



Alianza terapéutica como protagonista frente al cambio.

La psicoterapia se define como un proceso de comunicación entre el profesional (psicólogo) y una persona que posee un malestar, el cual lo motivó a consultar, de manera que surja un efecto curativo de aquella relación dialógica. En el lenguaje, se establece una comunicación interpersonal cuyo objetivo es el cambio para



fomentar la buena salud del consultante. En este sentido, el vínculo o la relación parece ir primero que cualquier otro elemento de la psicoterapia.

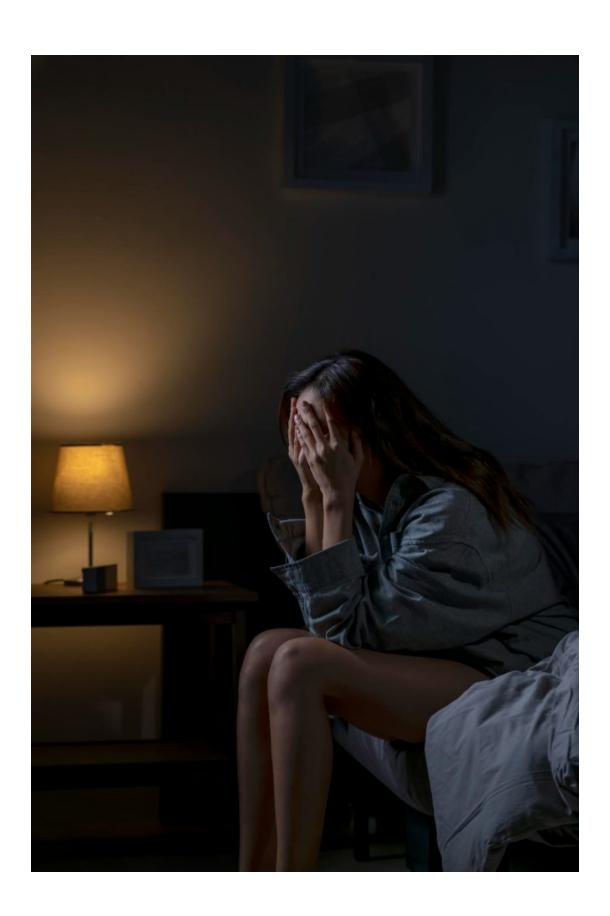
¡Hola! En el Newsletter de hoy hablaremos acerca la alianza terapéutica, su definición, su relevancia en la terapia, su diferenciación, su sintonía con el concepto de rapport, revisaremos técnicas y estrategias para establecer un oportuno vínculo psicoterapéutico con nuestros consultantes. Así que atentos quienes están marchando sus primeros pasos en el territorio de la psicología, en especial, la psicología clínica. ¡Comencemos!

¿Cómo impulsamos el cambio en terapia? la función sanadora del vínculo.

En psicología la investigación ha tomado dos rumbos distintos para caracterizar el proceso de psicoterapia. Por un lado, se investiga la eficacia de la terapia, se comparan modelos a modo general o concerniente a ciertos trastornos psicopatológicos; y también se estudia la influencia de elementos específicos de la psicoterapia. Un ejemplo de aquello sería el comportamiento de la APA (Asociación Psicológica Americana) que desde 1993 busca validar empíricamente ciertos tratamientos. Aun así, estos estudios no profundizan en gran manera los componentes de la relación psicoterapéutica, que podrían explicar la función curativa de la psicoterapia. En cambio, la segunda línea de estudio se enfoca en conocer qué es lo genuinamente terapéutico, enfocándose en los cambios y en cómo se producen. Han pasado generaciones de investigadores en este intento por estudiar este proceso de la terapia, siendo un elemento clave la alianza terapéutica.

