

Uso de Prescripciones paradójales en trastornos de pánico y agorafobias: un estudio de revisión

Use of Paradoxical Prescriptions in Panic Disorders and Agoraphobia. Review study

Marcelo Rodríguez Ceberio
Universidad de Flores

Contacto: marcelorceberio@gmail.com

Resumen: Los trastornos de ansiedad, principalmente los trastornos de pánico y agorafobias, son trastornos que acucian a la sociedad posmoderna. Por tal razón, hacen falta tratamientos efectivos y a corto plazo. La presente revisión tiene como objetivo identificar las investigaciones que asocian tratamientos en agorafobia y trastornos de pánico, que apliquen el modelo sistémico en psicoterapia y que, fundamentalmente, utilicen las prescripciones paradójales. Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura siguiendo las directrices PRISMA (Urrútia & Bonfill 2010) y las bases de datos utilizadas fueron: Scielo, Redalyc y Google académico. La búsqueda se configuró a través de la intersección de los descriptores como “pánico”, “agorafobia”, “prescripciones paradójales”. Después de realizar la progresión de los conceptos en los tres buscadores y de haberse acotado los resultados a los últimos 5 años y en idioma español, se obtuvieron 2749 artículos. A este resultado se lo restringió a la disciplina “psicología” quedando un total de 190 artículos que, suprimiéndose las repeticiones y con un repaso manual para seleccionar los relevantes para la temática, se totalizó 8 artículos que referían a la búsqueda. Se observaron que el uso de las prescripciones paradójales no es de gran aplicación, y que dado los resultados en las investigaciones que hemos estudiado, merecerían mayor desarrollo dada su efectividad.

Palabras Clave: pánico, agorafobia, prescripciones paradójales, tratamiento sistémico.

Abstract: Anxiety disorders, mainly panic and agoraphobic disorders, are pathologies that undermine postmodern society. For this reason, effective and short-term treatment is needed. The purpose of this review is to identify the investigations that associate treatments in agoraphobia and panic disorders, that apply the systemic model in psychotherapy and that use the paradoxical prescriptions. A systematic review of the literature has been carried out following the PRISMA guidelines (Urrútia & Bonfill 2010). The databases used were: Scielo, Redalyc and Google academic. The search was configured through the intersection of the descriptors as "panic", "agoraphobia", "paradoxical prescriptions". After carrying out the progression of the concepts in the three search engines and having limited the results to the last 5 years and in Spanish, 2749 articles were obtained. This result was restricted to the discipline "psychology" leaving a total of 190 articles that, suppressing the repetitions and with a manual review to select the relevant ones for the subject, were totaled 8 articles that referred to the search. It was observed that the use of paradoxical prescriptions are not of great application, and that given the results in the investigations we have studied, they would deserve further development given their effectiveness.

Keywords: panic, agoraphobia, paradoxical prescriptions, systemic treatment.

Los ataques de pánico y las agorafobias (y la combinación de ambas) 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. Los síntomas por lo general son crónicos con una tasa de remisión de 39%, mientras que la recurrencia es de 82 y 51% en mujeres y hombres, respectivamente (Ceberio, 2014). Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2001, aproximadamente cuatrocientos cincuenta millones de personas padecían algún tipo de trastorno mental en el mundo. Los trastornos de ansiedad son considerados como los trastornos mentales más comunes en la mayoría de los países (Puchol Esparza, 2003).

Aproximadamente un 10% de la población general adulta ha experimentado una crisis de pánico, aunque en la mayoría de los casos no llega a desarrollarse el ataque y el porcentaje de personas de la población general que lo padece en algún momento de su

vida, oscila entre el 1,4% y el 2,9% (Robins et al., 1984). Del mismo modo, el DSM-IV-(2002), la prevalencia anual se sitúa entre el 1,5 y el 3,5% de los cuales el 50% presentan agorafobia. Aquellas personas que padecen un ataque de pánico o situaciones de agorafobia, que no fueron diagnosticados y tratados correctamente, tienen la creencia de que sufren una enfermedad con peligro vital puede causarles una ansiedad crónica y debilitante y conducirles a visitas excesivas a centros asistenciales. Las posibles consecuencias del trastorno son, a saber, el deterioro en el funcionamiento laboral y social, la pobre autoestima, conductas hipocondríacas, el abuso de alcohol o ansiolíticos, e incluso el incremento de muertes prematuras y suicidios.

Según encuestas epidemiológicas comunitarias realizadas en los Estados Unidos, tales como la Epidemiological Catchment Area Survey de 1984 y la Nacional Comorbidity Survey de 2000, el trastorno de pánico es el más frecuente entre la gente que se decide a buscar tratamiento (Suárez Richards, 2006). 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.

La Agorafobia, es otra manifestación de miedo o la ansiedad significativa generada por encontrarse en lugares o situaciones de los cuales puede resultar difícil o vergonzoso escapar. Está especialmente relacionada con el temor intenso a los espacios abiertos o públicos en los que pueden presentarse aglomeraciones, estar fuera de casa sin compañía, en una multitud, formando una fila, cruzando un puente o viajar en medios de transporte. Está estrechamente relacionada con el trastorno de pánico y debe establecerse un diagnóstico diferencial. El agorafóbico tiende a evitar situaciones potencialmente ansiógenas como lo pueden ser: salir de casa, usar transportes públicos, ir de compras, comer en restaurantes, entrar al cine, hacer deporte, viajar, estar en lugares públicos o áreas amplias, etc. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.

