

Universidad Iberoamericana

UNIBE



**Abordaje terapéutico para la auto regulación de la ansiedad y el estrés  
por ataques de pánico, mediante técnicas de la teoría polivagal  
y Desensibilización Sistemática (TCC)**

Sustentante Narda Cecilia Marizán

Asesor (a)

Alba Polanco

Junio, 2024

Santo Domingo, República Dominicana

Abordaje terapéutico para la auto regulación de la ansiedad y el estrés por ataques de pánico, mediante técnicas de la Teoría Polivagal y Desensibilización Sistemática de la Terapia Cognitivo Conductual.

Narda Cecilia Marizán

UNIBE - USAL

Nota de la autora

La correspondencia relativa a este artículo debe dirigirse a Narda Cecilia Marizán Méndez, Escuela de Graduados, Universidad Iberoamericana (UNIBE), Av. Francia núm. 129, Gazcue, Santo Domingo, Rep. Dom. E-mail: [narda\\_marizan@hotmail.com](mailto:narda_marizan@hotmail.com).

## Resumen

El objetivo de esta investigación fue disminuir la ansiedad, el estrés y lograr la autorregulación en crisis hasta acercarse al objeto de temor en una paciente, que sufría ataques de pánico, desde el primer año de vida, mediante técnicas de la teoría Polivagal y Desensibilización Sistemática de la TCC. El estudio estuvo compuesto por una paciente de 14 años, residente en la zona norte de República Dominicana. Para medir los niveles de ansiedad y estrés, se utilizó una entrevista elaborada para tales fines, y un cuestionario basado en los síntomas de ataques de pánico contenidos en el DSM 5. La intervención se realizó en siete sesiones con técnicas utilizadas en la teoría polivagal, incluyendo; ejercicios para calmar el cuerpo y respiraciones diafragmáticas, visualizaciones guiadas, identificación del estado en la jerarquía del sistema nervioso, neurocepción de señales de seguridad e inseguridad, entrenamiento para entrar en un estado ventral vagal, asociación de seguridad a colores, sabores y lenguaje de poder, y cambio de narrativa del trauma, entre otras. Concluidas las intervenciones, la paciente logró reducir la intensidad de la ansiedad y el estrés hacia el objeto fóbico, con las herramientas manejadas en terapia, verificado con la pregunta escala hecha al final de cada sesión, en las primeras seis la paciente respondió cero y en la séptima, en la que se le expuso frente al objeto disfrazado su nivel de ansiedad solo llegó a 2, usando un valor de cero a diez.

**Palabras Clave:** *Teoría Polivagal, Ataques de Pánico, Ansiedad, Estrés, Ventral Vagal,*

***Dorso Vagal, Disfraz, Neurocepción, Autorregulación, Desensibilización Sistemática***

En la actualidad, las estadísticas sobre ansiedad en la Republica Dominicana indican que estos ataques se han incrementado en los últimos años, sobre todo producto de la pandemia del COVID 19 (García & Guerra, 2022).

En un estudio presentado en el año 2022, se destaca que aproximadamente el 38.5% de los dominicanos (4 de 10), experimentaron ataques de ansiedad, de los cuales el 75.8 nunca los había experimentado. También se destaca que el 20% ha experimentado síntomas típicos de depresión mayor: como falta de alegría para hacer las cosas (20.3%) y sensación de estar decaído, deprimido o desesperanzado (19.6%). Esta investigación también destaca que el 31% pasa la mayor parte de los días de la semana preocupado de que pueda ocurrir algo terrible. El 25 % presenta cada vez más dificultades para relajarse, y el 27 % se siente ansioso, preocupado o con miedo casi todo el tiempo, y el 29.9% expresa que tiene pensamientos recurrentes (García & Guerra, 2022).

Los ataques de ansiedad repetitivos que no logran regularse adecuadamente pueden terminar por convertirse en ataques de pánico (Fernández, 2016).

El trastorno de pánico, según el DSM-5 (APA, 2013), se caracteriza por ataques de pánico inesperados y repetidos. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos, y que en este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas: palpitaciones, aceleración de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblor o sacudidas, sensación de asfixia o de dificultad para respirar, ahogo, dolor o molestias en el tórax, también náuseas o malestar abdominal, entre otros. Para la persona, el principal problema del trastorno de pánico es el temor de sufrirlo, más que el

mismo ataque.

Durante la adolescencia es que se muestra el mayor incremento gradual a sufrir un ataque de pánico, con prevalencia en mujeres, cuando se inicia la pubertad y llegando al punto máximo en la madurez (APA, 2013). Al final de la adolescencia es cuando más se pudiera establecer el trastorno.

Los estudios no demuestran diferencia significativa entre el trastorno de pánico en adultos y en adolescentes, por lo que la práctica psicológica y la teoría está basada en la encontrada y aplicada a la edad adulta (Fernández-Montes, Casanova Menal y Cabañas Rojas, noviembre 2017).

El diagnóstico de trastorno de pánico se diagnostica si el paciente ha experimentado ataques de pánico recurrentes e inesperados y muestra o percibe al menos una de las características siguientes: (1) preocupación persistente por tener otro ataque (ansiedad anticipatoria); (2) preocuparse por las implicaciones de un ataque o sus consecuencias (por ejemplo, sufrir una consecuencia médica o mental catastrófica), o (3) un cambio significativo en el comportamiento relacionado con los ataques.

En algunos pacientes, el trastorno de pánico viene acompañado de agorafobia. Que se refiere a la conducta de evitación motivada por el miedo a tener otro ataque de pánico. Puede implicar actividades que los pacientes temen que le provoquen un ataque, en situaciones en las que el escape no puede estar fácilmente disponible o en actividades rutinarias en las que los pacientes no van acompañados por una «persona segura» que creen que podría ayudarles en caso de un ataque.