En cuanto al diagnóstico en las diferentes versiones de los manuales de clasificación diagnóstica, los ataques de pánico se nombran como parte del trastorno de pánico, luego se especifica su manifestación con o sin agorafobia, para que en la actualidad la definición del trastorno de pánico se fuera perfilando; contando como requisito para el diagnóstico los ataques inesperados, la preocupación constante o cambios en la conducta. Hoy en día, un detalle novedoso e importante que destacar del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V), es que el ataque de pánico se considera un especificador en diversos trastornos, y es posible que su adición a los mismos prediga una mayor severidad de los síntomas y una menor respuesta al tratamiento.







¿A qué nos referimos con Alianza terapéutica?

El origen del término proviene de la tradición psicoanalítica, indirectamente usado por Freud (1913) a través del concepto de rapport; analista que prioriza como objetivo de intervención la adherencia del paciente hacia la terapia y hacia el analista. Es así como surgen diferentes conceptualizaciones sobre la relación terapéutica, llegando a definir el vínculo desde la colaboración de tareas y desde la relación afectuosa y de mutuo apoyo entre el profesional y el consultante.

Entre estos hallazgos, la conceptualización más aceptada ha sido propuesta por Bordin (1979), quien caracteriza el vínculo de psicoterapia como un proceso activo de cualquier relación orientada al cambio. El autor distingue tres elementos de la alianza terapéutica:

- 1. La red de conexiones positivas entre terapeuta y consultante, que determinan el tono emocional que tiene esté del primero, de manera que se funda la confianza, la empatía y la comprensión.
- 2. El acuerdo de los objetivos de terapia, existiendo un consentimiento de lo que se quiere lograr finalizado el proceso.
- 3. Un acuerdo en la realización de tareas y actividades, es decir, un compromiso con los medios para lograr los objetivos. Ambas partes están de acuerdo en la importancia en las actividades y sus responsabilidades.

Por otro lado, Horvath (1994) destaca el rol de la colaboración activa del paciente en terapia. Es más, el mismo hecho de lograr una colaboración es central para el desarrollo de la intervención, en cuanto existe una relación positiva y un deseo de cambio. En este sentido, el vínculo también se debe percibir desde un sentimiento de "estar a gusto" y de corresponsabilidad en el trabajo etapa tras etapa.

Características de la alianza terapéutica.

En razón de los estudios que intentan caracterizar, definir y medir la alianza terapéutica, se puede destacar lo mencionado por González (2005) quien señala que:

- 1. Es una de las claves para conseguir el cambio. Está validada en varios modelos de psicoterapia.
- 2. Es un concepto ampliamente estudiado para entender la relación terapéutica. Estudios avalan una correlación positiva con los resultados de cambio, es decir, que el vínculo está involucrado en la mejora de la salud.
- 3. No existe una definición homogénea o genérica del concepto de alianza, más bien depende del instrumento de medición que aterriza el concepto. Igualmente, se consideran componentes comunes sobre el vínculo personal, el acuerdo de los objetivos de terapia y la colaboración en las actividades y tareas.
- 4. Las escalas que miden la alianza aún requieren adecuadas propiedades psicométricas, vale decir, que cuenten con un buen grado de validez y adecuación que permita comprobar lo que están midiendo.