El inicio de una crisis de pánico se produce de modo inesperado, causada por una asociación de desencadenantes ambientales compuestos por estímulos externos e internos. 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. Los síntomas son

cognitivos, motores y psicofisiológicos y son los siguientes: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, des-realización o despersonalización, miedo a morir, perder el control o volverse loco, parestesias, escalofríos o sofocaciones (Puchol Esparza, 2003).

Los síntomas físicos antes enumerados, son sazonados por fantasías de pérdida de control, cuyos máximos exponentes son el miedo a la locura y el miedo a la muerte. Bastará que algunos de estos síntomas se presenten en alguna situación, para que en un efecto dominó se detonen los restantes. Esta forma de cascada que los síntomas adquieren, muestra como cada uno abre la puerta del siguiente. La persona siente cierta opresión en el pecho y le aparece la idea que se puede ahogar, por ende, se conecta con su respiración: algo tan natural se convierte en consciente. Comienza a respirar profundamente terminando en hiperventilación. Tengamos en cuenta que en la respiración se inhala oxígeno y exhala dióxido de carbono. La excesiva respiración lleva a reducir los niveles de dióxido de carbono en sangre, lo cual causa síntomas, por ejemplo, de mareo, de allí el revoltijo de estómago y las náuseas (Ceberio, 2014). Por tales razones, el efecto dominó hace gala de la profecía autocumplidora (Watzlawick, 1988;

Ceberio & Watzlawick, 1998): la persona no padece el miedo, sino que lo construye, concepto que también sirve como maniobra estratégica en el tratamiento terapéutico.

Prescripciones de Comportamiento

Puesto que la presente revisión se centra en las prescripciones paradójales, cabe en este apartado desarrollar algunas especificidades de las prescripciones de este tipo. Las prescripciones de comportamiento es un recurso técnico que pauta y actúa en la pragmática de manera dinámica, evitando racionalizaciones y elucubraciones teóricas. Las tareas, encuentran el camino contrario al trabajo terapéutico tradicional que va de la reflexión, explicación o *insight*, a la acción, donde se espera que la persona haga el pasaje de lo cognitivo a lo pragmático. En las prescripciones, en cambio, el proceso es inverso: se va de la acción a la reflexión o de la acción a una nueva forma de percibir, puesto que se descubren nuevas posibilidades de observar los hechos, por ende, es factible construir una realidad distinta.

También, prescribir una acción lleva a que se desestructuren circuitos recursivos rígidos y bloquear soluciones intentadas, llevando a revertir la conflictiva presentada (Watzlawick et al., 1974). Como bien lo señala el autor, nada impide que el cambio se produzca mediante una forma activa de participación del terapeuta. O sea, que el profesional pueda mandar a realizar comportamientos que permitan obtener un cambio desde la acción concreta y no desde la

reflexión como prolegómeno del cambio. En el arte de prescribir, la inducción que produce el uso del lenguaje hipnótico conlleva la realización de discursos elaborados en donde se habla el lenguaje del consultante. En esta táctica se remarcan algunas de las frases más estereotipadas y se remedan ciertos gestos, abundando en prolijas descripciones que enriquecen la producción de imágenes a priori en la cognición, con el consecuente emergente de sensaciones. De esta manera, se crea la intención de desarrollar el “como sí” en la pragmática.

Las prescripciones forman parte de las técnicas llamadas pragmáticas (Linares. 1996), conjuntamente con las del Psicodrama, tales como la “silla vacía” o las “esculturas” desarrolladas por Satir (1972, 1980), Onnis (1997), entre otros. En terapia sistémica en la mayoría de los modelos se implementan prescripciones de diversos tipos. Minuchin (1977), Minuchin & Fishman (1988) en el modelo estructural, M. Selvini y el equipo de Milán (1975, 1989) en cuyos orígenes hacían la “prescripción invariable”, pero fue el equipo del Mental Research Institute (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974) quienes más usaron este tipo de técnica en pos de realizar cambios eficaces en tiempo breve. No obstante, otros modelos sistémicos más eclécticos prescriben acciones: Andolfi (1977); Ceberio y Watzlawick (2011); Linares (1996); Nardone (1993); Onnis (1997).

La prescripción de tareas puede activar

un mecanismo de acciones y retroacciones - como efecto dominó o una reacción en cadena- que no solamente repercutirá en los planos emocional y cognitivo del paciente, sino en su entramado de relaciones. Encuentran sus fundamentos teóricos en el Constructivismo piagetiano: la realidad se construye mediante la acción. Jean Piaget en la “Construcción de la realidad en el niño” (1937) y a lo largo de toda su obra, señala que el infante construye su aparato cognitivo –y esta es la base de su teoría cognitiva- a través del método del ensayo y error.