Si bien es cierto que en la actualidad se trabajan los síntomas de los ataques de pánico con

varios enfoques de psicoterapia con buenos pronósticos, como la terapia cognitivo conductual y la TCC breve (Deacon and Abramowitz, 2006; Saeed and Bruce, 1998), también es cierto que la teoría polivagal, desde que fue mostrada por el Dr. Stephen Porges, abrió nuevas posibilidades de tratamiento, que combinado con la Desensibilización sistemática de la Terapia Cognitiva Conductual, pueden llegar a ser en algunos casos, más efectivos y rápidos que los tratamientos tradicionales (Hanazawa H., 2022; Vilalba, E. M. G. C. 2023).

La desensibilización sistemática es una intervención psicoterapéutica desarrollada por Wolpe en 1958, empleada para el tratamiento de trastornos de ansiedad y alteraciones psicológicas asociadas a conductas de evitación y ataques de pánico, entre otras. Este enfoque expone que para superar la ansiedad es necesario aprender a afrontar ese malestar de diversas maneras y paulatinamente, en vez de intentar ignorarlo, evitarlo o huir de él (Alvarez & Contreras, 2019). Por su lado, la teoría polivagal explora la necesidad de que la persona aprenda a regular la respuesta de alerta del sistema nervioso, para disminuir los problemas mentales y emocionales, de forma tranquila, basado en el equilibrio autónomo simpático vago ideal, que apoya estas funciones de conexión social (Flores & Porges, 2017; Porges, Domínguez, Rangel & Cruz, 2001).

La desensibilización sistemática es una técnica de la terapia cognitiva conductual, ampliamente utilizada en casos de pacientes con fobia, trastornos de ansiedad y pánico (Alvarez & Contreras, 2019).

Uno de los fundamentos de la terapia polivagal es que el sistema nervioso autónomo (SNA) constituye una parte integral del sistema nervioso humano, que controla y regula la actividad de los órganos viscerales. Cualquier tipo de trauma o crisis que se haya vivido, amenaza nuestra capacidad de relacionarnos con los demás al reemplazar los patrones de

conexión con los patrones de protección.

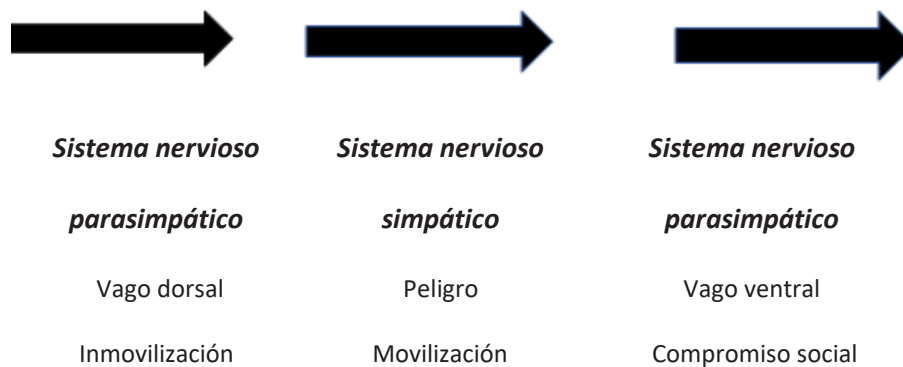
Si no se resuelven, estas respuestas tempranas de supervivencia adaptativas se convierten en patrones autónomos habituales, por lo que la teoría polivagal tiene por finalidad ayudar a reformular en los pacientes la forma en que funcionan sus sistemas nerviosos autónomos cuando el impulso de sobrevivir compite con el anhelo de conectar con los demás (Dana, Porges, 2018). Es decir que promueve la conexión social, disminuyendo las señales de inseguridad, que pueden no ser reales y que la neurocepción las registra como tal. La neurocepción es la capacidad del sistema nervioso de evaluar inconsciente y continuamente el nivel de seguridad que le rodea para cambiar su estado fisiológico ante una situación dada.

Estas respuestas se crean rápida e involuntariamente, incluso antes de que las estructuras corticales puedan generar significados y reacciones racionales. Si se entiende el modo en el que funciona el sistema nervioso autónomo, la posibilidad de liberar la energía estancada y la información no procesada por un trauma no resuelto se puede realizar obteniendo más cooperación y profundidad por parte del paciente, si entiende cómo este funciona desde el enfoque polivagal (Gonçalvez, 2019).

Porges divide al SNA en dos ramas (simpática y parasimpática) que tiene tres estados o caminos, en donde el sistema parasimpático se divide en vago dorsal y vago ventral, como se ve en la figura 1 (Dana, 2018).

Figura 1.

## Línea evolutiva del circuito vagal



La teoría polivagal defiende que cuando existe una preponderancia de la acción del SNA-S prolongada en el tiempo, pueden surgir condiciones sintomáticas de ansiedad social, conductas violentas, sentimientos de miedo y desconfianza, además de una respuesta proinflamatoria exagerada; por otro lado, cuando predomina la respuesta infra diafragmática del SNA-P, pueden surgir condiciones sintomáticas como síndromes de pánico, depresión, úlceras gástricas, fibromialgia, entre otras condiciones (Porges, 2011). Las experiencias tempranas dan forma a nuestro sistema nervioso, la Teoría Polivagal explica que incluso antes de que el cerebro entienda un incidente, el sistema nervioso autónomo ya ha evaluado el entorno e iniciado una respuesta de supervivencia adaptativa, por lo que la falta de sintonía o de regulación a una edad temprana puede producir efectos a largo plazo, que pueden ir desde ansiedad, fobias o crisis de pánico. Las señales transmitidas de seguridad o peligro que se envían de un sistema nervioso autónomo a otro invitan a la regulación o aumentan la reactividad (Dana, 2018).

