

INTRODUCCION

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los principales contribuyentes a la carga mundial de enfermedad y discapacidad por enfermedades mentales.¹Entre ellos se encuentra el trastorno de pánico, actualmente el DSM V lo define como una oleada de miedo o malestar intenso de corta duración, que se acompaña de síntomas autonómicos, afectivos y cognitivos. Los ataques de pánico son recurrentes e inesperados, al menos un ataque debe estar seguido de un mes o más de preocupación acerca de otros ataques, o de sus consecuencias y una mala adaptación relacionada con los ataques.² La fisiopatología se debe a una activación anormal de la amígdala, generando una respuesta conductual, autónoma y neuroendocrina, los principales neurotransmisores relacionados son la serotonina y el ácido γ -aminobutírico.^{3, 4}La prevalencia actual reportada por la encuesta nacional de epidemiología para el trastorno de pánico de por vida es del 1.7%, con una mediana de edad de inicio a los 32 años, se asocia con el género femenino, desempleo, con estar divorciado, separado o viudo, educación inferior y tener un bajo ingreso familiar.⁵ Se ha reportado que ocurre con al menos otro trastorno psiquiátrico, del estado de ánimo, de ansiedad o trastornos por consumo de sustancias.⁶Además se ha relacionado como factor independiente para riesgo de suicidio.⁷

Actualmente los recursos financieros limitados dictan que el tratamiento de las enfermedades se administre utilizando las estrategias disponibles a corto plazo más rentables. En consecuencia, en muchos países una gran cantidad de individuos que necesitan tratamiento de salud mental reciben una psicoterapia breve. Entre estas, la terapia breve estratégica es un modelo de investigación e intervención terapéutica desarrollado por Giorgio Nardone. En este modelo los problemas se conceptualizan como el resultado de

una compleja percepción y reacción del individuo frente a la realidad, donde, el trastorno está determinado por la forma con la que el sujeto percibe la realidad, ante la cual reacciona con un comportamiento disfuncional, por lo tanto la redundante repetición de los intentos de solución fallida, en lugar de conducir a la resolución del problema lo mantienen y lo exacerbaban, haciendo que se autoalimente.⁸ La investigación realizada por el Centro de Terapia Estratégica en Arezzo ha mostrado una tasa de éxito del 86% con la terapia breve estratégica en el tratamiento del trastorno de pánico en un promedio de 7 sesiones.⁹ El objetivo de este estudio es encontrar una mejoría clínica en los pacientes con ataques de pánico a quienes se les aplicó el protocolo de terapia breve estratégica.

MÉTODOS

Se utilizó metodología cuantitativa: es un estudio cuasi – experimental de antes y después, longitudinal, prospectivo, sin un grupo control. Realizándose mediciones previas a la intervención, y posteriormente. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Se reclutaron 54 pacientes con trastorno de pánico en seguimiento en el servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, que cumplieron con los siguientes criterios: edad mayor de 18 años, cualquier sexo, que aceptaran participar en el estudio, que no tuvieran cambios recientes en su esquema farmacológico y que no hubieran recibido algún tipo de psicoterapia las últimas 8 semanas. Los criterios de exclusión fueron pacientes: con riesgo de suicidio, con un diagnóstico que representara una incapacidad para comprender y ejecutar las estrategias terapéuticas, una comorbilidad no estable, o que tuvieran abuso o dependencia a alguna sustancia.

El procedimiento consistió en realizar un tamizaje a los pacientes por un psiquiatra de nuestro hospital, en la primer visita se les confirmó el diagnóstico, y se les aplicaron las siguientes escalas: Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM – A), Escala de pánico y Agorafobia (PAS), Escala de Impresión Clínica Global (CGI) que se divide en Gravedad de la Enfermedad (SI) y Mejoría Global (GI), y el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q). Posteriormente un terapeuta certificado en terapia breve estratégica por el Centro di Terapia Strategica en Arezzo Italia, aplicó las maniobras descritas en los protocolos específicos para la patología, y llevo el control de las citas de cada paciente. Las características demográficas se les preguntaron directamente a los pacientes durante la primera sesión.

Se tuvieron sesiones los días 1, 15, 30, 45, 60, 90, 120, 180, 240, 300 y 360 de evaluación, en cada una de las sesiones se implementaron las escalas clinimétricas para medir de manera objetiva los cambios que se dieran en los pacientes desde el inicio hasta el final de su tratamiento; al término de las sesiones esta información fue analizada y comparada entre las diferentes variables presentadas, para determinar la efectividad del modelo de terapia breve estratégica.

PROTOCOLO PARA ATAQUES DE PANICO SEGÚN LA TERAPIA BREVE ESTRATEGICA EVOLUCIONADA.