Las prescripciones en general -más específicamente las paradójicas- ponen en juego las herramientas del hemisferio derecho. Por esta causa, alteran la lógica racional y someten a la persona a confrontarse, no solamente con su propia ineficacia, sino con parámetros que exceden sus posibilidades de análisis lógico. Quiere decir que las prescripciones de comportamiento, actúan sobre diferentes planos con relación al cambio: cognitivo, sistémico y emocional (Ceberio & Watzlawick, 2011). Dentro del diseño de las prescripciones se encuentran aquellas que no alteran la lógica racional. Son formas simples y consisten en aplicar soluciones que no se han intentado, sin entrar en planteos paradójicos. Estas tareas dan en llamarse “prescripciones directas” (Ceberio & Watzlawick, 2011). Las prescripciones de tareas –principalmente las de desvío y paradójicas- desestructuran los intentos de solución

tradicionales que son los que sostienen la sintomatología pánica. Son de gran utilidad, pero también le exigen al terapeuta un nivel de maniobrabilidad técnica para operar de manera eficiente en los resultados.

Objetivos

La presente investigación de revisión, intenta observar qué artículos muestran tratamientos bajo el patrocinio del modelo sistémico, en los trastornos de pánico y agorafobias, que ponen énfasis en las prescripciones de comportamiento del tipo “paradójal”, como prescripción de síntomas o prescripciones de desvío. Entendiendo que este tipo de tareas desestructuran los intentos de solución fracasados que sostienen e incrementa a corto y mediano plazo, la sintomatología pánica. El artículo de revisión es de la clase descriptiva-exploratoria, por lo tanto, se desea conocer cuánto en la literatura científica se explica sobre este eje temático y tener una presunción sobre qué se ha investigado sobre este tema en el área del modelo sistémico, ya que -como hemos descrito anteriormente- son los modelos cognitivos que han mostrado gran efectividad en este tipo de trastornos.

Metodología

Se desarrolló en la presente investigación mediante una revisión sistemática y descriptiva. Pueden ser las dos de la bibliografía (artículos científicos) siguiendo las directrices de la

declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: PRISMA (Urrútia & Bonfill 2010; Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009). Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos que intentará correlacionar los conceptos de vulnerabilidad, trauma y resiliencia. Se trabajó sobre tres bases de datos Redalyc, Scielo y Google académico, dado el grado de seriedad y artículos que se encuentran en ellos. Además, cuentan con un sistema de filtros que permiten diferenciar la cantidad de artículos por año, por revista, por país, por idioma y por eje temático esto posibilita tener una visión global comparativa más precisa, en donde se puede desmitificar ciertas creencias y supuestos ad hoc.

La búsqueda data de febrero de 2020, y se realizó a través de la intersección de una serie de términos. Se buscó en el inicio, el término “Pánico”, sin precisión de año, idioma o tipo específico de escrito. Después se le anexó la palabra “Agorafobia” para después cruzarla con el término “Prescripciones paradojales”. En la búsqueda se añadieron los siguientes criterios de exclusión: se acotó a las investigaciones publicadas entre enero del año 2016 y enero de 2020 y en idioma español y en la categoría de publicaciones de científicas (artículos, artículos principales, estudios de caso y reseña/revisión tesis doctorales, tesinas, disertaciones, o capítulos de libro). En los tres repositorios que se utilizaron se implementó el mismo proceso,

excepto en Redalyc que se discriminó la disciplina “Psicología”.

Es notable que en la medida que se fueron anexando términos de la asociación y sin acotamiento, se incrementaron las publicaciones en Redalyc: de 3999 (Pánico), 4146 (Pánico + Agorafobia), 12318 (Pánico + Agorafobia + Prescripciones paradojales) y en disciplina “Psicología” y con restricción a los últimos 5 años y en idioma español, hacen a un total de 179. Mientras que en Google académico se redujeron notablemente de 18300 (Pánico) a 4770 (Pánico + Agorafobia) y a 11 (Pánico + Agorafobia + Prescripciones paradojales) y la misma cantidad con las restricciones de año e idioma. De la misma manera en Scielo, también hubo una significativa reducción de 316 (Pánico) a 49 (Pánico + Agorafobia) y a 0 (Pánico + Agorafobia + Prescripciones paradojales) y el mismo valor con restricciones. La incorporación de la variable “Prescripciones paradojales” conjuntamente con el acote de años e idioma llevó a una gran reducción de artículos en las tres bases de datos. En Redalyc que permite ver las publicaciones por países, la variable “Prescripciones paradojales” que arrojó el resultado de 179, se dividió en Colombia (35), España (40), Chile (26), Argentina (17), Perú (9), Uruguay (20), México (15), Costa Rica (6), Portugal (2), Brasil (9). A partir de estos resultados se procedió a leer el resumen de cada artículo, descartando los que no asociaban y conceptualizaban el tratamiento de los trastornos

de pánico y agorafobias y la aplicación de prescripciones paradójales. Tras la eliminación de duplicados y artículos que no se centralizaban en la concepción de prescripciones paradójales, se totalizaron 5 publicaciones.