La posibilidad de volver al estado natural de equilibrio físico y emocional del cuerpo depende directamente de la desactivación del sistema nervioso simpático supra



diafragmático y de la activación del sistema nervioso parasimpático, restableciendo la homeostasis cardíaca y respiratoria (Vilalba, 2023).

Partiendo de que la autorregulación no es más que la posibilidad de volver al estado natural de equilibrio físico y emocional del cuerpo, y que depende directamente de la desactivación del sistema nervioso autónomo simpático y de la activación del sistema nervioso parasimpático, y el fortalecimiento del tono vagal, especialmente de la porción vagal ventral, es importante destacar lo esencial del conocimiento y asimilación de esto para tomar medidas en el incentivo de creación y la promoción de un estado propicio para el desarrollo de la salud integral (Vilalba, 2023). Las prácticas en consonancia que surgen de este postulado son prácticas que pudieran ser agrupadas como integrativas y complementarias de la salud, que van acorde con lo que propone la teoría polivagal entre sus prácticas: como el masaje, relajación, meditación y visualización guiada, ejercicios de respiración y ejercicios físicos, además de algunos ejercicios corporales específicos, que producen la estimulación del tono vagal, y propician estados de regulación deseados en el organismo.

En la actualidad existen técnicas invasivas que ayudan a estimular el nervio vago (dispositivos electros estimuladores transcutáneos), pero también es posible mejorar y ampliar la comprensión de las técnicas no invasivas de estimulación del nervio vago ventral. Partiendo de esto, y de que la manipulación corporal no invasiva ha presentado resultados positivos consistentes (Gonçalves, 2019; Poli, Gemignani, Soldani, & Miccoli 2021). Se considera legítimo y razonable utilizar herramientas como el masaje, la relajación, meditaciones guiadas, ejercicios de respiración y los ejercicios físicos, ya que pueden ser capaces de producir la estimulación del tono vagal y ayudar en el logro de la homeostasis y la regulación del SNC (Vilalba, E. M. G. C. 2023).

Esta investigación, persigue describir el proceso de intervención dirigido a la disminución de la ansiedad y el estrés en una paciente que sufre ataques de pánico y lograr acercamiento al objeto de temor, mediante la aplicación de técnicas vinculadas a la misma.

## **MÉTODO**

### **PARTICIPANTE**

Esta investigación incluyó un estudio de caso que abarcó a una participante, no discriminando por sexo, estado civil, y la edad considerada fue a partir de los 14 años.

Para participar en el estudio los participantes solo debían presentar síntomas de ansiedad y estrés relacionado con ataques de pánico. Y no sería motivo de exclusión, que los pacientes hubieran estado o no anteriormente recibiendo terapias psicológicas o tomando medicamentos psiquiátricos.

El muestreo se realizó de manera intencional, no probabilístico, o sea, que la participante seleccionada para la muestra fue elegida según el criterio de la psicóloga investigadora atendiendo a los objetivos propuestos.

La psicóloga investigadora sabía que esto limitaría el análisis de los resultados, pero el diseño es un estudio que busca profundizar en la aplicación de la teoría y los beneficios según lo describen los pacientes y su percepción sobre la autorregulación.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Edad desde los 13 años.
- Cualquier sexo con o sin tratamiento psicológico o psiquiátrico previo.
- Que manifiesten síntomas de ansiedad y estrés durante un periodo de seis meses o más, que pudieran estar relacionados o cumplir con el diagnóstico de un ataque de pánico.

## **INSTRUMENTOS**

Para recoger la información pertinente para el estudio, se utilizaron los instrumentos:

Un cuestionario y una entrevista realizados por la psicóloga investigadora. El cuestionario fue realizado a partir de los síntomas de ataques de pánico que describe el DSM 5, 2013, dividido en cuatro apartados, leído a la paciente y cotejado por la psicóloga investigadora. La entrevista semiestructurada, que se realizó de manera individual y estuvo basada en las descripciones de recogimiento de datos de relevancia acorde a la teoría polivagal (Dana, 2018). La misma permitió conocer el padecimiento del paciente, sus síntomas actuales y su origen traumático.

El objetivo de ambos instrumentos era validar en la paciente los síntomas y manifestaciones de ataque de pánico.

## **PROCEDIMIENTO**

Esta investigación contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad Iberoamericana (UNIBE), número DIAIRB2024-0401 de fecha 17 de enero de 2024.

El reclutamiento de los participantes se realizó de diferentes maneras: solicitando colaboración a profesionales de la conducta para que presentasen opciones, y un afiche de presentación de esta investigación a pacientes que cumplían con los criterios de la investigación, quienes luego de contactar a la investigadora, recibieron más información y el consentimiento informado para verificar su disposición de participar. Se crearon afiches que fueron enviados de manera digital, a grupos de WhatsApp de padres y profesionales, explicando de qué trataba la investigación y la finalidad de esta. También se realizaron visitas a centros educativos y a grupos juveniles para explicarles a los orientadores de lo que trataba el estudio. Se divulgó a través de conversaciones con amigos y conocidos, y se les explicó la finalidad de la investigación y los posibles beneficios para los participantes.

Las personas interesadas se contactaron con la psicóloga investigadora a través de su correo electrónico o de manera telefónica, y se evaluó a través de una entrevista telefónica y/o presencial si la persona cumplía o no con los criterios de la investigación.