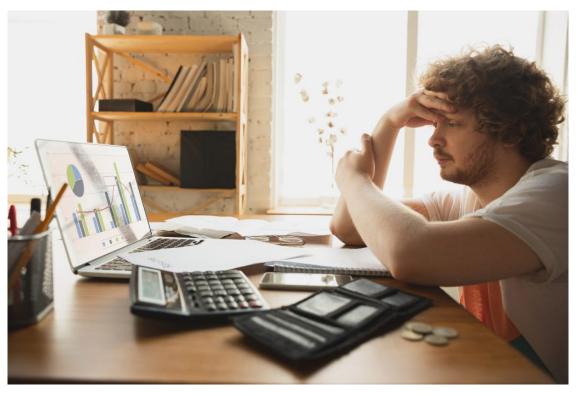


- 5. Según Horvath y Bedi (2002), un aspecto en común de las formulaciones modernas sobre la alianza psicoterapéutica es el acento en la colaboración activa y el consenso mutuo. La calidad de la relación incluye elementos cognitivos (acuerdo en metas y en tareas), un lazo afectivo, un sentido de equipo, un aspecto intencional y consciente, y elementos del pasado de cada integrante.
- 6. Si bien, no existe un consenso de un patrón de alianza durante las fases de tratamiento, existen un consenso de los estudios en indicar que los momentos iniciales son cruciales para establecer el vínculo. De lo contrario, las expectativas de éxito de la terapia $peligran, o \ también \ existe \ el \ riesgo \ de \ que \ el \ consultante \ abandone \ prematuramente \ la \ intervención.$
- 7. Según el autor algunos factores que afectan el vínculo son (González, 2005, p.19):
 - 1. Variables del consultante: severidad del cuadro clínico, trastorno, relaciones objétales, conducta de apego en la infancia.
 - 2. Variables del terapeuta: habilidades interpersonales y comunicación, empatía, calidez, experiencia, formación, comportamiento y/o actitudes negativas.
 - 3. Variables de la interacción: complementariedad entre terapeuta y paciente y colaboración entre los participantes de la díada.
 - En la actualidad existe un gran interés en conocer los aspectos de las relaciones terapéuticas, indagando en las variables que intervienen, los tipos de quiebres de alianza, sus causas y soluciones, y la relación del vínculo con los resultados de la
 - "Cuando se aproxima una crisis, siento que me cuesta respirar, siento que me asfixio y me mareo. Pienso que me desmayaré o moriré" "Sufro de un intenso pánico hasta volver a la calma"

 - "Tengo miedo de experimentar una futura crisis de pánico"

Cabe destacar, que estos estímulos internos desagradables a diferencia de los externos, suelen ser menos predecibles y difíciles de manejar a nivel consciente; por esto suelen producir un miedo muchos más intenso, reiterado, no anticipado y genera una mayor ansiedad anticipatoria sobre su vivencia. La combinación de estas sensaciones propioceptivas y los significados atribuidos conllevan a la formación de este circuito de miedo patológico, lo cual activa procesos psicofisiológicos, estrategias de acción personal orientadas a la evitación y estrategias de interacción social en la búsqueda de apoyo constante en personas significativas. Estas estrategias al ser efectivas en un primer momento, al ser repetidas por los sujetos, se convierten en rígidas e inadaptativas a largo plazo; perpetuando la ocurrencia de las crisis de pánico.

En resumen, los ataques de pánico forman parte de un complejo círculo vicioso donde intervienen reacciones fisiológicas, percepciones y creencias sobre los síntomas, la activación de un intenso terror y un conjunto de estrategias desadaptativas, pues no se enfrenta este miedo. Por ende, al referirnos al ataque de pánico se apunta a una cadena de elementos o aspectos que interactúan entre sí.





Diagnóstico diferencial del ataque de pánico.

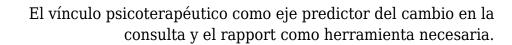
Como se mencionó con anterioridad, el ataque de pánico suele aparecer asociado a otras patologías como un especificador, además de conformar el trastorno de pánico; un trastorno que se ha presentado en el 90% de la población en conjunto con otra patología psiquiátrica, donde un 33% de los sujetos fueron diagnosticados con un trastorno depresivos que lo antecede.

Siendo una patología dinámica entre persona y su contexto, muchas de las patologías asociadas se categorizan según su expresión a través del pánico o su evitación, las cuales pueden ser parte de una secuencia complementaría. De ahí que se asocian otras patologías debido a lo incapacitante que son las crisis. Algunos trastornos comórbidos son los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, trastornos del control de impulsos, trastorno por consumo de sustancias, trastornos psicóticos, trastorno de personalidad y trastornos de alimentación. Asimismo, el trastorno de pánico es frecuente encontrarlo junto a patologías médicas como el cáncer, la tiroides, patologías cardíacas, migraña, síndrome del intestino irritable y enfermedades respiratorias.