Resultados

En la actualidad, los tratamientos clásicos para tratar las patologías de los miedos, remiten al método explicativo, es decir, a la búsqueda del porqué causal lineal. Estos tratamientos, no parecen haber demostrado gran efectividad en la secuencia sintomática del pánico. En numerosas ocasiones, se observan pacientes que creen conocer el porque les sucede, pero continúan recurrentemente produciendo la cadena sintomática. No es el caso de los tratamientos cognitivos, desde los más constructivistas a los más conductistas en donde se ha alcanzado mayores niveles de efectividad y se ha desarrollado numerosas investigaciones basadas desde la reestructuración de representaciones cognitivas, análisis costo beneficio, imágenes guiadas, desistematización de pensamientos catastróficos, hasta la paulatina desensibilización

de las conductas. Todos conceptos explorados en diversas patologías de los trastornos de ansiedad como las fobias específicas (Carrion, 2003) agorafobias (Botella, Ballester y Carrio, 1996; Michelson, 1986, 1987; Berrocal, Ruiz Moreno, Gil Villa, Hermoso, Rucci, & Cassano 2006), fobias sociales, ataques de pánico (Botella, 2001; Chappa, 1992, 1997; Roca, 2004, Carrion 2003; Gabbard, 1992; Goisman, Warshaw y Keller, 1999; Heimberg, 2002; Hansen, Patrick, Siles y Göttestam, 2007), ansiedad general (Cía, 1994, 2001, 2007; Keegan, 1998; Lucock y Salkovskis, 1988; Norton y Robinson, 2010; Ricks y Zgouriges, 1991; Ballenger, 1999; Lipsitz y Marshall, 2001; Chambles, (2012), trastornos obsesivos compulsivos y trastornos por estrés agudo y estrés postraumático. En cambio, en el modelo sistémico, se adaptan a este modelo y con eficacia los trabajos de Nardone (1993) Nardone y Watzlawick (1990) y Ceberio (2005, 2011, 2012, 2013), donde se implementan una serie de técnicas cognitivas y sistémicas, en pos de resolver la sintomatología en tiempo breve. Como se observa en la tabla 1.

Tabla 1. *Planilla de registro de datos*

	REDALYC	SCIELO	GOOGLE ACADEMICO
Pánico (sin acotar)	3999	316	18300
Pánico + Agorafobia	4146	49	4770
Pánico + agorafobia + prescripciones paradójales (sin restricciones)	12318	0	11

Pánico+ agorafobia + prescripciones paradójales (restricción años y español)	2738	0	11
Pánico+ agorafobia + prescripciones paradójales (restricción por especialidad: Psicología)	179	0	11

También en estos antecedentes, el modelo de Palo Alto del Mental Research Institute, si bien no lo ha especificado en Pánicos y Fobias, la focalización en el síntoma ha posibilitado excelentes resultados, tal como lo muestran las experiencias plasmadas en los libros y artículos clásicos como *Cambio* (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974), *El lenguaje del cambio* (Watzlawick 1976), *Ficciones de la realidad, realidades de la ficción. Estrategias de la comunicación humana* (Watzlawick & Ceberio 2008), *Si quieres ver aprende a actuar. Diseño y prescripción de tareas en psicoterapia* (Ceberio & Watzlawick 2011), *Brief Therapy: Focused problem resolution* (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974), entre otros.

En las cinco publicaciones, se destacan en la revisión crítica que elaboran Fernandez Raone y Zanassi (2016), asociando al Pánico con la teoría del apego (Bolwby, 2009) e interpretándola desde una perspectiva psicoanalítica, pero en ningún tramo del artículo describe técnicas del modelo sistémico y menos prescripciones que utilicen paradojas.

De la misma manera, pero bajo el patrimonio del modelo cognitivo, Ballesteros y

Labrador (2018) trabajan con 51 pacientes aquejados de fobia social y prescriben psicofármacos y aplican una serie de técnicas cognitivas como de reestructuración cognitiva, exposición, habilidades sociales, técnicas distractoras, psicoeducación, entre otras, pero tampoco son mencionadas prescripciones paradójales.

En cambio, toma cuerpo el objetivo del artículo de Ceberio (2014) “Los juegos del miedo. Hacia un modelo integrador en el tratamiento de los trastornos de pánico” en donde se presenta un modelo sistémico en el trabajo con pánicos, agorafobias y fobias sociales, centrado en maniobras sistémicas y prescripciones de corte paradójal, con un alto porcentaje de efectividad. Describe claramente las prescripciones de síntoma y señala que, en este tipo de prescripciones, en cambio de tentar por anular la conducta anómala (que en general es la solución intentada fracasada) se la provoca tratándola de reproducir, pero voluntariamente.

Los teóricos de Palo Alto hablan de dos clases de resultados: la persona cambia tanto si logra realizar la acción como si no (Ceberio & Watzlawick, 2011; Watzlawick et al., 1974).

*Uso de Prescripciones paradójales en trastornos de pánico y agorafobias:
un estudio de revisión*

