

VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2016.

# **Ataque de panico y evaluación de cambio psiquico en pacientes con psicoterapia de orientacion psicoanalitica.**

Quesada, Silvia, Pérez, Marcelo Antonio y  
Zuccolo, Sabrina.

Cita:

Quesada, Silvia, Pérez, Marcelo Antonio y Zuccolo, Sabrina (2016).  
*Ataque de panico y evaluación de cambio psiquico en pacientes con  
psicoterapia de orientacion psicoanalitica. VIII Congreso Internacional  
de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de  
Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del  
MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires,  
Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-044/820>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eATh/yHS>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso  
abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su  
producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite:  
<https://www.aacademica.org>.*

# ATAQUE DE PÁNICO Y EVALUACIÓN DE CAMBIO PSÍQUICO EN PACIENTES CON PSICOTERAPIA DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA

Quesada, Silvia; Pérez, Marcelo Antonio; Zuccolo, Sabrina  
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

---

## RESUMEN

El Ataque de Pánico es un trastorno padecido por el 4,7% de la población argentina, según estudios en nuestro país (Centro de Investigaciones IMA, 2014). Su abordaje terapéutico inicial, por estar contenido en lo que se puede llamar una “clínica de la urgencia”, suele ser medicamentoso. El abordaje psicológico del trastorno, fundamentalmente reconoce un encuadre dentro de la llamada Psicología Cognitiva. Dicho tratamiento, en general consigue cambios y remisión sintomática en el paciente, verificable en el corto plazo, a nivel consciente. Dado que no se verifican cambios a nivel inconsciente, entendiéndolo por los mismos, cambios en la posición subjetiva, a nivel de lo que el psicoanálisis considera Cambio Psíquico, el retorno de los síntomas es frecuente en los pacientes que son tratados con este tipo de psicoterapia (Quesada, 2010). Para el presente trabajo nos propusimos evaluar el Cambio Psíquico en una paciente con Ataque de Pánico que ha recibido Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica en un ámbito público, a través del Psicodiagnóstico de Rorschach.

## Palabras clave

Ataque de pánico, Cambio psíquico, Psicoanálisis, Rorschach

## ABSTRACT

### PANIC ATTACK AND PSYCHIC CHANGE IN PATIENTS RECEIVING PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY

The panic attack is a disorder experienced by 4.7% of the population, according to studies in our country (IMA Research Center, 2014). Its initial therapeutic approach, being contained in what can be called a “clinic of urgency”, usually drug. The psychological approach to the disorder, fundamentally recognizes a frame within the Cognitive Psychology. Such treatment generally achieved symptomatic remission and changes in the patient, verifiable in the short term, on a conscious level. Since no changes at the unconscious level are verified, understood them, changes in the subjective position at the level of what psychoanalysis considers psychic change, the return of symptoms is common in patients who are treated with this type of psychotherapy (Quesada, 2010). It is proposed to investigate the psychic change in patient with Panic Attack receiving psychoanalytic psychotherapy, through Rorschach.

## Key words

Panic attack, Psychic change, Psychoanalysis, Rorschach

## Introducción a la temática

### 1) Ataque de pánico

El Ataque de Pánico es un trastorno altamente discapacitante, que conlleva un deterioro en el funcionamiento social y laboral de la persona que lo sufre (OMS, 1994).

El llamado “Panic Attack” se ubica, dentro del campo de la psicopatología, pero conlleva una variedad de síntomas a nivel neurovegetativo. Esto determina, en el inicio, y sobre todo en la primera consulta, que suele ser en el servicio de urgencias, dificultades diagnósticas. Se calcula que una persona que padece de ataque de pánico pasa hasta 10 años concurriendo a especialistas diversos hasta que es diagnosticado y tratado en forma asertiva. Esto último, además de alargar en el tiempo y empeorar el sufrimiento del sujeto que lo padece, conlleva un gasto evitable para el sistema de salud. Se puede puntualizar que el ataque de pánico puede incluirse dentro de las llamadas “psicopatologías actuales”. Al ser un trastorno bastante frecuente en el contexto y la época actual, y al comprometer de manera particular al cuerpo y al psiquismo, es abordada por las terapéuticas medicamentosas, fundamentadas teóricamente en las neurociencias, y la psicoterapia cognitiva (Quesada, S. 2010).

### 2) Cambio psíquico

El Cambio Psíquico es un constructo dentro del marco referencial del psicoanálisis, que designa las modificaciones producidas a partir de un proceso psicoterapéutico de orientación psicoanalítica. En la actualidad, el concepto de cambio psíquico, consiste en pensar lo clínico en tanto conlleva una pluralidad de modificaciones internas respecto de la función y economía del síntoma; externas, que remiten a aspectos de calidad de vida; y transferenciales, que implican la alianza/vínculo terapéutico (Bayo Borrás, 2006).

