nardone, 2003, Ceberio 2014).

Acompañantes antipánico y el entorno afectivo inician un amplio repertorio de soluciones que son condenadas al fracaso: no entienden lo que le sucede al protagonista, proporcionan un sinnúmero de expresiones “alentadoras” y ponen en marcha acciones bienintencionadas pero inútiles. El protagonista se encuentra a merced del despotismo sintomático en una total asimetría por debajo, con lo cual, pese a sus esfuerzos, no puede revertir la situación. Entonces, a la angustia original se le anexa la ansiedad que genera el hecho de sentirse impotente frente a la sintomatología e inepto por no poder cumplir lo que su círculo afectivo le propone (Ceberio, 2005).

Los acompañantes antipánico en general son más miedosos que la misma persona afectada. Sienten miedo de que la persona sienta el miedo a sentir el ataque de miedo. Por lo tanto, son colaboradores –aunque sin desearlo- con que la persona se sintomatica. En esta misma dirección, son cautelosos y defensivos y evitativos. De cara al menor atisbo de que la persona intente independencia, ya sea mediante gestos o directamente con la palabra le hacen dudar si está capacitada para accionar: “Me voy al kiosko”, la respuesta de un acompañante será “Deja que voy yo” o “Vamos, te acompaño”, “¿Estás segura que vas sola?”. Todas expresiones que demuestran amor y preocupación pero que, paralelamente, le recuerdan a la persona con pánico, su incapacidad y sus miedos.

Muchas de estas actitudes son acciones que debería hacer la persona con pánico que terminan siendo realizadas por el acompañante. Es decir, “hacen” por la persona. Trámites, llamados telefónicos, entrevistas, compras en supermercados, y otras actividades que instalan al sujeto con pánico en una zona de comodidad donde no se ejercita la responsabilidad y el enfrentar sus temores. Es un lento proceso de empobrecimiento social y personal. Un indicador del grado de impotencia de la persona panica se observa en el llamado telefónico del pedido de consulta. Cuando es realizado por el acompañante se observa el grado de dependencia, la zona de confort, la imposibilidad. Un paciente con pánico que llama pidiendo tratamiento, demuestra cierto grado de autonomía y potencialidad al cambio.

Este tipo de “recordatorios” acentúan la impotencia y la inseguridad. Es un mensaje permanente que dice implícitamente: Recuerda tus miedos / Recuerda que no puedes / Ten

cuidado que te puede pasar. Pero, además, relacionalmente, en la dupla debe existir la complementariedad para su funcionamiento. Si el acompañante es el potente, el protagonista es el impotente, si hay alguien valioso y fuerte, la contrapartida es alguien desvalorizado y débil, si hay alguien seguro, hay un inseguro. En esa dupla, el acompañante, ya desde el vínculo acentúa la imposibilidad de cambio. En consecuencia, brindan apoyo, confianza y seguridad, pero en desmedro de los recursos del protagonista.

El vínculo desarrollado es claramente asimétrico, donde hay alguien que dirige y alguien que acata. Aunque el acompañante tiene un doble juego: si bien es conducido por el A.A. también tiene a su disposición un empleado protector a tiempo completo. Este doble juego es entrampante pero suena a la dialéctica del amo y el esclavo hegeliano: ambos se necesitan.

La irrupción del síntoma en la persona conlleva a la modificación del sistema o sistemas en donde se inscribe. Muchos de los acompañantes han modificado sus funciones en el sistema y algunos encuentran un sentido a su existencia. Madres que llevan adelante un matrimonio rutinario y encuentran una misión en su vida acompañando a una hija. Padres desvalorizados y sin trabajo que hallan su autoestima y una realización valorizativa en su tarea de acompañantes. Hermanas mayores solteras frustradas en su condición de madres o en la consolidación de una familia, o cónyuges que siempre se encontraron en su pareja por debajo relacionalmente y ahora han invertido el vínculo. Hermanos que siempre vivieron a la sombra del hermano y ahora lo dirigen y sienten que su palabra vale, amigos que siempre tuvieron una actitud dadora y socorrista y ahora tienen la oportunidad de desarrollar a pleno su función.