En total se acercaron tres personas, todas del sexo femenino, dos fueron aceptadas por cumplir con los criterios establecidos, y una no cumplía con los síntomas descrito en el DSM 5 para ataques de pánico. Sin embargo, una de las dos participantes aceptadas, se tuvo que retirar del estudio al inicio de este, por motivos de salud (cirugía). La persona finalmente seleccionada para el estudio, por cumplir con los criterios de inclusión, resultó ser menor de edad. En tal sentido, se obtuvo un consentimiento de los padres o tutores y se tomaron las medidas de protección de lugar adicionales. Se utilizó un lenguaje entendible a la edad de la participante, en la explicación del consentimiento informado y en las sesiones terapéuticas.

En el primer encuentro, se le leyó detenidamente el consentimiento informado (ver anexo 1) a la madre y a la niña, así como también se realizó una explicación detallada de cómo se trabajarían las intervenciones. Se mostró primero el instrumento de valoración de síntomas tanto a la madre (porque era la que recordaba el evento traumático), como a la niña.

### **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

El tratamiento implicó siete sesiones terapéuticas individualizadas, y el tiempo de cada una osciló entre una hora y dos horas y media. Las intervenciones fueron realizadas entre una combinación de modalidad presencial y virtual, una vez por semana, donde se trabajó básicamente con técnicas de la teoría polivagal y la técnica de Desensibilización Sistemática de la Terapia Cognitivo Conductual, entre otras; para ayudar a promover una auto regulación en el estado de crisis como el del ataque de pánico y se buscó tonificar su nervio vago, para ayudarle a mejorar su respuesta emocional ante futuros episodios. Se buscó psico educar a la paciente con respecto a esta teoría, y su funcionamiento, para condicionar

respuestas favorables de su sistema nervioso.

Para las intervenciones se utilizaron técnicas de la teoría polivagal (Dana, 2020; Rosenberg, 2017), entre otras técnicas de otros autores, las cuales fueron abordadas durante el Máster en intervención en crisis y traumas realizado por la autora.

Los objetivos del programa fueron dirigidos a que la participante pusiera en práctica actividades, explorando la teoría polivagal, sus principios y la forma en la que esta trabaja para la autorregulación.

En cada intervención se le fue psico educando y enseñando técnicas, que luego mediante la observación a la paciente y lo explicado por ella, se verificaban los niveles de avance o de disminución de su sintomatología y niveles de estrés, ante la posible aparición de una crisis. Se hizo un registro manual de la utilización que hacía la paciente de las técnicas fuera del espacio terapéutico, y los beneficios descritos por ella. Esto fue registrado manualmente por la investigadora, atendiendo a cada intervención realizada para analizar los resultados de todas las intervenciones en conjunto. Entre las técnicas usadas en las sesiones terapéuticas estuvieron: la exploración del SNA usando el mapa detonantes y destellos, técnica de liberación neuro facial, técnica función mirada a través del lente polivagal, técnica de mejoría de la neurocepción de las señales de seguridad, peligro y amenaza a la vida. También la tonificación del SNA, a través de respiraciones diafragmáticas y se exploró el SNA usando el mapa de perfil personal, asimismo se realizaron visualizaciones guiadas, la técnica cognitiva conductual de la desensibilización sistemática, musicoterapia y la terapia narrativa para crear una versión diferente del origen del trauma.

### **ANÁLISIS DE DATOS**

Al finalizar cada sesión terapéutica se valoró mediante observación a la paciente y

mediante preguntas de escala y anotaciones, el avance en la disminución de síntomas de ansiedad y estrés en la participante. La pregunta escala utilizada fue: ¿Del 0 al 10?, donde 10 significa el mayor grado de estrés y 0 el menor, ¿En qué grado terminaste la sesión de hoy, y por qué?

## **RESULTADOS**

La meta que se perseguía alcanzar con las intervenciones era controlar la ansiedad de la paciente y lograr que se moviera a un estado de conexión social o de relajación en el momento de la ocurrencia de una crisis de pánico.

Refiriéndose a la investigación, la participante expresó, «tengo muchos deseos de ir a los lugares y no temer encontrarme con unas mascotas disfrazadas, que me hagan sentir que no puedo tener control de mí misma». También expresó «Sé que lo voy a lograr, porque quiero hacerlo». En las intervenciones, primero se trató de calmar el cuerpo y enfocar la atención en conocer cómo reaccionaba su sistema nervioso autónomo bajo situaciones de crisis de pánico, y también se trabajó para que PMM pudiera identificar las señales de peligro que registraba su proceso de neurocepción, a partir de los lugares donde podía aparecer la situación u objeto de temor.

### **Relación terapéutica**

Entre la paciente y la psicóloga investigadora la comunicación entre SNAS sucedía de forma continua, por eso se promovió que la paciente se sintiera segura en el contexto psicoterapéutico, se creó un espacio en el que pudiera moverse en confianza de un estado de inseguridad a uno fisiológico de seguridad. Para que la cooperación y los resultados se dieran de forma natural, las sesiones se diseñaron pensando en que la paciente se sintiera segura, entendida y divertida, se le explicó que la intención con la terapia era conseguir que

le sirviera como una experiencia emocional correctiva de lo vivido en su infancia, que le permitiera experimentar emociones nuevas, mediante la psicoeducación y la reexperimentación, el empoderamiento y guiándola mediante un acompañamiento activo, a lo cual ella respondió muy comprometida y entusiasmada.

Para la séptima sesión terapéutica, se le solicitó a la paciente que dirigiera la sesión terapéutica, ya que era la de la exposición en vivo al objeto que le causaba los ataques de pánico, y lo hizo con buena actitud y adecuada, pero si requirió que la psicóloga investigadora estuviera a su lado, para ella sentirse segura.