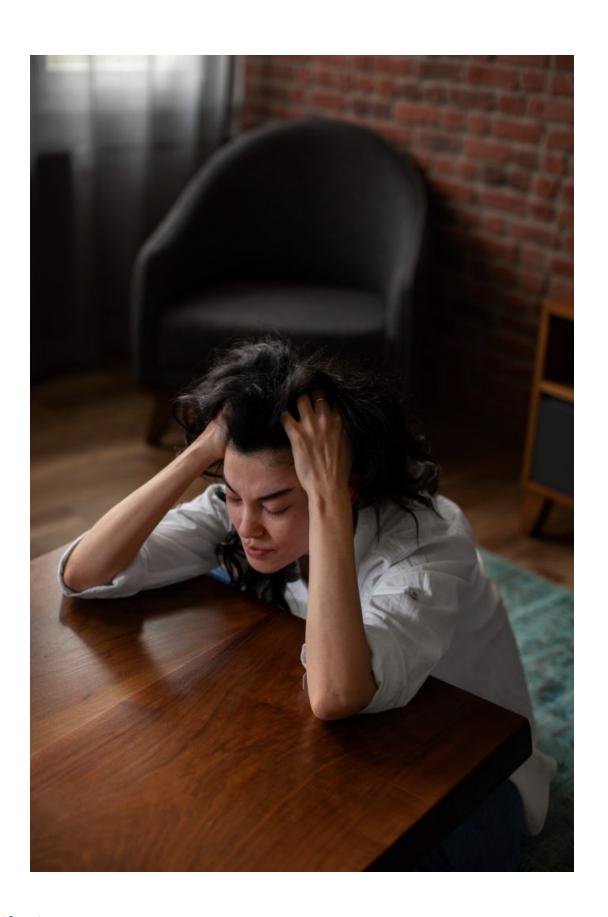
Debido a la frecuente comorbilidad con otras patologías, se debe realizar un diagnóstico diferencial. Este se realiza mediante la entrevista clínica con un profesional de salud mental, la información complementaria de padres y profesores en el caso de los escolares, y su complemento con herramientas de evaluación, en especial, con la utilización de la Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico; instrumento disponible para médicos que determina la gravedad y el progreso de un tratamiento. Igualmente, se puede completar el Inventario de Ansiedad de Beck como instrumento de autoaplicación que registra los síntomas más comunes de ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) que también se autoaplica para conocer las dimensiones de ansiedad-estado y ansiedad rasgo. Este primer acercamiento al diagnóstico siempre debe descartar alguna afección médica con un especialista en el área, ya que se deben descartar patologías pulmonares, neurológicas, cardiovasculares, endocrinas y de la intoxicación y abstinencia del consumo de sustancias.



No es angustia ni ansiedad, es pánico: confusiones más comunes Es fácil que nos confundamos de diagnóstico, porque muchos trastornos parecen tener en común aquellas manifestaciones emocionales intensas, llegando a perturbar el funcionamiento cotidiano de la persona. Aquí te ofrecemos una breve descripción y diferenciación de algunos trastornos que suelen confundirse con el trastorno de pánico o el ataque de pánico en sí mismo, descritos en el libro de Giorgio Nardone (2012) No hay noche que no vea el día, La terapia breve para los ataques de pánico:









- 4. La ansiedad generalizada: uno de los primeros trastornos que se confunde con el trastorno de pánico. Se diferencia de éste debido a que existe una pérdida de control total, donde la persona vive en un estado constante de alerta con síntomas similares al pánico pero sin llegar a tal expresión devastadora e incontrolable. Requiere de un tratamiento diferenciado.
- 5. La angustia: está se manifiesta como una opresión profunda en el pecho, como si estuviera siendo oprimido, dificultando el paso del aire, y se acompaña de un temor por un asunto que no se desea pero que se percibe como irremediable. El estado de constante angustia suele culminar en el trastornos comatoformes. Su tratamiento debe ser distanciarse de las estrategias terapéuticas para el pánico, ya que pueden generar un efecto iatrogénico o neriudicial.
- 6. El trastorno de estrés postraumático: este se distingue por estados de angustia, agitación y temor, por lo que suele confundirse con el pánico; sin embargo, destaca por los recuerdos y sensaciones intrusivas producto de una experiencia perturbadora. Si bien, las reacciones activadas en quien sufre corresponden al pánico, esté cesa una vez tratado el trastorno.
- 7. Hipocondría y patofobia: en ambos trastornos existe una necesidad de mantener el propio cuerpo bajo control, lo que en consecuencia produce efectos somáticos que alertan y atemorizan a la persona hasta el pánico. Por ende, el tratamiento se enfoca en las fijaciones obsesivas y no en las reacciones.
- 1. El trastorno obsesivo compulsivo: muy similar a los trastornos anteriores, lo que caracteriza al trastorno son las obsesiones. Estas llevan a compulsiones que ponen en práctica las necesidades imperantes y obsesivas; de no ser satisfechas, culmina en reacciones de pánico.
- 2. Las dinámicas relacionales: muchas crísis surgen de algún problema relacional, por ejemplo, una pelea de pareja o una ruptura. En este caso no se interviene en el pánico, ya que contribuye a mantener la patología relacional que se debe solucionar.
- 3. La histeria de conversión: se caracteriza por el cambio constante de los síntomas, hasta crear los efectos esperados. Estas personas pueden sentirse deprimidas, a veces sienten pánico, otras veces son hipocondirácos teres de la tratamiento son forma potos aolto en lo mánico a literaturante nosterá forma potos en constantes.

Modelos de terapia: como anillo al dedo.

El tratamiento con mayor apoyo empirico y que destaca por su efectividad para los alaques de pánico es la terapia cognitivo-conductual (TCC), la cual cuenta con ventajas en la rentabilidad, se puede realizar en formato grupal o individual y sus resultados suelen mantenerse a largo plazor inclusos, promuevem nejorias para el hienestar en el tratajo parableo com palologias comórbidas como los trasdoros de assisiedad y depresión. Estos modelos resultan el roi del miedo hacia los sintomas del pánico para su mantenimiento. Algunos componentes recientes para el tratamiento en la religición algulación, el recurriemaniento de la respirición, las reterriemanientos del a respirición, las restructuración con el cambio de las prespirición, hacia de las resultacións de la resultación de la respirición para su mantenimiento. Algunos componentes recientes para el tratamiento de la religición algulación, el recurriemaniento poso cosa dos, han demonstrado cion o el cambio de las prespirición hacia de la percepción de la semación de la superciención del superciención altre del partición de la superciención del superciención de la superciención del supe

Sin perjuicio de lo anterior, existen tratamientos que también han demostrado ser efectivos, pero que se centran en la secuencia o pasta sintomática, más que en modelos explicativos. A diferencia del enfoque cognitivo-conductual, en el modelos sistémico se emplean una diversa variedad de teóricas cognitivos y sistemicas, en razion de resolver los sintomas en poco tiempo. Una de las técnicas terapeiuta principales del renfique sistémico son has prescripciones paradiojales, las caudes anunha el comportamiento animalo, solución intentada fallula involuntaria que mantenia los sintomas, y que gracias a al personicipali de la human sea conviete en coluntaria y amunes, el circulo viciono del mindo patológico, se rompo, gracias al dominior cascidente y voluntario de sintoma tempoli. De esta manera, el circulo viciono del mindo patológico, ser rompo, gracias al dominior cascidente y voluntario de sintoma tempoli. De esta manera, el circulo viciono del mindo patológico, se rompo, gracias al dominior de sintoma tempoli. De esta manera, el circulo viciono del mindo patológico, se rompo, gracias al dominior de sintoma tempoli. De esta manera del del negli patológico.