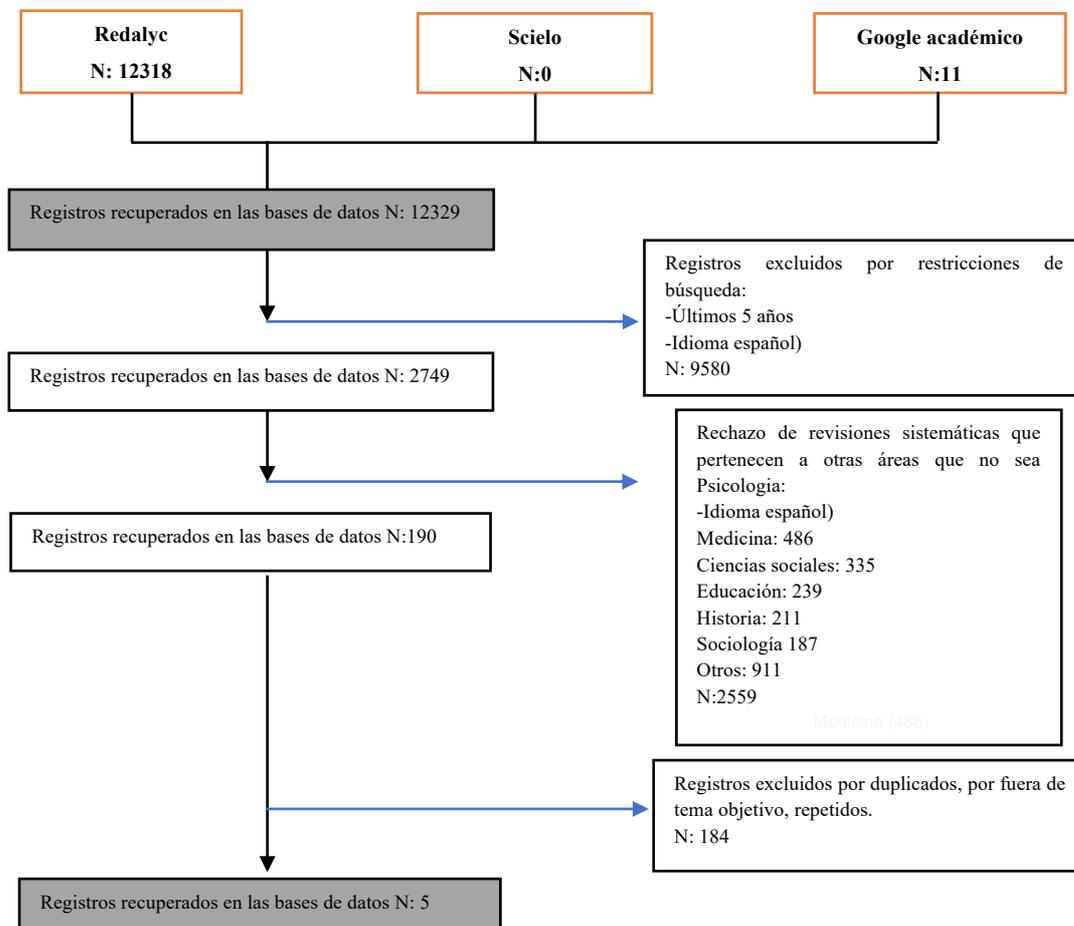


Figura 1. Diagrama de flujo de selección de investigaciones

Si la ha podido realizar, ha transformado un acto involuntario en una acción consciente y, por tanto, voluntaria. De la misma manera que la reprodujo en pasos posteriores la logrará anular. Si no ha podido desarrollarla, hemos avanzado en la estrategia de suprimir el síntoma de manera rápida. Dado que un comportamiento sintomático es comprendido como una conducta espontánea que goza de autonomía, o sea, que escapa al control consciente, este tipo de prescripciones representan el ejemplo de la paradoja clásica del “sé espontáneo” (Watzlawick et al. 1967).

Por lo tanto, si se le pide al paciente que se comporte de una manera que él considera espontánea, quiere decir que tal comportamiento ya no es espontáneo, puesto que el pedido sugiere en la respuesta una pérdida absoluta de naturalidad. La prescripción del terapeuta, entonces, de ser cumplida lleva a que la conducta sintomática deje de aparecer espontáneamente para ser el resultado de una orden que debe llevarse adelante. Para efectuarla, el paciente debe abandonar las reglas de juego que lo regían en la producción del síntoma. De allí, que cambie tanto si logra

realizar la prescripción (ya que transformó al síntoma incontrolable en controlable, de espontáneo a volitivo), como si no lo logra (el síntoma comenzó a desaparecer). Si el paciente ha comenzado a controlar su sintomatología, por ende, se siente más seguro y su valoración personal se ha fortalecido. Ha cambiado la asimetría sintomática: ya no se encuentra bajo la tutela del síntoma. Este proceso, abre las compuertas del camino inverso al que seguía la persona.

En el artículo se define que prescribir un síntoma, implica realizar un giro copernicano de las soluciones intentadas para solucionar el problema. Tal vez, este sea un punto para observar con detenimiento: cuál es el problema original, cuál su reverberancia y el efecto dominó que produce. La combinación de estas tres disquisiciones, parecen el resultado a evaluar para introducir una prescripción del síntoma. En el caso de los ataques de pánico, el hecho de prescribir la sintomatología orgánica del primer tramo de la cadena sintomática, hace que la persona se esfuerce por producir la taquicardia, por ejemplo, y que la ensaye en un tiempo prescrito que puede rondar en el minuto y medio. Después se le pide que llame por celular al terapeuta para contarle los efectos. En este ensayo sintomatológico, en general, señala Ceberio (2014), “clínicamente hemos observado que la persona no logra realizarlo o, en tal caso, se aproxima en un escaso 10 o 15% de intensidad de aparición sintomática”. Este efecto, que resulta extraño para el protagonista,

también se halla producido por la desviación del síntoma, ya que la persona, hace la tarea pensando que después de realizarla llamará al terapeuta y este no es un dato menor. En la cadena ideativa asociativa que produce el camino hacia el ataque, el hecho de colocar la premisa de hablar con el terapeuta, bloquea la cadena de representaciones y opera desviando la inexorabilidad hacia el ataque (Ceberio, 2014).

