



El vínculo psicoterapéutico como eje predictor del cambio en la consulta y el *rapport* como herramienta necesaria.

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.

El vínculo psicoterapéutico como eje predictor del cambio en la consulta y el rapport como herramienta necesaria.



¿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.

El vínculo psicoterapéutico como eje predictor del cambio en la consulta y el rapport como herramienta necesaria.

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 diada.
- 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 intervención.

"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.



El vínculo psicoterapéutico como eje predictor del cambio en la consulta y el rapport como herramienta necesaria.

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 depresivo 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 complementaria. 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*:

El vínculo psicoterapéutico como eje predictor del cambio en la consulta y el rapport como herramienta necesaria.



El vínculo psicoterapéutico como eje predictor del cambio en la consulta y el rapport como herramienta necesaria.

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 trastorno de depresión o en trastornos somatoformes. Su tratamiento debe ser distanciarse de las estrategias terapéuticas para el pánico, ya que pueden generar un efecto iatrogénico o perjudicial.
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 fobia: 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 crisis 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 hipocondríacos, etc. Si el tratamiento se enfoca solo en el pánico, el tratamiento será frustrante repleto de mejoras y recaídas constantes.

Modelos de terapia: como anillo al dedo.

El tratamiento con mayor apoyo empírico y que destaca por su efectividad para los ataques 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 plazo; incluso, promueven mejoras para el bienestar en el trabajo paralelo con patologías comórbidas como los trastornos de ansiedad y depresión. Estos modelos resaltan el rol del miedo hacia los síntomas del pánico para su mantenimiento. Algunos componentes recientes para el tratamiento es la relajación aplicada, el reentrenamiento de la respiración, la reestructuración cognitiva, la exposición a las sensaciones corporales temidas y las técnicas de intervención vagal. Estudios de hace unos pocos años, han demostrado cómo el cambio terapéutico basado en la percepción de la autoeficacia ante el pánico y la reestructuración cognitiva de las creencias catastróficas, son esenciales para la superación de la experiencia de pánico.

Sin perjuicio de lo anterior, existen tratamientos que también han demostrado ser efectivos, pero que se centran en la secuencia o pauta sintomática, más que en modelos explicativos. A diferencia del enfoque cognitivo-conductual, en el modelo sistémico se emplean una diversa variedad de técnicas cognitivas y sistémicas, en razón de resolver los síntomas en poco tiempo. Una de las técnicas terapéuticas principales del enfoque sistémico son las prescripciones paradójicas, las cuales anulan el comportamiento anómalo; solución intentada fallida involuntaria que mantenía los síntomas, y que gracias a la prescripción de la misma se convierte en voluntaria y manejable. De esta manera, el círculo vicioso del miedo patológico se rompe, gracias al dominio consciente y voluntario del síntoma temido. En estos casos, no se consigue el cambio desde la lógica racional que también mantuvo las estrategias de adaptación, sino que se trabaja con lo irracional, más bien, se trabaja desde el cambio comportamental, es decir, desde una experiencia emocional correctiva.

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:

4. La TCC tiene sus bases en la teoría 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 rol de «trainer». En cambio, en la terapia breve estratégica se basa en la teoría 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. En la TCC el proceso inicia con la concientización del problema y de las capacidades y recursos que la persona dispone, para trabajar el miedo patológico. Se parte de la premisa de: «conocer para cambiar». Por otro lado, la terapia breve estratégica pretende generar el cambio mediante el diálogo y la prescripción de la conducta, de forma que luego la persona se haga consciente de capacidades y recursos. La premisa es: «cambiar para conocer». Este modelo sobresale por su mayor eficiencia, eficacia y productividad.

El vínculo psicoterapéutico como eje predictor del cambio en la consulta y el rapport como herramienta necesaria.



Las descripciones antes presentadas, tienen la intención de promoverle al lector una mirada general de las terapias más eficientes para el tratamiento de los ataques de pánico, para que pueda indagar en el modelo de terapia que más le acomode. Igualmente, existen otros tratamientos psicológicos para el ataque de pánico, pero que no cuentan con el suficiente apoyo científico. Existe el entrenamiento respiratorio, los ejercicios físicos de mediana y alta intensidad incluidos en programas breves para disminuir el temor a las sensaciones de la ansiedad, la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (TCBM) que trabaja en la atención plena y la aceptación de la experiencia de pánico. Asimismo, existen alternativas de autoayuda, como el tratamiento online y de realidad virtual, que son ventajosas por su accesibilidad; aunque existen pocos estudios que lo avalen.