Según Spivacow, la temática del cambio psíquico es fundamental pero falta aún estudiarlo en profundidad: “el mejor camino para evaluar una intervención psicoanalítica, solo podrían indicarlo estudios que aún no poseemos. No contamos con formas de evaluar lo que realmente sucede en las sesiones como para saber qué modos de trabajar están asociados con mejores resultados para alcanzar el cambio psíquico. En psicoanálisis –dicen Gabbard y Western–, escribimos sobre la acción terapéutica como si en cierto modo la cuestión de lo qué es terapéutico y cómo ayudar mejor a nuestros pacientes pudiera ser establecida mediante el argumento lógico y el debate. De hecho, es una cuestión empírica, que no puede ser respondida mediante la lógica y el debate en mayor medida que puede serlo si un tratamiento es más efectivo que otro para la enfermedad cardíaca. No sabemos si una posición técnica funciona mejor que otra, puesto que todo lo que tenemos son afirmaciones opuestas respaldadas por datos encubiertos por la privacidad del consultorio” (Spivacow M.A., 2012).

## **Desarrollo**

Para el presente trabajo abordaremos el análisis cuantitativo de dos materiales Rorschach administrados a una paciente diagnosticada con Ataque de Pánico, que ha sido atendida en el Departamento de Salud Mental de la Universidad de Buenos Aires. La primera administración del test se realiza al momento de la consulta, y la segunda administración, al finalizar 24 sesiones de Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica Focalizada. Es importante resaltar que el estudio realizado, se refiere a un modelo de asistencia aplicable en el ámbito de la salud pública.

### **Análisis cuantitativo del Psicodiagnóstico de Rorschach:**

a) Numero de respuestas: se observa un aumento de R (número de respuestas) en la segunda administración (pasó de 10 a 15 R), lo que se relaciona con la mayor posibilidad de elaboración y proyección sobre el material de las láminas luego del tratamiento.

b) Adicionales (respuestas dadas en un segundo momento de la administración): Resulta notable que en la primera administración había 10 R y 4 adicionales, y en la segunda administración 15 R y una adicional. Esto puede dar cuenta de la posibilidad que otorgó el tratamiento de disponer del material inconsciente (que usualmente aparece en un segundo momento, a través de las respuestas adicionales), el cual está más a mano para ser elaborado en la conciencia, y se evidencia en la segunda administración del test, al disminuir las adicionales y aumentar las R principales.

c) TP (tiempo promedio): el tiempo por respuestas se veía ligeramente elevado en la primera administración, presentando un tiempo por respuesta disminuido en la segunda administración (57", 16" respectivamente). Estos resultados pueden relacionarse con la fluidez de pensamiento y la velocidad de asociación facilitada por el tratamiento.

d) TRG (tiempo de reacción al gris) y TRC (tiempo de reacción al color): se observa una disminución de ambos tiempos de reacción en la segunda administración, lo que evidencia una respuesta menos defensiva a las láminas, es decir, menor represión a partir del tratamiento implementado (TRG: 17" a 11", TRC: 15" a 7").

e) Modo aperceptivo (App): en la primera administración las W se hallan elevadas, indicando mayor necesidad de control a través del pensamiento. En la segunda administración, las W disminuyen hasta obtener un puntaje esperable, lo que indica la disminución de los intentos de control por parte del yo (baja de 50% a 27% -esperable: 20 a 30%). Las D se hallan disminuidas en la primera administración (40%- esperable: 60 -70%-), y en la segunda aumentan hasta casi llegar al puntaje esperable (55%). Esto último implica una mejora en el pensamiento práctico y la posibilidad de pensar las cosas como las piensan los demás (sentido común). Con respecto a los D inusuales, hay un aumento en la segunda administración, hallándose por arriba del puntaje esperable. Esto puede estar indicando un aumento del pensamiento detallista luego del tratamiento (Dd: primer administración: 10%, segunda administración: 20%).

f) W/M: esta proporción explora la relación entre las aspiraciones intelectuales y la posibilidad de llevarlas a cabo a partir de los recursos intelectuales disponibles al momento de la evaluación. En la primera administración muestra una proporción de 5/1 y en la segunda de 4/1. En ambos test la proporción indica mayor aspiración en relación a los recursos disponibles (esperable: de 3 y 4, a 1). No obstante, a partir del tratamiento se observa una disminución en las aspiraciones, como mejora en el grado de ajuste a las posibilidades actuales del sujeto.

g) F%: se halla en ambas administraciones dentro de los puntajes esperables (primera administración: 26%, segunda administración:

38%), con un aumento en la segunda administración respecto de la anterior. Esto implica un aumento de la disociación y del pensamiento objetivo posterior al tratamiento.