El artículo también incursiona en las formas de aplicación de prescripciones, utilizando los recursos de la persuasión y sugestión hipnótica en pos de buscar la cooperación y el cumplimiento de la prescripción. El terapeuta estratégico -en una de las llaves más utilizadas en este tipo de casos- luego de explorar los pasos secuenciales de su ataque (por ejemplo: mareos, náuseas, taquicardia, sudación, angustia, temblores, calores, desmayo, etc.), le pide que se esfuerce concentradamente en realizar los dos primeros pasos de la secuencia; mientras que intenta ir hacia la esquina de su casa a comprar una golosina. Estas prescripciones arrojan como saldo que -sorpresivamente (para el cliente)- a pesar de haberlo intentado y reintentado, solamente sintió una leve sensación de vacío estomacal (y sus subsecuentes sensaciones de mayor seguridad, valorización y extrañeza por el cambio) (Ceberio, 2014).

Pero en el análisis de los artículos que sedimentaron en la revisión, se observa que la base de la aplicación de las prescripciones paradójales se instaura sobre la base de los

intentos de solución fracasados (Ceberio, 2016). En este artículo se puntualizan una serie de características de forma de procesar información con respecto a la resolución de problemas, por ejemplo, la tendencia mental a pensar con ecuaciones lineales, la búsqueda de las causas, la explicación de manera unidireccional y simplista (Morin, 1984, 1986), el método analítico sumativo de descomposición de partes (Onnis, 1997), pensamiento binario y lógica deductiva matemática, realidad objetiva y verdad única, el *insight* o sea creer que el “descubrir” esa realidad externa, esa única verdad, explicarla y comprenderla, es la posibilidad de resolver el problema. Estas características que describe el artículo hacen a perpetuar una forma de pensamiento que sostiene en este caso el trastorno sintomático paranoico. Por tal razón parece que la paradoja desestructura este proceso.

Además, describe que estos intentos no solo son patrimonio del protagonista (Intentos personales) sino intentos profesionales, de personas afectivamente cercanas y de referentes afectivos principales. Otro detalle que se observó son los diferentes desenlaces en las prescripciones paradójales (Ceberio & Watzlawick, 2011):

- a) El paciente trató de estimular la aparición del síntoma y no logró que surja.
- b) El síntoma hizo su aparición en forma total cuanti y cualitativamente.

c) El síntoma apareció de manera parcial, variando en el porcentaje de su intensidad. d) El síntoma que aparece espontáneamente y se anticipa a que la persona lo realice espontáneamente.

e) Olvidar hacerlo

f) Racionalizar por resistencia al cambio, argumentando entre otras justificaciones: “no tener tiempo”.

Por último, otro de los elementos claves que se describen en las prescripciones, son las resistencias al cambio (Ceberio, 2017), referida a la reiteración de conductas -el más de lo mismo- tanto de las soluciones intentadas como de los resultados que de éstas emerjan. Entonces no es solamente el problema, en este caso el pánico y la agorafobia, sino el intento de resolverlo, y la reiteración del problema en la vida de la persona, razón por la cual, siempre se actúa en dos niveles simultáneos de alta complejidad: el problema y la sistematización del mismo. Dicha sistematización genera una inercia que pugna por la reiteración de un esquema que se sostiene en cuatro variables en sinergia: sistémicas, cognitivas, emocionales y psiconeuroendocrinas.

Estas cuatro variables actúan en una ecuación sinérgica de cuatro factores: grado de intensidad de los síntomas o problemas, frecuencia de aparición, cantidad de síntomas o problemas satélites que los conforman y el tiempo de aparición. Estos 4 factores se cuantifican en una escala de 5 niveles de

complejidad: bajo, moderado, medio, alto, muy alto. En el grado de **intensidad** de los síntomas se chequeará de 0 a 100%, cuál es la intensidad del problema, para que el paciente mismo coloque una medida numérica y se evite supuestos con respuestas de significados inciertos como “mucho”, “normal”, “poco”. Además, colocar una medida es un parámetro que permite ver, luego de la aplicación del tratamiento, cuanto se redujo la intensidad del problema y en el caso de reducirse por mínimo que sea, connotar positivamente.

El análisis y recuento de la **frecuencia** de aparición del problema/síntoma, demuestra cuánta presencia tiene en la vida de la persona y constituye una de las razones de la habituación y sistematización del problema. No es lo mismo una frecuencia cotidiana del problema a que éste aparezca una vez al mes. Analiza, en tercer lugar, la **cantidad** de síntomas y “problemas-satélite” al problema original, también son parte de la masa crítica sostenedora del problema, nacen a partir de este, tal cual una planta parásita, y sobreviven manteniendo su problema.

Por último, se discrimina el **tiempo** de aparición, es decir, desde cuándo el problema o síntoma tiene presencia en la vida de la persona. A pesar que se tenga vaga idea acerca de cuando sucedió por primera vez, el paciente tiene que tener una aproximación del tiempo de convivencia sintomática. Puesto que no será el mismo impacto si el problema o síntoma tiene una vigencia en la vida de la persona de tres meses o de 10 años. Es una relación

directamente proporcional: a mayor presencia, mayor resistencia. Estos factores permiten remitirnos al análisis de las cuatro variables de la inercia resistencial.