A modo resumen, explicamos brevemente las diferencias entre la TCC y la terapia estratégica sistémica en tratamiento de los ataques de pánico, ofrecida por Nardone en su libro antes citado

- La TCC tiene sus bases en la teoria del aprendizaje, de manera que el cambio se obtiene por medio de técnicas cognitivas y conductuales relacionadas a un enfoque explicativo, donde el terapeuta ocupa un roi de «trainer». En cambio, en la terapia breve estratégica se basa en la teoria del cambio, donde se promueven nuevas perspectivas sobre el mundo mediante la promoción de experiencias emocionales correctivas; a través de la utilización de estratagemas del terapeuta. En este caso el terapeuta actúa como un «sabio estratega».
- 5. Ta 1 TC el proceso inicia con la concientazación del problema y de las capacidades y recursos que la persona dispose, para trabajor el miente patológico. Se parte de la permisa des "conocer para cambia". Per otro lado, la trespia berve estratégica pretende generar el cambio mediante diálogo y la persona se basejo conociente de capacidades y recursos. La repuisa des "conocer para cambia". Per otro lado, la trespia berve estratégica pretende generar el cambio mediante diálogo y la persona se basejo conociente de capacidades y recursos. La repuisa des "conocer". Este modio observado portecidorio, de forma que los productividad.



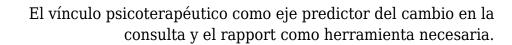


La descriptiones antes presentates, Genes la intención de promoverés al lector una mirada general de las teragias más efficientes para el tratamiento de los ataques e de piatos, para que pueda indugar en el modelo de teragia que nia le acomodo. Igualimento, estima entre toros tratamientos por la cataque de piatos, para que pueda indugar en el modelo de teragia que nia le acomodo. Igualimento, estima entre su producio de la cataque de piatos, por que se cuentam como el sufficiente apor por estamientos por la cataque de piatos, para que pueda inducidos en propriama levres para deliminar in el termar a las sessaciones de la analestica, la Teragia Compliante de la cataque de piatos, para que pueda inducidos en propriama levres para deliminar in el termar a las sessaciones de la analestica, la Teragia Compliante de la cataque de piatos, para que pueda inducidos en propriama levres para distribución de la cataque de piatos, para que pueda inducidos en propriama levres para deliminar de la cataque de piatos, para que pueda inducidos en propriama levres para deliminar de la cataque de piatos, para que pueda inducidos en propriama levres para deliminar de la cataque de piatos, para que pueda inducidos en propriama levres para deliminar de la cataque de piatos, para que pueda inducidos en propriama levres para deliminar de la cataque de piatos, para que para que la cataque de piatos, para que para que para de la cataque de piatos, para que para que la cataque de piatos, para que par

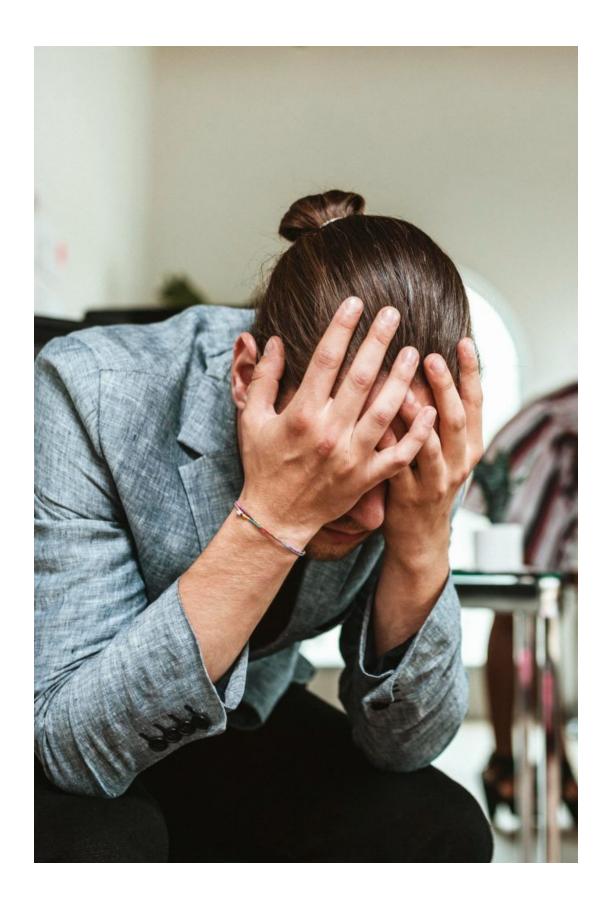
Uso de fármacos para el manejo de un ataque de pánico