### **DESCRIPCIÓN DE LA PARTICIPANTE**

Nombre PMM

### **DATOS GENERALES**

La participante PMM es femenina, menor de edad, de 14 años, cursa el segundo de secundaria. Tiene un nivel económico alto, reside en una provincia de la región norte, de padres divorciados, vive con su madre de 44 años, un hermano de 16, y otro de 19 que reside y estudia en el extranjero. Dijo tener una buena relación tanto con su madre y hermanos, además de con su padre, aunque no vive con ella. Su padre cubre la mayoría de los gastos de ella y sus hermanos, y la busca cada 15 días para pasar el fin de semana; su madre también trabaja fuera del hogar. La paciente expresa tener una relación de cercanía y muy abierta con su madre.

PMM aparenta y se describe como una adolescente normal y alegre, expresa que le encanta compartir con sus amigas e ir a fiestas, a la playa, pasear con su novio y comprar ropa y maquillaje. Sólo le genera ansiedad y malestar el continuar sintiéndose mal cuando ve el objeto de temor, y que, pasado el tiempo, en vez de mejorar se siente que sigue igual que cuando era una niña pequeña, respecto a las crisis.

## HISTORIA DEL PROBLEMA

En el momento de la entrevista clínica dijo sentir nivel de ansiedad generalizado de 7 a 10 frente a una persona disfrazada con mascara. Al aplicarle el cuestionario diseñado por la sustentante, la participante respondió que sí, a la pregunta del criterio A, de: ¿Sufre usted de miedo, pánico o malestar intenso, de aparición espontánea, temporal (que suele durar menos de una hora) y aislada, que se inicia bruscamente y alcanza su máxima intensidad en los primeros 10 minutos? Mostrando así que cumplía con los criterios de crisis por ataque de pánico.

También cumplió con al menos tres criterios definidos por el DSM 5 para ataques de pánico: sudoración de manos, aceleración y palpitaciones de corazón, sensación de atragantamiento o nudo en la garganta, y en algunos casos experimentó irrealidad o desconexión, todo esto ante el temor.

La ansiedad y estrés de la paciente, generados a partir de personajes disfrazados con máscaras, comenzó a partir de una crisis sucedida cuando contaba con tan solo un año, según le había contado su madre. En un cumpleaños infantil, vio un payaso como parte del entretenimiento, el cual la sorprendió repentinamente de frente y sin anticipación, lo que le ocasionó que estallara en llantos de forma desconsolada, y que por más intentos que hizo la madre por calmarla, aun alejándola del alcance del personaje, no logró calmarla hasta pasado un tiempo. Pero luego el mismo día, aparecieron varios personajes más que la volvieron a sorprender y que la desestabilizaron de nuevo, poniéndola a llorar de forma desconsolada, y obligando a la madre a retirarse con ella del lugar. Desde ese día no se sintió segura y en disfrute en ningún sitio donde hubiera algún personaje con mascara.

Este malestar ha impedido que PMM disfrute de los viajes con su familia a Disney, ya que



tampoco se siente segura cuando está junto a estos personajes. A la participante también le entristece, que no puede ir a ver a su novio, que juega en un equipo de futbol, porque al equipo tener una mascota (persona disfrazada de ave), ella se siente ansiosa y angustiada cuando asiste. Y esto, según expresa, la limita a vivir una vida con la libertad que ella desearía. Comentó que cuando le toca ir a un juego donde está la mascota, se queda lejos de ella, y aun así no puede evitar pasarse todo el tiempo mirando hacia el lugar en donde está, para comprobar que no se le acerque.

En el ambiente familiar, esto es motivo de preocupación, porque lo que veían como un miedo de la niñez y que esperaban que se desvaneciera con el tiempo, aún permanece, y le impide desarrollar una vida normal y típica de una adolescente de 14 años. Con los años, su madre trató de hacerle exposiciones controladas a personas disfrazadas, haciéndolo divertido y despacio, sin lograr buenos resultados, según lo que expreso ella misma. La madre admite que nunca la ha llevado a un especialista de la conducta para que la trate profesionalmente. En resumen, la paciente comenta sentirse paralizada cuando ve a lo lejos algo parecido al objeto fóbico y teme encontrárselo en cualquier lado, por lo que su deseo es liberarse de este sufrimiento de inquietud, y por eso quiso intentar con la intervención propuesta en este estudio.

### **SÍNTOMAS ACTUALES**

PMM expresó sentir mucha ansiedad que se conecta con sintomatología de ataques de pánico, siempre que tiene interacción con personas disfrazadas que usan máscaras, como las mascotas de los equipos de deportes o botargas, personas disfrazadas en carnavales y en actividades afines, y a los payasos.

Entre la sintomatología que experimenta se encuentran: palpitaciones de corazón, sudoración en las manos, intranquilidad general y deseos de marcharse a su casa. No tiene

estrategias puntuales identificadas para autorregularse, porque, aunque quisiera hacer respiraciones y otras estrategias que le han explicado antes, dice que se queda en blanco, como frizada, como si el tiempo se detuviera para ella y solo piensa en correr hacia un lugar seguro, que en este caso sería su casa o por lo menos alejarse del objeto de temor.

Este pánico aparece generalmente de forma inesperada, y en cualquier lugar, bien sea cerrado o abierto, pero siempre que ve a alguien con disfraz del tipo descrito, aunque sea en una situación cotidiana.

### **OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN**

El objetivo de esta investigación fue disminuir la ansiedad, el estrés y lograr la autorregulación en crisis hasta acercarse al objeto de temor en una paciente, que sufría ataques de pánico, desde el primer año de vida, mediante las técnicas de la teoría Polivagal y la desensibilización sistemática de la Terapia Cognitivo Conductual.