Modelo de intervención que es dirigido a la ruptura de la rigidez del sistema perceptivo-reactivo (SPR) fóbico-obsesivo ú obsesivo-fóbico, y que interrumpe y modifica los intentos de solución disfuncionales (ISD), típicos de los pacientes que padecen ataques de pánico: hipervigilancia de las sensaciones corporales, evitación de las situaciones que generan miedo, intento de control de las sensaciones percibidas, hablar del problema, petición de

ayuda, toma de precauciones, ponerse a prueba, ya que precisamente estas soluciones intentadas puestas en marcha se vuelven disfuncionales, y alimentan el miedo hasta convertirlo en pánico.

Tabla 1 Protocolo para ataques de pánico.⁸⁻¹⁰

<p>Diagnostico Operativo:</p>	<p>Identificar el SPR a través del análisis de las soluciones intentadas.</p>	<p>Tipo de Lenguaje utilizado:</p>	<p>Relación terapéutica:</p>
<p>Ataque de Pánico.</p>	<p>Fóbico-obsesivo: Evitar Hablar del Problema Petición de ayuda Intento de control de las sensaciones psico-fisiológicas. Miedo al miedo. Obsesivo-Fóbico: Evita. Enfrenta con precauciones.</p>	<p>Inductivo- Performativo.</p>	<p>Posición del terapeuta onedown, para terminar one up.</p>

	<p>Pide ayuda de manera indirecta.</p> <p>Habla poco del problema (solo con personas allegadas) o no habla.</p> <p>Intento de control de las sensaciones psico-fisiológicas.</p> <p>Se pone a prueba.</p> <p>Miedo al miedo.</p>		
<p>Soluciones intentadas:</p>			
<p>1.- Comportamiento evitante.</p>	<p>Reestructuración de la evitación: “Evita evitar”.</p>	<p>Evita evitar: se introduce un miedo mayor terapéutico, para contrarrestar el miedo patológico. “Cada vez que evitas tu problema no solo no se resuelve, sino que se agrava”.</p>	<p>Maniobra de comunicación inductivo-performática en donde se introduce un miedo mayor terapéutico, para bloquear el intento de solución disfuncional de</p>

			evitar las situaciones que causan ansiedad.
2.- Petición de ayuda.	Reestructuración de la petición de ayuda.	Por medio de la reestructuración, instalamos un miedo mayor terapéutico, para contra-restar el miedo patológico (maniobra: Miedo mayor vs miedo menor).	Maniobra de comunicación inductivo-performativa a través de la implementación de un doble vínculo terapéutico, en donde se introduce un miedo mayor con fines terapéuticos, para bloquear el intento de solución disfuncional de pedir ayuda.
3.- Vigilancia de las sensaciones psicofisiológicas.	Se prescribe el Diario de a Bordo.	Por medio de esta prescripción introducimos una maniobra para desplazar la atención.	Monitoreo de los episodios de pánico, que permiten distraer la atención de los pacientes durante las crisis de pánico y además, los lleva a ir tomando

			una distancia emotiva.
4.- Intento de control de las sensaciones psicofisiológicas.	El intento de control crea una escalada paradójica, que transforma el miedo en pánico.	Se prescribe la maniobra de la Peor Fantasía. Es una maniobra contra-paradójica de apagar el fuego añadiendo más leña, o lo que es lo mismo: aumentar voluntariamente, para disminuir como efecto.	Es una prescripción paradójica. Es la técnica principal del tratamiento de TBE para los ataques de pánico. Esta técnica consiste, en enseñar a la persona a exasperar voluntariamente el miedo, para reducirlo y crear una contra-paradoja terapéutica, que bloquea la paradoja psico-fisiológica patológica. Con esta técnica, el paciente en lugar de

			<p>asustarse, obtiene el efecto contrario: se relaja.</p> <p>Tiene 4 fases durante el protocolo:</p> <p>1ª. Fase: 30 minutos todos los días.</p> <p>2ª. Fase: 5 minutos, 5 veces al día: 5 X 5, todos los días.</p> <p>3ª. Fase: A necesidad.</p> <p>4ª. Fase: Anticipatorio.</p>
5.- Circulo vicioso del miedo al miedo	<p>Aquí introducimos una maniobra contra-paradójica de retorcer para enderezar:</p> <p>Prescripción del “Como Empeorar”:</p> <p>Técnica del</p>	<p>Maniobra terapéutica que se utiliza para identificar y crear aversión hacia todos aquellos pensamientos o comportamientos</p>	<p>Se utiliza en el protocolo para ataques de pánico la variante interrogativa:</p> <p>Se hace una pregunta sobre la cual se tiene que</p>