Other International Conference on Section Co

Libres del pánico: Cómo dominamos el miedo patológico.









- 6. Enfertar el niedo contra el niedo: os crucial aceptar el niedo para utilizarlo a nuestro favor. Podemos escoger ser valientes para traspasar nuestros limites y ver de lo que somos capaces. Si nos enfrentamos a lo tenido, podremos impedir que se alimente un miedo mayor a la vez qu
- Exaspera preductive so antiquos excitores chinos en sus libros mencionaron la siguiente estratagema: <->. Enfrentarse de forma gradual a lo temido y sus sensaciones asociadas, genera mayor confianza en los recursos personales. Para esto se puede practicar la exposición gradual a las
- 1. Educar on electricinado es un migar sequir, inspue el un trenigu o uteriminado un termina de transportación en la missasse reformados en un migar sequir, inspue en un trenigu o uteriminado un terminado en la missasse servicionado en la missasse en la
- Tecnica para el manejo de un aleque de pásico los ejercicios de respiración profunda son útiles para distaniarión anadada, mediante la dissumancián consciente de la respiración y centrarse en respiración passadas, profundas y ritunicas. Per ejemplo, podemos realizar la técnica 5,55; en esegundos inhalamos, en 5 segundos rechestemos y es 5 segundos enhalamos. Chia tenica pedes enhalamos enhalamos

Hasta aqui termina muestra Newsletter del dia de hoy. Vimos como los ataques de pianico son más que sobre reacciones al miedo intenso, sino que se desarrolla por las interacciones de componentes psicofisiológicos, acciones personales y estrategias que fecundan el pianico, porque le rebisyas. Como personas que enfrenha desaños y problemas a diarira, no podemos encequerences por el miedo, aprendamos de él para trascender, descubramos de lo que somos capaces de hacer.

Chichado a Ferninder Pessous al Líne demetio la bende de la fundo de ha de la fundo de

¡Puede que nos sorprenda lo que pudimos hacer, gracias al valor que tuvimos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amodeo, E. S. (2017). Trastorno de pánico y su tratamiento psicológico. Revisión y actualización. Revista Katharsis, N 23, pp. 166-176. http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis
- Caballo, V. E. (2007). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 1). Siglo XXI.
 Ceberio, M. R. (2020). Uso de Prescripciones paradoiales en trastornos de pánico y apprafoblas: un estudio de revisión. Calida
- Fernander Basen, Martina y Zaassis, Seroja (2013). Lo que no escapa a la estructura de la asquestic las crisis de pánico. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación XI Encountre de Investigación y Discontra Constante de Investigación y Práctica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación XI Encountre de Investigación y Discontra Constante de Investigación y Práctica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII Jornadas de Investigación y Tractica Profesional en Psicologia XXII
- Garcia, H. B. A., & Contreras, A. H. (2019). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ataques de pánico
- Nardome, G. (2016). La terapia de los ataques de pánico: Libres para siempre del miedo patelógico. Herder Editorial.
 Vialdes, R. S. Saland, N. King, R. & Dolliveira, C. (2021). Recognition and treatment of Psychiatric emergencies for health care providers in the emergency department: panic attack, panic disorder, and adverse drug reactions. Journal of emergency mursing, 47