El primer objetivo de intervención fue ayudar al sistema nervioso autónomo de la paciente a volver a un estado vagal ventral, o de relajación y conexión social, a través de diversos ejercicios y técnicas.

En la paciente se abordó la concienciación de los eventos que suceden sin conciencia durante la crisis de pánico, sobre todo para crear una nueva historia basada en la realidad de su edad actual, y lo que representa el objeto de temor hoy, y para dejar de manejar esquemas disfuncionales de pensamientos que no la ayudaban a salir de las crisis. Se le hicieron exposiciones sistemáticas al objeto en forma de juegos divertidos, después de practicarle ejercicios de relajación corporales, hasta llegar a una visible desensibilización.

La participante, después de la intervención presentó una disminución significativa de la ansiedad, medida mediante el cotejo del cuestionario, anteriormente descrito y a través de la entrevista y la observación directa.

## **PROGRESO E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS**

El progreso de la paciente fue muy notorio desde las primeras sesiones, ya que al explicarle cómo funcionaba su sistema nervioso autónomo, desde el criterio de la teoría Polivagal, expresó que comprender lo que le pasaba y que no era algo tonto lo que sentía, sino algo que estaba afectado a nivel fisiológico y que necesitaba ayudar a repararlo, la tranquilizó un poco y se logró fomentar su cooperación en las sesiones.

Cuando se le realizaban los ejercicios físicos y de respiración para lograr el estado de ventral vagal antes de cada exposición al objeto de temor, se le observaba física y por lo expresado por ella misma, muy relajada.

Se siguió siempre el mismo patrón en cada intervención, de llevarla a ventral vagal (estado de relajación) primero, antes de exponerla a nivel de visualización al objeto que le producía las crisis, primero la exposición fue a nivel de fotografías, después en video , más adelante incluyó exposición a ver el disfraz real sin la persona, y por último se le hizo una exposición en vivo, en la que la paciente expresó sentirse aliviada en un nivel 2, en una escala de 0 a 10, donde 0 significaba sin estrés y 10 con un nivel máximo de estrés.

En la intervención final la paciente pudo abrazar el objeto que le causaba los ataques de pánico y verlo como una persona disfrazada y no como un monstruo, lo que su cerebro le inducía a creer desde niña. Así lo expresó al final de la intervención.

## **Resumen de las intervenciones**

### **Sesión 1**

El primer encuentro con PMM fue de psicoeducación, de establecimiento de relación terapéutica y de exploración. Se dio inicio saludando y preguntando a la paciente qué le

parecía el encuentro, y que pensaba del tema de ayudarla con las crisis a partir de encuentros semanales y ejercicios guiados. Luego se conversó sobre sus intereses particulares, qué le gustaba hacer en su tiempo libre, sus hobbies, con quien vivía y quienes componían su núcleo familiar.

Se cotejó junto a la paciente el cuestionario elaborado por la sustentante, a partir de los síntomas que presenta el DSM 5 2013, sobre ataque de pánico. Con este cuestionario, se confirmó, a partir de las más de tres respuestas afirmativas cotejadas, que la paciente mostraba síntomas de pánico cuando en el momento de las crisis. Luego se continuó con la entrevista semiestructura, preguntando como se sentía con los eventos de pánico que le habían ocurrido y como lograba regularse (si lo lograba). A lo cual respondió, que no recordaba haber encontrado herramienta para estos fines, porque, según explicaba, entraba en estado de sobresalto, a veces sintiéndose un poco desconectada de la realidad. También se le preguntó sobre el objetivo que esperaba conseguir con las intervenciones de esta investigación, para ir trabajando en consonancia con sus expectativas.

Una vez establecida una buena relación de confianza, se le compartió una presentación en PowerPoint acerca de la teoría Polivagal, beneficios y forma de operar: se le explicó la escalera del sistema nervioso autónomo; estado vago ventral, estado simpático y estado vago dorsal. Asimismo, qué eran los destellos de seguridad y de inseguridad y cómo reconocerlos, la neurocepción y la homeostasis o autorregulación, entre otros conceptos, explicados con un ejemplo de una metáfora de un avión en una turbulencia y las reacciones individuales de sus tripulantes.

Al finalizar la sesión se le ofrecieron a la paciente algunas herramientas, que pudiera practicar cuando se sintiera desregulada, respiraciones y algunos ejercicios corporales. Se le dirigió en una corta visualización con ojos cerrados, que sirvió de breve exposición al objeto

de temor y ver su reacción al mismo. Y se recogió su sentir respecto de esta visualización.

Por último, se tuvo un espacio de preguntas y respuestas, en el cual la paciente pudo indicar su parecer de la sesión completa y responder la pregunta escala, elaborada para evaluar cada intervención.

Con esta sesión se estableció una buena confianza entre la psicóloga investigadora y la paciente, además de introducirla en los términos y ejercicios que se seguirían tratando en las demás sesiones terapéuticas.

## **Sesión 2**

En esta sesión se guio a la paciente a seguir entrenando el cuerpo en el estado de seguridad vagal a través de ejercicios, respiraciones y visualizaciones, para que a medida que aprendiera el cuerpo, la mente se calmara.

Se reforzó de nuevo la explicación de los diferentes estados del sistema nervioso autónomo, y el concepto de neurocepción. A través de la exploración de la neurocepción se le animó a identificar destellos de seguridad e inseguridad en su cotidianidad, recordando momentos en los que se había sentido insegura y como los había resuelto.