Discusión

De acuerdo a los resultados de la revisión, sin duda que son los tratamientos cognitivos los que llevan la delantera en investigación de terapias psicológicas en los trastornos de pánico y agorafobias, seguidos por las terapias farmacológicas. En una búsqueda en Redalyc y Google académico sobre descriptores como “pánico”, “agorafobia” y “tratamiento”, acotados al idioma español y desde 2016, se encontraron 924 y 1080 respectivamente y se descartaron la gran mayoría, reuniéndose los mismos artículos sistémicos encontrados en la revisión central de este artículo bajo los descriptores iniciales.

Los resultados mostraron que la aplicación de prescripciones paradójales, sistematizadamente en tratamientos sistémicos, con casuística y evaluación de resultados, prácticamente no existen. Pero esta apreciación no solo se remite a esta temática, sino a la mayoría de temas psicológicos, puesto que en el universo sistémico no hay tradición investigativa, quizás por el pragmatismo del estilo sistémico. No obstante, el artículo sobre los “Juegos del miedo”, se alinea con los intentos de solución -claves en este trastorno- y las resistencias al cambio. Estos dos factores son los que demarcan el sostén sintomático, ya que

las soluciones fracasadas (mas de lo mismo), conjuntamente con la sistematización de la sintomatología en la vida de la persona, hacen a la dificultad del cambio.

Las prescripciones paradójales y las de desvío sintomático, alcanzan gran efectividad puesto que desestructuran la sistematización o inercia que genera resistencia al cambio. También modifican la lógica del abordaje al problema que aparece inefectiva, en este sentido son antilógicas en relación al intento por resolverlo. De igual manera, es importante ser respetuoso en la aplicación de tareas paradójales, puesto que no son para todos los pacientes, ni para todos los casos, además de ser producto de una aguda preparación.

Dadas las pocas investigaciones que se han encontrado, pero dado el grado de efectividad en la resolución de este tipo de trastornos ansiógenos, las prescripciones de síntoma, deberían ser más estudiadas en su aplicación. No obstante, el hecho de introducirlas somete al terapeuta a un gran ejercicio cognitivo, en el sentido de desafiar a su propia lógica de esquemas mentales, quiere decir que el profesional no solo se encuentra con las resistencias del paciente sino con las suyas propias.

Referencias

- Andolfi, M. (1977). *La terapia con la familia*. Roma: Astrolabio Ubaldini editore. Versión cast. (1994). *Terapia familiar*. Paidós.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Cuarta Edición Revisada. Ed. Massons.
- Ballenger J. C. (1999). Current Treatments of the anxiety disorders in adults. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1579-1594.
- *Ballesteros, F. & Labrador, F. Análisis de las Técnicas Psicológicas Utilizadas en el Trastorno de Fobia Social en un Centro Sanitario de Psicología, Clínica y Salud, *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid* vol. 29, núm. 2, 2018, pp. 71-80.
- Berrocal, C.; Ruiz Moreno, M.; Gil Villa, M.; Hermoso, P.; Rucci, P.; & Cassano, G. (2006). Multidimensional assessment of the Panic-Agoraphobic Spectrum: Reliability and validity of the Spanish version of the PAS-SR. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 562-579.
- Bowlby, J. (2009). El apego (El apego y la pérdida I). Paidós.
- Botella, C.; Ballester, R. & Carrió, M. (1996). La eficacia del tratamiento en respiración lenta y de la terapia cognitiva focal en un caso de trastorno por angustia con agorafobia. *Anales de psicología*, Vol 12, 1, 1-17.
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, Vol 13, 3, 465-478. En red. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.aspx?id=469>.
- Botella Arbona, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3), 465-478.
- Carrion, O & Bustamante, G. (2003). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad*. Galerna.
- Ceberio, M. R. & Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo*. Herder.