h) F% ext: se observa una disminución de este puntaje en la segunda administración. No obstante ambos puntajes están dentro de los parámetros normales (primera administración: 92%, segunda administración: 77%). El análisis que se desprende de dichos puntajes es una disminución de las defensas, aumentando la flexibilidad en relación a lo emocional, afectivo, las fantasías, etc.

i) F+% y F+%ext: se observa una disminución de este puntaje en la segunda administración, aunque tanto en la primera administración como en la segunda, ambos puntajes están dentro de lo esperable (100% y 86% respectivamente). Lo mismo se observa para el F+%ext (89% y 72%). Es decir que hay un aflojamiento de las defensas a partir del tratamiento, lo que implica mayor flexibilidad de pensamiento y posibilidad de elaboración del material reprimido.

j) Ma/Mp: en ambas administraciones presentó muy bajo número de M, lo que imposibilitó la evaluación de esta proporción. La disminución de M implica fuertes mecanismos represivos, y dificultades para conectarse con las fantasías, como un rasgo relacionado a la estructura psíquica de la paciente, cuyo diagnóstico fue histeria de angustia, con sintomatología de ataque de pánico.

k) M/C: se observa un aumento de la proporción C en la segunda administración (1era administración 1,25 y 2da administración 1 /5,5). Lo dicho se interpreta como un aumento del registro de la expresión emocional posterior al tratamiento.

l) FM+m/ c+C'+K+k: en la primera administración presento una proporción denominada ambigüa (5/5) y en la segunda administración una proporción más del tipo extrovertida lo que implica una disminución de la tensión impulsiva (urgencia impulsiva y tolerancia a la frustración concomitante) y un aumento de la expresión emocional, a partir del tratamiento.

m) Prop C%: este porcentaje se encuentra por debajo de lo esperable en la primera administración, aumentando y ubicándose dentro de lo esperable en la segunda administración (20% y 40% respectivamente). La interpretación de esta variación implica un aumento de la receptividad emocional de los estímulos del ambiente, posteriormente al tratamiento aplicado.

n) H/A:Hd+Ad: no se han evidenciado en esta proporción modificaciones significativas entre ambas administraciones (primera administración: 9/2 y segunda administración: 9,5/3).

o) A%: en ambas administraciones se mantuvo el mismo porcentaje, dentro de lo esperable por otra parte (50% en ambos test), indicando un buen ajuste a la realidad en ambos momentos, conservando la capacidad de persistencia o estereotipia en una actividad.

p) Vit%: se evidencia un aumento de este porcentaje en la segunda administración, encontrándose ambos puntajes dentro de los parámetros esperables (primera administración: 61%, segunda administración: 71%). Este aumento podría llegar a indicar un aumento de la preocupación por lo vital, por lo corporal. De todas maneras no implica una preocupación excesiva (como en la hipocondría por ejemplo), ya que el puntaje más alto presentado está dentro de lo esperable (esperable: entre 60 y 70%).

q) Pert%: este porcentaje disminuye en la segunda administración (primera administración: 6%, segunda administración: 5%). Si bien la variación es leve, se puede interpretar como una disminución del nivel de percepción de molestia interna o perturbación, a partir del tratamiento.

r) Amort%: este porcentaje muestra una disminución en la segunda administración, ya que en la primera se halla en 33% y en la segunda administración en 24%. Lo esperable es de entre 30 y

40%, lo que implica una disminución de este porcentaje a partir del tratamiento. El Amort% se relaciona con la energía disponible fuera del conflicto (áreas libres de conflicto), con lo cual podemos interpretar que el tratamiento movilizó a la implementación de energía que se encontraba disponible para otras actividades del sujeto, en los conflictos relacionados a la sintomatología de pánico (es decir, lo subyacente al síntoma).

s) Sin%: este porcentaje aparece en un monto elevado en la primera administración, siendo nulo en la segunda administración (30%, 0% respectivamente- lo esperable es de 0 a 20%). El Sin% explora los miedos y temores, y la conciencia de los mismos. A partir de esta notable disminución podemos interpretar que el tratamiento aplicado aplacó y dispuso los temores y miedos que presentaba el sujeto al momento de la consulta.

t) P%: se observa una disminución de este porcentaje en la segunda administración con respecto a la primera: 30% y 50% respectivamente (esperable: 25 a 40%). En la primera administración se observa un puntaje superior a lo esperable, y posterior al tratamiento dicho puntaje disminuye hasta quedar dentro del rango esperable, lo que implica una disminución de la sobre adaptación, manteniendo una adaptación a la realidad más saludable.

u) IR: este puntaje se haya disminuido en la segunda administración con respecto a la primera (6 y 8 respectivamente). El puntaje esperable para este índice es de 5 a 7. Se observa un puntaje por sobre lo esperable antes de iniciar el tratamiento Pop, indicando una sobre adaptación que disminuye a partir del tratamiento.