De manera divertida, se le contó una historia que explicaba cómo funcionaban los estados de su SNA; cada uno de ellos, con nombres de personajes que los ejemplificaba y fácil de recordar. También se trabajó la idea de creación de un escudo protector en el estado ventral vagal, a través de asociaciones con un objeto y un color, con el que pudiera enfrentar miedos. Y, a través de la terapia narrativa, se le ayudó a crear una nueva historia de vida, de una adolescente de 14 años, en vez de la niña de un año, a la que le había ocurrido el trauma.

Se explicó que, calmando el cuerpo, boca, pecho, sistema digestivo, entre otros nervios que conectan directamente con el nervio vago, se podía facilitar enfrentar los miedos y

crisis que tienen que ver con la mente y el inconsciente. Asimismo, se realizó a la paciente un ejercicio para manejo de estrés: con las manos estiradas hacia adelante y que se pegaban en la medida que el SNA se iba calmando, estando la paciente con los ojos cerrados, se le fueron dando instrucciones de empoderamiento, para lograr que entrara en el estado de calma y relajación del nervio vago (ventral vagal), los movimientos de los dedos sirvieron de indicadores de relajación durante el ejercicio. También se le explicó la técnica de la respiración diafragmática, objetivos y beneficios. Y se le introdujo al concepto de enraizamiento mediante la conciencia plena, para lograr conectar la mente con su cuerpo. La respiración, fue practicada en la sesión antes del ejercicio corporal, mediante la respiración rectangular: 4-8-4-8, enfatizando en la lentitud de la exhalación y haciendo como si se apagara una vela. Después de esta respiración, la paciente comentó que la hacía sentir que se ahogaba, y no estaba muy dispuesta a realizarla. Sin embargo, cambiando a que la hiciera sin forzar, como respirando normalmente, sin contar y solo prestando a atención a cómo entraba y salía el aire de sus fosas nasales, eventualmente logró realizarla satisfactoriamente.

Se dejó para la siguiente sesión el cambio de historia, inventando una nueva de cuando ocurrió el trauma, pero con un final feliz.

#### **Tareas para realizar fuera de la sesión:**

Dibujar a Veva (niña en ventral vagal), con su disfraz de lucha contra los personajes disfrazados, y que dibujara el objeto de temor con la cara que ella quisiera, para que de alguna forma lograra burlarse del personaje. También buscar un objeto que pudiera portar, con un color que le ofreciera seguridad y que le sirviera de amuleto.

A la pregunta escala, la paciente respondió que había terminado la sesión con estrés 0.

#### **Sesión 3**

La sesión comenzó conversando sobre cómo fue su semana y cómo se sintió desde la última vez que nos habíamos visto, a lo que ella respondió relatando las actividades que por su cumpleaños había realizado su familia la habían hecho feliz: una fiesta con sus amigas y un fin de semana familiar.

Luego se habló de la última sesión, y la paciente mostró un dibujo que había elaborado del objeto fóbico, una de las tareas de la última sesión. Estaba completo de pies a cabeza, muy bien elaborado, pero al que le faltaban los ojos, nariz y boca. Ella comentó que no sabía cómo dibujarle las expresiones faciales y que había preferido dejarlo así.

Luego se trabajó en crear una nueva historia divertida junto, que sustituyera la historia del trauma. Se le propuso realizarlo como teatro de improvisación (esta técnica se utiliza con niños y adolescentes en teatro). En este caso se utilizó como una técnica terapéutica; La paciente cuenta una parte de la historia y el terapeuta otra, y así sucesivamente se van intercambiando el rol del narrador hasta que se termina la historia. La intención de este cuento alternativo fue la de cambiar el guion de lo sucedido, pero también cambiar la emoción asociada al trauma sufrido, y así ayudarla a transformarlo, la idea es que, al recordarlo de otra manera, le vaya quitando fuerza y recuperara su autocontrol.

Se trabajo un objeto de protección o talismán que le recordara seguridad cuando viera algún personaje disfrazado. Luego se trabajó una visualización, comenzando con la respiración diafragmática (que aún le suponía un poco de resistencia), pero se realizó a su ritmo, y se logró relajar, con los ojos cerrados se le indujo a que imaginara en color azul: cosas, lugares, espacios, y que los mencionara, para así llevarla a que cuando viera o tocara algo en azul, se sintiera más segura y empoderada.

Se le motivó a identificar algunos detonantes o destellos tanto de seguridad como de inseguridad o de cambio de estado que pudiera mencionar. Comentó que tomar un examen

difícil, la ponía en simpático, la muerte de un familiar cercano era lo más próximo a sentirse en dorso vagal (en desconexión) y pasear e ir a fiestas con sus amigas, era sentirse en ventral vagal. Después creando un mapa de destellos de seguridad, se hizo a la paciente asociación a través de la visualización; de un sabor, para que lo asociara a seguridad, luego algo jugoso y rojo, a lo que ella respondió que la uva, y se le indicó que cada vez que pensase en el sabor de la uva, si sentía temor disminuyera.

Por último, se le pidió elegir una consigna, que fue el nombre que le apodaban de niña: PICA, y se le sumó el color que había elegido para infundirse seguridad: azul. Una consigna o mantra para empoderarse con la unión de ambas palabras: ¡PICAZUL!

#### **Tareas para la próxima sesión:**

Ponerle la cara al personaje que había dibujado, cualquier cara que ella quisiera; de burla, con sonrisa, y practicar los ejercicios de respiración diafragmática.

#### **Sesión 4**

Iniciando esta sesión PMM nos comentó que se sentía muy bien, pero que no había podido ponerle cara al personaje con disfraz, objeto de temor, que ya había dibujado, y era porque se sentía que no sabía cómo hacerlo para que le quedara bien. Se le pidió que lo hiciera en la sesión, y entonces dibujó una cara sonriente, aunque bizca, y eso fue motivo de risa. Después de esto, el objetivo fue seguir creando destellos de seguridad que cambiaran la emoción asociada a los personajes con disfraces.