- *Ceberio, M. R. "Los juegos del miedo. Hacia un modelo integrador en el tratamiento de los trastornos de pánico" en Medina, Raul (2014) "Pensamiento sistémico". Ed. UDG
- *Ceberio, M. R. (2017). Querer y no lograr: Soluciones intentadas fallidas. *Revista REDES*, (35).
- *Ceberio, M. R. (2017). Ecuación de resistencia al cambio. Aplicación de la escala de análisis de la resistencia al cambio como herramienta terapéutica. *Ciencias Psicológicas*, 11(1), 101-117.
- Ceberio, M. R. (2005). "El mundo de los miedos. Uso de prescripciones en los trastornos de fobias y pánico". *Revista Perspectivas sistémicas*. 32.
- Ceberio, M. R. & Linares, J. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico*. Paidós.
- Ceberio, M. R. & Watzlawick P. (2011). *Si quieres ver aprende a actuar. Prescripciones de tareas en psicoterapia*. Psicolibro.
- Ceberio, M. R. (2013) *Te cuento un cuento. Uso de narraciones y metáforas en psicoterapia*. Herder.
- Chambless, D. (2012) Adjunctive Couple and Family Intervention for Patients With Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 68(5), 548-560.
- Chappa, H. (1992). Abordaje Cognitivo-Integrativo Del Pánico y La Agorafobia: *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 1(1), 60-69.
- Chappa, H. (1997). *Pánico y Agorafobia: Abordajes Cognitivo y Psicofarmacológico*. Salerno.
- Cía, A. H. (1994) *Trastornos por Ansiedad* (2 ed.). Polemos.
- Cía, A. H. (2001) *Trastorno de Ansiedad Generalizado*. Polemos.
- Cía, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Polemos.
- *Fernandez Raone, M. F., & Zanassi, S. R. (2016). Antecedentes y revisión crítica del denominado "Ataque de pánico". *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 13(2), 57-66.
- Gabbard G. (1992). Psychodynamic of panic disorder and social phobia (abstract). *Bulletin Menninger Clinic* 56 (suppl 2):3-16, 1987.
- Goisman, R., Warshaw, M. & Keller, M. (1999). Psychosocial treatments prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991-1996. *American Journal of Psychiatry* Nov. 156:11.
- Hansen, Patrick, Siles, & Götestam, (2007) Influence of Co-Morbid Generalized Anxiety Disorder, Panic Disorder and Personality Disorders on the Outcome of Cognitive Behavioural Treatment of Obsessive - Compulsive Disorder, *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(3), 145-155.
- Keegan, E. (1998) Trastorno de ansiedad: La perspectiva cognitiva. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 09(33), 197-209.
- Linares. J. (1996) *Identidad y narrativa*. Paidos
- Lipsitz J. & Marshall R. (2001) Alternative psychotherapy approaches for social anxiety disorder. *Psychiatry Clinic North America*, 24(4), 814-29.
- Lucock, M. & Salkovskis, P. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 297-302.
- Michelson, L. (1986). Treatment consonance and response profiles in agoraphobia: The role of individual differences in Cancelede, behavioral and physiological treatments. *Behaviour Research and Tkerapy*, 24, 263-275.
- Michelson, L. (1987). Cognitive - behavioral assessment and treatment of agoraphobia.

*Uso de Prescripciones paradójales en trastornos de pánico y agorafobias:
un estudio de revisión*

- En L. Michelson & L.M. Ascher (Ed.). Anxiety and stress disorders. The Guilford Press.
- Minuchin S. (1977) *Familias y Terapia familiar*. Granica.
- Minuchin S. & Fishman H. Ch. (1988) *Técnicas de Terapia Familiar*. Paidós.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7) doi: e1000097
- Morin, E. (1984) *Ciencia con consciencia*. Anthropos.
- Morin, E. (1986) *El método. La naturaleza de la naturaleza*. Cátedra.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1990) *L'arte del Cambiamento, manuale di terapia strategica. Ipnoterapie senza trance*. Ponte alle Grazie. Versión cast. (1992) *El arte del cambio*. Herder.
- Nardone, G. (1993): *Paura, Panico, Fobie. La Terapia in tempi brevi*. Ponte alle Grazie. Versión cast. (1997) *Miedo, pánico y fobias*. Herder.
- Norton, P. & Robinson, C. (2010) Development and Evaluation of the Anxiety Disorder Diagnostic Questionnaire J. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(2), 137-149.
- Omnis, L. (1997) *Cuando el cuerpo habla*. Herder.
- Piaget, J. (1937) *La construction du réel chez l'enfant*. Neuchâtel: Delachaux & Niestlé. Versión cast. (1989) *La construcción de lo real en el niño*. Crítica.
- Puchol Esparza, D. (2003). *Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI*. Revista Psicología Científica.com.
- Ricks, W. & Zgourides, G.D. (1991). *Anxiety disorders: A rational-emotive perspective*. Pergamon Press Inc.
- Robins, L.; Helzer, J.; Weissman, M.; Orvaschel, H.; Grunberg, E.; Burke, J. & Regier, D. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Roca, E. (2004). (fecha de acceso: 2006, 20 Noviembre). *El trastorno de pánico y su tratamiento. Terapia cognitiva focal en formato de grupo*. En red. Disponible en: <http://www.comportamental.com/articulos/5.htm>
- Satir, V. (1972). *Peoplemaking*. Ed. Science and Behavior Books.
- Satir, V. (1980). *Psicoterapia familiar conjunta*. Ed. La Prensa Médica Mexicana.
- Selvini Palazzoli M. y otros (1989). *Los juegos psicóticos de la familia*. Paidós.
- Selvini Palazzoli, M. (1975). *Paradosso e contrapadosso. Un nuovo modello nella terapia della famiglia a transazione schizofrenica*. Milán: Feltrinelli. Versión cast. (1988) : *Paradoja y Paradoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrenica*. Paidós.
- Suárez Richards, M. (2006). *Introducción a la Psiquiatría* (3ed). Buenos Aires: Polemos.
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507-511.
- Watzlawick, P.; Beaving J.; Jackson, D. (1967): *Pragmatics of human communication*. Norton. Versión cast. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Herder.
- Watzlawick, P.; Weakland, J. & Fisch, R. (1974). *Change – principles of problem formation and problem resolution*. Norton. Versión cast. (1976). *Cambio*. Herder.

Watzlawick, P. (1976): *El lenguaje del cambio*. Herder.

Watzlawick, P. (1988) *La realidad inventada*. Gedisa.

Watzlawick P. & Ceberio, R. M. (2008) *Ficciones de la realidad, realidades de la ficción. Estrategias de la comunicación humana*. Paidós.

Recibido: Enero, 2020 • Aceptado: Junio, 2020

Weakland, J.; Fisch, R.; Watzlawick, P. & Bodin, A. (1974). Brief Therapy: Focused problem resolution. *Family Process*. 13.