En síntesis, son múltiples los ejemplos que hemos observado en el trabajo clínico con personas con este trastorno, lo más relevante es el cambio de función y la obtención de una rentabilidad emocional en el ejercicio. En este sentido, son narcisísticamente poderosos puesto que el desenvolvimiento de su función aporta una cuota de valía personal que hasta ahora no pudieron obtener. De esta manera, y con este planteo relacional terminan en el vínculo estimulando la dependencia cuando lo que se espera es generar autonomía. Y es un juego dialéctico: el paciente pasa a ser un apéndice del acompañante, pero, también el acompañante es un apéndice del paciente. El acompañante es uno de los locus de mayor desarrollo de intentos de solución fallidos. Con la mejor intención, amorosa y preocupada, aconsejan lo contrario a lo que se debe hacer. Estos dobles mensajes son comunes en la relación: utilizan el "Tú puedes" generando mayor torpeza en el paciente; dicen "lo que se debe hacer" pero a la vez tienen miedo que haga y terminan haciendo por el protagonista; proporcionan cantidad de consejos "útiles" (que acentúan la impotencia), explicaciones dormitivas (que calman la ansiedad momentáneamente y no reformulan significados), explicaciones racionalizadoras (que justifican síntomas), buscan profesionales médicos y psicólogos que logren el cambio.

Como se observa, en los acompañantes se condensan los intentos de solución inefectivos y se potencian por el vínculo afectivo y dependiente que se elucubra en ambos. Pero a pesar de esta crudeza descriptiva, los acompañantes no son monstruos sádicos que intentan destruir al protagonista. Todas las acciones están realizadas bajo los principios del amor y el deseo de mejora de la persona afectada, pero la relación en el sistema dupla y la concepción cognitiva de solución son dos factores que atentan contra la posibilidad de cambio y mejora sintomática.

Todas estas actitudes, tanto profesionales, personales como de las personas afectivamente cercanas y los acompañantes, destruyen la autoestima del protagonista: paulatinamente va empobreciendo sus relaciones sociales, pierde su trabajo, ha abandonado

la regularidad de la asistencia a los estudios, y su círculo se reduce a algunos miembros de su familia, unos pocos amigos, escasa vida social y poco lugar para el placer.

CARACTERÍSTICAS SALUDABLES DEL ACOMPAÑANTE

El acompañamiento de una persona con trastorno de pánico requiere una combinación de habilidades emocionales, comunicativas y de contención, ya que el apoyo adecuado puede influir significativamente en el proceso de recuperación. De acuerdo a la investigación, se elaboró cuáles serían las condiciones esperables en las acciones desarrolladas por los acompañantes. Un acompañante no solo debe ofrecer seguridad en momentos de crisis, sino también fomentar la autonomía de la persona afectada para evitar la dependencia.

Una de las características fundamentales es la empatía, entendida como la capacidad de comprender y validar las emociones del otro sin minimizarlas ni exagerarlas. Rogers (1957) sostiene que la empatía es un elemento clave en la relación de ayuda, ya que permite que la persona acompañada se sienta comprendida y aceptada, lo que reduce la angustia asociada a los ataques de pánico.

El acompañante también debe poseer una actitud calmada y serena. Durante un episodio de pánico, la persona experimenta una activación intensa del sistema nervioso autónomo, lo que puede aumentar si su entorno reacciona con ansiedad o miedo (Barlow, 2002). La presencia de un acompañante tranquilo puede ayudar a contrarrestar esta activación, proporcionando un modelo de regulación emocional. La habilidad para comunicarse de manera clara y tranquilizadora es esencial. Durante un ataque de pánico, la persona puede sentirse desorientada o temer por su vida debido a la intensidad de los síntomas físicos (APA, 2013). Un acompañante eficaz debe utilizar un lenguaje sencillo y afirmaciones tranquilizadoras, como “esto pasará pronto” o “estás a salvo”, evitando frases que minimicen la experiencia, como “no es para tanto”.

Otra característica importante es la capacidad de proporcionar seguridad sin fomentar la evitación. Si bien es natural que el acompañante quiera proteger a la persona del malestar, la evitación de situaciones que generan ansiedad refuerza el trastorno a largo plazo (Clark, 1986). Por ello, el acompañante debe ofrecer apoyo, pero también incentivar progresivamente la exposición controlada a los desencadenantes del pánico.