v) D.M. (determinantes múltiples): se observa una disminución de este porcentaje en la segunda administración en relación a la primera (33% y 50% respectivamente), aunque cabe destacar que ambos puntajes se encuentran por encima de lo esperable (esperable: : hasta 20%). Un puntaje alto de este porcentaje indica una personalidad con riqueza de recursos, pero también complejidad, y si está muy elevado puede indicar estado de crisis (junto con Pert% y Sin%, los cuales aparecen elevados en la paciente presentada, al momento de la consulta). La interpretación de la disminución en este porcentaje en la segunda administración nos indica que posterior al tratamiento ha mermado notablemente el estado de crisis de la paciente.

w) I.C. (índice de conflicto): en este porcentaje lo esperable es un puntaje de entre 3 y 12 o 15% (si hay respuestas de una barra solamente, se puede extender a 15%). Como es un porcentaje que nos habla del registro de conflicto del sujeto, es algo positivo que aparezca en alguien que consulta. En la primera administración presenta un 10% y en la segunda administración un 13%. Es decir que el tratamiento aumentó el registro de conflicto interno, posibilitando la elaboración del material inconsciente y los conflictos que generan la sintomatología de pánico.

### Conclusiones:

Con respecto a las variaciones obtenidas en los cómputos del Psicodiagnóstico de Rorschach de la paciente presentada, relacionadas al tratamiento de orientación psicoanalítica, se desprenden las siguientes conclusiones: 1) aumento de la capacidad asociativa, 2) disminución de las defensas, por sobre todo de la Negación, 3) mayor registro de conflicto (lo cual es positivo para el cambio psíquico), 4) disminución del estado de crisis, 5) disminución de los miedos, temores y perturbaciones, 6) mayor adaptación a la realidad, con una supresión de la sobre adaptación, 7) disminución de la tensión interna, 8) aumento de la capacidad de expresión emocional ajustada, 9) aumento de la receptividad emocional con respecto al ambiente, 10) mayor posibilidad de elaboración psíquica.

### BIBLIOGRAFÍA

- Bayo-Borrás R. (2006). Evaluación de cambio psíquico a través del material del paciente. Trabajo presentado oralmente en las IV Jornadas de la F.E.A.P. "El cambio en psicoterapia", Simposium de Grativa. Associació d'Estudis Psicoanalítics sobre Perspectivas del cambio psíquico desde la Psicoterapia Psicoanalítica. Segovia 31 de marzo y 1 de abril 2006.
- Dahlbender, R. W., Kächele, H., Frevert, G., Schnekenburger, S. (1995). La formulación formal del foco en la psicoterapia. En: D Defey, J. H., Elizalde, J. Rivera (compiladores) Psicoterapia focal. Montevideo: Roca Viva
- Passalacqua, A. (2002). Evaluación de la efectividad terapéutica a través del psicodiagnóstico de Rorschach: trayectoria de una rorschachista. Psicodiagnóstico de Rorschach año 23, N° 1. pp. 95-97
- Passalacqua, A. (1997). El Rorschach y el Diagnóstico Diferencial Revista de Fundahí.
- Passalacqua, A.; Herrera, María Teresa; Orcoyen, Dolores. (1997). Investigación sobre Suicidio y Rorschach. Revista del Instituto de Investigaciones, N° 2, N° 1. Buenos Aires. Facultad de Psicología UBA.
- Passalacqua, A.; Menestrina, N.; Nuñez, A.; Simonotto T.; Alvarado M., y otros (2005). Aportes a la evaluación del cambio psíquico a través de dos escalas de signos Rorschach: Evaluación de las funciones yoicas de realidad (EFYR) y Escala de potencial suicida para adultos (ESPA). Revista Psicodiagnóstico de Rorschach y Otras Técnicas Proyectivas, Año 26, Vol 1. Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Passalacqua, A., Castro, F. y otros (2006). Escalas de evaluación de funciones de realidad y de potencial suicida. Sus usos en la investigación del diagnóstico diferencial, cambio psíquico y potencial suicida. Revista de la Asociación Latinoamericana.
- Quesada, S. (2010). Una Explicación Psicoanalítica del ataque de pánico, Ed. Letra Viva. Buenos Aires. Argentina.
- Quesada, S., Arano, M.P., Morandi, P., Perez, M. (2015). Evaluación de modalidades de intervención en el ámbito público para población con trastorno de pánico. Publicado en el XXII Anuario de Investigaciones de la Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Spicavov, M. A. (2012) Los caminos del cambio psíquico. Algunas consideraciones. Disponible en [www.apdeba.org](http://www.apdeba.org)