	<p>ProblemSolving Estratégico de Giorgio Nardone.</p> <p>Se utiliza una paradoja terapéutica, para bloquear un fenómeno paradójico</p>	<p>que empeoran o alimentan el trastorno.</p> <p>Resaltando todos los intentos de solución disfuncionales (ISD), para provocar que la mente, por lo general, de forma espontanea, vaya a la búsqueda de soluciones alternativas.</p>	<p>reflexionar entre una sesión y otra, con la indicación de encontrar las respuestas a un nivel racional.</p> <p>Crea un incremento de la concienciay por lo tanto, aversión hacia las soluciones intentadas disfuncionales.</p> <p>Se utiliza en la primera fase del protocolo.</p>
6.- Hablar del problema.	Reestructuración hablar del problema.	<p>“Cada vez que hablas del problema es como si estuvieras fertilizando una planta, la planta del miedo”.</p>	<p>Maniobra de comunicación inductivo-performativa en donde se introduce un miedo mayor terapéutico para</p>

		Se introduce un miedo mayor terapéutico vs un miedo menor patológico.	bloquear el intento de solución disfuncional de hablar del problema.
7.- Toma de precauciones y ponerse a prueba.	Reestructuración y toma de precauciones y ponerse a prueba.	Miedo mayor vs miedo menor.	Maniobra de comunicación inductivo-performativa en donde se introduce un miedo mayor terapéutico para bloquear el intento de solución disfuncional de tomar precauciones contra el miedo patológico y el ponerse a prueba.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados obtenidos se recabaron en una base de datos desarrollada en programa Excel, para su posterior análisis mediante el programa estadístico R. Se obtuvieron de todas las variables evaluadas, los estadísticos descriptivos tradicionales (medidas de

tendencia central, de dispersión y posición) para las variables cuantitativas, así como las frecuencias observadas en las variables de tipo cualitativas. Las variables fueron contrastadas según tiempos de evaluación mediante pruebas de hipótesis para medias (T de Student o U de Mann Whitney según distribución) y para proporciones (prueba Z) a una confiabilidad del 95%.

RESULTADOS

Características de la población, se incluyeron a 54 pacientes de los cuales el 62.9 % fueron mujeres. La edad media fue de 36.57 ± 14.3 años, el 48.1 % estaban casados, el 55.5 % tenían un empleo, el 57.4% eran profesionistas, el 83.3 % eran de nivel económico medio, el 57.4 %, tenía un tratamiento previo, y el 11.1% tenía alguna comorbilidad. Las características demográficas completas se presentan en la tabla 2.

Tabla 2 Características demográficas.

	Pacientes (n = 54)
Edad en años, media \pm DE; mediana (p-p)	36.57 DE +/- 14.3
Sexo femenino, n (%)	34 (62.9)
Solteros, n (%)	20 (37)
Casados, n (%)	26 (48.1)
Divorciados, n (%)	6 (11.1)
Unión libre, n (%)	2 (3.7)
Desempleados, n (%)	18 (33.3)

Empleados, n (%)	30 (55.5)
Estudiantes, n (%)	6 (11.1)
Primaria, n (%)	4 (7.4)
Secundaria, n (%)	3 (5.5)
Bachillerato, n (%)	16 (29.6)
Profesionistas, n (%)	31 (57.4)
Nivel económico bajo, n (%)	2 (3.7)
Nivel económico medio, n (%)	45 (83.3)
Nivel económico alto, n (%)	7 (12.9)
Tratamiento previo, n (%)	31 (57.4)
Comorbilidades, n (%)	6 (11.1)

Se encontraron mejorías estadísticamente significativas en todas las escalas de evaluación durante las 10 sesiones, con una ($p < 0.05$). Se puede ver detalladamente las mejorías de las escalas en la tabla 3.

Tabla 3. Puntuaciones en las escalas durante las 10 sesiones.

Escala	HAM-A	PAS	CGI -SI	CGI -GI
1	28.26±8.1	26.52±7.44	4.39±0.5	3.91±0.3
2	22.42±6.9	19.58±6.7	3.85±0.4	3.08±1.0
3	18.55±8.5	15.66±5.1	3.47±0.5	2.42±0.9
4	14.17±7.2	10.85±5.83	3.26±0.5	1.92±0.9
5	11.65±7.6	8.89±5.64	3±0.8	1.80±1.0
6	11.55±6.5	8.6±5.49	2.62±0.7	1.77±0.8
7	11.40±7.2	8.55±6.2	2.48±0.9	1.50±1.1

8	10.38±6.5	7.37±5.1	2.23±0.8	1.49±0.9
9	8.75±5.0	5.24±2.9	1.96±0.8	1.14±0.9
10	7.96±5.7	4.20±2.4	1.53±0.7	1.10±0.2

Resultados expresados en medias ± desviación estándar.

Se encontró una diferencia significativa en todas las escalas desde el inicio de la intervención hasta los seis y doce meses de seguimiento, con una ($p < 0.05$). Se puede ver detalladamente las mejorías de las escalas en la tabla 4.