Uso de fármacos para el manejo de un ataque de pánico

Otro tratamiento válido para tratar los ataques de pánico y el trastorno de pánico es el tratamiento farmacológico. En atención de emergencia, es fácil encontrarnos con la administración de benzodiazepina de acción corta como ALPRAZOLAM (Xanax) con el objetivo de reducir los síntomas de ansiedad severos. Los medicamentos de primera línea para el pánico son los ISRS, algunos de estos fármacos aprobados por la Administración Federal de Medicamentos (FDA) para el trastorno de pánico son la Sertralina (Zoloft), Paroxetina (Paxil) y la Fluoxetina (Prozac). Ahora bien, existen efectos secundarios de los fármacos que son predecibles, como agitación, náuseas, mareos, diarrea, sudoración, dolor de cabeza, estreñimiento y disfunción sexual. Sin embargo, las reacciones perjudiciales o graves no son usuales.

El tratamiento a largo plazo debe ser acorde a las necesidades de cada persona y puede incluir una complementariedad entre medicación, psicoterapia, educación y otras terapias complementarias. No obstante, como menciona Nardone (2016), aunque el fármaco actúa rápidamente calmando los síntomas del pánico, este funciona como un sustituto de la capacidad de gestión del sujeto; desestimando la autoeficacia y autoconfianza en las capacidades, perpetuando el círculo del miedo patológico. Por ende, apostamos por el tratamiento psicoterapéutico que rompe la cadena patológica del miedo.

Libres del pánico: Cómo dominamos el miedo patológico.

El vínculo psicoterapéutico como eje predictor del cambio en la consulta y el rapport como herramienta necesaria.



El vínculo psicoterapéutico como eje predictor del cambio en la consulta y el rapport como herramienta necesaria.

6. Enfrentar el miedo contra el miedo: es crucial aceptar el miedo para utilizarlo a nuestro favor. Podemos escoger ser valientes para traspasar nuestros límites y ver de lo que somos capaces. Si nos enfrentamos a lo temido, podremos impedir que se alimente un miedo mayor a la vez que incrementamos la confianza en nosotros mismos.
7. Exasperar para reducir: Los antiguos escritores chinos en sus libros mencionaron la siguiente estrategia: <>. 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 fantasías terroríficas en un lugar seguro, luego en un tiempo determinado del día, para después permitirlos en actividades cotidianas, y por último experimentarlas en momentos críticos de miedo o ansiedad.
8. Educar en el descubrimiento: Es necesario permitir que niños y jóvenes descubran sus capacidades y las incrementen mediante la experiencia y la superación de las dificultades, ejerciendo la dinámica del ensayo y error. Como adultos no debemos anteponerlos o evitarles el dolor o el sufrimiento, sobreprotegerlos, pues anulamos la oportunidad de crecer y desarrollar una autonomía y una sensación de autocoincidencia sana.
9. Técnicas para el manejo de un ataque de pánico: los ejercicios de respiración profunda son útiles para disminuir la ansiedad, mediante la disminución consciente de la respiración y centrarse en respiración pausadas, profundas y rítmicas. Por ejemplo, podemos realizar la técnica 5,5,5: en 5 segundos inhalamos, en 5 segundos retenemos y en 5 segundos exhalamos. Otra técnica puede ser la imaginación guiada, que consiste en imaginarse en un entorno sereno y seguro.

Hasta aquí termina nuestra Newsletter del día de hoy. Vimos como los ataques de pánico 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 pánico, porque lo rehidra. Como personas que enfrentan desafíos y problemas a diario, no podemos enneguercernos por el miedo, aprendamos de él para trascender, descubramos de lo que somos capaces de hacer.
Citando a Fernández Pessoa: «¡Levánt encima los heridos de todos los batallas que he estado!»

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Amodeo, E. S. (2017). Tratamiento de pánico y su tratamiento psicológico. Revisión y actualización. *Revista Katharsis*, N 23, pp. 166-178. <http://revistas.iao.edu.co/index.php/katharsis>
- Asmundson, G. J., Taylor, S., & Aj Smit, J. (2014). Panic disorder and agoraphobia: An overview and commentary on DSM-5 changes. *Depression and Anxiety*, 31(5), 488-498.
- Cabañero, V. E. (2007). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 1). Siglo XXI.
- Cabañero, M. R. (2020). Uso de Prescripciones paroxídicas en tratamientos de pánico y agorafobia: un estudio de revisión. *Calidad de Vida y Salud*, 13(ESPECIAL), 2-17.
- Fernández Ramo, Martina y Zamorá, Sergio (2015). Lo que no escapa a la estructura de la angustia: las crisis de pánico. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- García, H. B. A., & Contreras, A. H. (2019). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ataques de pánico. *Revista de casos clínicos en salud mental*, 7(1), 5-14.
- Nardone, G. (2012). No hay noche que no sea el día: la terapia breve para los ataques de pánico. Herder Editorial.
- Nardone, G. (2016). La terapia de los ataques de pánico: Libro para siempre del miedo patológico. Herder Editorial.
- Valdés, R., Salari, D., King, R., & De Oliveira, G. 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 nursing*, 47(3), 459-468.