Además, es importante que el acompañante tenga una actitud paciente, afectiva y flexible. El trastorno de pánico no sigue un curso lineal, y los avances pueden alternarse con recaídas (Craske & Stein, 2016). Un acompañante debe estar preparado para afrontar estas fluctuaciones sin frustrarse ni presionar a la persona afectada, comprendiendo que la recuperación es un proceso gradual. Por último, se recomienda que el acompañante tenga conocimientos básicos sobre el trastorno de pánico y sus tratamientos. La educación en salud mental permite un mejor manejo de las situaciones críticas y ayuda a la persona acompañada a sentirse validada en su experiencia (Hofmann et al., 2017).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition. Washington DC: Author.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.
- Barlow D. & Durand M. (2001). *Psicología Anormal: Un enfoque integral*. International.
- Belloch, A.; Sandín, B y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología* (Vol. 2). McGraw-Hill.

- Bowlby John (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis* 39: pp. 350-73
- Bowlby John (1969). *Attachment. Attachment and Loss. Vol. I* Hogarth.
- Bowlby, John (1979) "The making and breaking of affectional bonds" Tavistock Publications
- Bowlby J. (2014) *Vinculos afectivos*. Madrid: Morata
- Bowlby John (1953). Critical Phases in the Development of Social Responses in Man and Other Animals. *New Biology* 14: pp. 25-32
- Ceberio M.R. (2013) Más allá de la dicotomía cartesiana en Kerman B. y Ceberio M.R. (2013) *En busca de una ciencia de la mente*. UFLO edit.
- Ceberio M.R. (2014) "Los juegos del miedo. Hacia un modelo integrador en el tratamiento de los trastornos de pánico" en Medina, Raúl (2014) "Pensamiento sistémico". Ed. UDG.
- Ceberio M.R. & Watzlawick P. (1998) *La construcción del universo. Conceptos introductorios sobre epistemología, cibernética y constructivismo*. Herder.
- Ceberio M.R. (2005). "El mundo de los miedos. Uso de prescripciones en los trastornos de fobias y pánico". *Revista Perspectivas sistémicas*. Vol. 32.
- Ceberio M.R. (2015) *Modelo sistémico*. En Kerman B. *Nuevas ciencias de la conducta*. UFLO edit.
- Ceberio, M. R. (2018) *Tratamiento de los Trastornos de Pánico: Uso de Prescripciones Paradojales y de Desviación como primer paso a reducir la sintomatología*. Tesis doctoral. Universidad de Buenos Aires.
- Ceberio M.R. & Watzlawick P. (1998) *La construcción del universo. Conceptos introductorios sobre epistemología, cibernética y constructivismo*. Herder
- Ceberio M R, Kerman B. (2014) *En busca de las ciencias de la mente*. UFLO.
- Ceberio, M. R. & Serebrinsky, H. (2011). *Dentro y fuera de la caja negra. Desarrollos del modelo sistémico en psicoterapia*. Psicolibros.
- Ceberio, M. R. (2016) *Querer y no lograr: Soluciones intentadas fallidas*. *Revista Redes* N°
- Chappa, H. J. (2006). *Tratamiento integrativo del trastorno de pánico. Manual práctico*. Paidós
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461-470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
- Craske, M. G., & Stein, M. B. (2016). Anxiety. *The Lancet*, 388(10063), 3048-3059. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6)
- Cyrulnik, Boris (2013) *Sálvate la vida te espera*. Penguin Random House.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2017). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- McEwen, B. S. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(4), 367.
- Nardone G., Watzlawick, P. (1990) "L'arte del Cambiamento, manuale di terapia strategica. Ipnoterapie senza trance". Ponte alle Grazie.
- Nardone, G. (1997). *Miedo, pánico, fobias. La terapia breve*. Herder.
- Nardone, G. (2003). *Más allá del miedo. Superar rápidamente las fobias, las obsesiones y el pánico*. Paidós.
- Nardone, G. (2003). *Más allá del miedo. Superar rápidamente las fobias, las obsesiones y el pánico*. Paidós.
- Opazo Castro, R. (2006) *Prólogo desde la psicología*. En Chappa, H. J. *Tratamiento integrativo del trastorno de pánico. Manual práctico*. (pp. 15-16). Paidós.

- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
<https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Urréa, H. R. (2010). El dominio de los hemisferios cerebrales. *Revista Ciencia Unemi*, 3(4), 8-15.
- Watzlawick P., Weakland, Fisch R. (1974) *Change*. Ed. Norton & Company.
- Weakland J., Fisch D., y Segal L. (1982) *La táctica del cambio*. Herder.



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