Tabla 4. Puntuaciones a los 6 meses, y 12 meses de tratamiento.

Escala	6 meses	12 meses
HAM-A	6.82±3.9	6.49±4.2
PAS	3.53±1.6	3.33±2.0
CGI	1.41±0.5	1.33±0.6
Q-LES-Q	109.64±46.4	81.47±24.8

Resultados expresados en medias ± desviación estándar.

DISCUSION

Este es el primer estudio donde se aplica el modelo de la terapia breve estratégica en pacientes con ataques de pánico en población mexicana. Si bien nuestra principal limitación es que no contamos con un grupo control al ser un estudio cuasi experimental, consideramos que al ser un modelo altamente efectivo y breve en cuanto al número de sesiones (10 a 12 sesiones), permite una adherencia muy alta al tratamiento, que no se logra con enfoques terapéuticos más largos.

En nuestro estudio, cuatro de los pacientes no finalizaron el protocolo, dos de los pacientes que no completaron el estudio no reunían los criterios de inclusión, debido a que tenían trastorno de ansiedad generalizada y no ataques de pánico, otro de los pacientes, tenía una comorbilidad con adicción a las benzodiazepinas y fue derivado a otro tipo de intervención,

y un paciente que si tenía ataques de pánico, acudió a la primer cita de intervención clínica, pero no continuo el protocolo, no conocemos la causa.

En conclusión, este estudio demuestra que la terapia breve estrategia es un tratamiento efectivo para los pacientes con trastornos de pánico, pudiendo ser una alternativa al tratamiento habitual cuando no logra la remisión, o desde un inicio.

REFERENCIAS

1. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575-1586. doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013
3. Gorman JM, Kent JM, Sullivan GM, Coplan JD. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry*. 2000;157(4):493-505. doi:10.1176/appi.ajp.157.4.493
4. Nardi AE, Freire RC, Zin WA. Panic disorder and control of breathing. *Respir Physiol Neurobiol*. 2009;167(1):133-143. doi:10.1016/j.resp.2008.07.011
5. de Jonge P, Roest AM, Lim CC, et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety*. 2016;33(12):1155-1177. doi:10.1002/da.22572

6. Zimmerman M, McGlinchey JB, Chelminski I, Young D. Diagnostic co-morbidity in 2300 psychiatric out-patients presenting for treatment evaluated with a semi-structured diagnostic interview. *Psychol Med.* 2008;38(2):199-210. doi:10.1017/S0033291707001717
7. Tietbohl-Santos B, Chiamenti P, Librenza-Garcia D, et al. Risk factors for suicidality in patients with panic disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2019;105:34-38. doi:10.1016/j.neubiorev.2019.07.022
8. Nardone G & Portelli C: Cambiare per conoscere. L'evoluzione della terapia breve strategica. Ponte alle Grazie, Milano, 2015
9. Nardone G: La terapia degli attacchi di panico. Ponte alle Grazie, Milano, 2016
10. Nardone G: Paura, panico, fobie. La terapia in tempi brevi. Ponte alle Grazie, Milano, 2014.

Ética de la publicación

1. ¿Su trabajo ha comportado experimentación en animales?:

No

2. ¿En su trabajo intervienen pacientes o sujetos humanos?:

Sí

Si la respuesta es afirmativa, por favor, mencione el comité ético que aprobó la investigación.:

El comité de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Si la respuesta es afirmativa, por favor, confirme que los autores han cumplido las normas éticas relevantes para la publicación. :

Sí

Si la respuesta es afirmativa, por favor, confirme que los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes. :

Sí

3. ¿Su trabajo incluye un ensayo clínico?:

No

4. ¿Todos los datos mostrados en las figuras y tablas incluidas en el manuscrito se recogen en el apartado de resultados y las conclusiones?:

Sí

EFICACIA DE LA TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA EN EL TRASTORNO DE PÁNICO.

Francisco Javier Rodríguez Lara.

Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González,
Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México. Av. Madero y
Gonzalitos S/N, *Mitras Centro, Monterrey, 64460.*

Terapia Breve Center, Calzada del Valle, numero 400 Interior 92, 66220 San Pedro,
Garza García. Ningún conflicto de intereses.

Alfredo de Jesús Garza Guerra.

Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González,
Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México. **Autor para
correspondencia.** Av. Madero y Gonzalitos S/N, *Mitras Centro, Monterrey, 64460.*

Correo electrónico: alfredo.garza.g@outlook.com. Ningún conflicto de intereses.

Claudia Angélica Salinas Tijerina.

Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González,
Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México. Av. Madero y
Gonzalitos S/N, *Mitras Centro, Monterrey, 64460.* Ningún conflicto de intereses.