La paciente comentó que el siguiente fin de semana iba con una amiga a un partido de fútbol y que probablemente viera la mascota del equipo «el lince», y tenía la idea que, aunque ahora se sentía fuerte y segura, tenía miedo de poder darle miedo cuando estuviera frente a frente. Comenzamos la sesión reforzando las herramientas de ejercicios y respiraciones que habíamos visto en sesiones anteriores y las visualizaciones para que



interiorizara el personaje.

Se volvieron a realizar los ejercicios corporales para reforzar su nivel de seguridad, asociándolo con el color azul. Después de relajar a la paciente, se le hizo un ejercicio de visualización asociando el color azul a su seguridad natural, y también se le reforzó la frase de empoderamiento ¡PICAAZUL!, para que se lo dijera mentalmente varias veces, siempre que se sintiera en peligro o con temor.

Antes de finalizar se trabajó con musicoterapia, mostrándole videos a la paciente de artista que salían al escenario de miles de personas revestidos de su seguridad, entre los que estaban Karol G, Emma Cook y Anne Fisher, entre otros. Ella también sugirió algunos artistas. Al final de la intervención se le preguntó sobre su parecer de la sesión, y con qué se quedaba, y dijo que se quedaba con la asociación del azul a su seguridad, la relajación de la respiración y con la nueva historia creada de forma divertida de lo que había sucedido cuando era una niña. De su nivel de relajación al finalizar la sesión, dijo sentirse muy relajada.

### **Sesión 5**

En la quinta sesión, después de preguntarle a la participante como se había sentido estos últimos días poniendo en práctica los ejercicios de relajación y los destellos de seguridad practicados en las sesiones anteriores, comentó que los estaba implementando poco a poco en su rutina diaria, y que se sentía más en confianza de poder manejar la exposición al objeto fóbico si se lo llegaba a encontrar. Luego se le volvió a realizar ejercicios físicos de fortalecimiento del nervio vago, y respiraciones diafragmáticas, tratando de fijar y motivar todo lo que en esta materia se había conseguido con la paciente. En esta sesión, viendo que la paciente ya manejaba y se sentía más cómoda con la respiración diafragmática, se le comenzó a introducir el concepto de respiración uyayi o respiración oceánica, que se realiza

contrayendo ligeramente la laringe y la glotis para agregar resistencia, lo que ayuda a mitigar las sensaciones de temor. Del nivel de relajación al terminar la sesión, comento de nuevo estar en 0, de una escala del 0 al 10.

Al final de la sesión ella dijo que creía poder hacer ya la exposición en vivo, pero se prefirió esperar una sesión más, para tonificar un poco más su nervio vago.

### **Sesión 6**

En esta intervención, el enfoque estuvo puesto en lograr reafianzar todos los ejercicios, físicos y de respiración diafragmática que llevaban a la paciente a un estado de relajación, para seguir preparándola para la exposición en vivo. ¡Se volvió a usar la frase de poder de! PICAZUL! y se le reforzó el color y el sabor ya asociados a seguridad.

Se le realizó una nueva visualización guiada y se volvió a crear una historia alternativa de lo que había ocasionado el trauma. Con esto se buscó que, al imaginar momentos de reciprocidad, pudiera conseguir, desactivar los sistemas de defensa autónomos, y a la vez activar el sistema vagal ventral y lograr moverse hacia la seguridad (Dana, 2018). La intención era ir creando una nueva red neuronal que fuera la que respondiera cuando se le presentase el objeto fóbico. Al final de la sesión, su nivel de relajación se encontraba en 0.

### **Sesión 7**

Esta sesión fue diferente a las demás, porque a solicitud de la paciente se le hizo una exposición en vivo del objeto causante de los ataques de pánico. Después de hacer la exposición primero en foto, luego en video y luego al disfraz inanimado, se hizo en vivo con una persona disfrazada. Se comenzó relajando con ejercicios corporales, de respiración y con visualizaciones, comprobando visualmente que la paciente estaba en un estado de ventral vagal o de relajación, para luego proceder al acercamiento. La paciente diseñó el orden de la intervención, con un disfraz muy parecido al causante del trauma original, y

seleccionando a persona que se lo pondría, y también el ritmo de vestirse con cada una de las partes del disfraz.

En la meditación, fue dotada de todos los elementos de seguridad que ya se habían trabajado en sesiones anterioridad y que ella conocía. La paciente hacía las visualizaciones con los ojos cerrados, y en esta última se le noto sonriendo, evidenciando que vivía la visualización con agrado. Esta intervención duró aproximadamente dos horas y media, porque la participante fue muy despacio para asegurarse de que no le volvieran los síntomas cada vez que veía o estaba en contacto con una parte del disfraz.

Se buscó el disfraz y al principio la paciente estuvo un poco recelosa de acercarse, y por momentos temerosa, pero con el recuerdo de sus destellos de seguridad y la respiración diafragmática, logró tocarlo y luego se lo puso pieza por pieza. En algunos casos retrocedía y se quitaba una parte, o quería ver parte de su piel y luego pedía continuar. Luego que la paciente se puso el disfraz completo, pidió que se lo pusiera la persona elegida para disfrazarse, porque entendía que, aunque ella se lo había puesto, lo difícil iba a ser vérselo puesto a otra persona, porque así era que se le manifestaban los síntomas físicos desagradables. Luego la paciente fue guiando a la persona con las partes del disfraz, parte por parte. Al inicio le costó mucho trabajo que la persona comenzara a ponerse el disfraz en frente de ella, y pidió a la psicóloga investigadora que todo el tiempo estuviera a su lado, recordándole los destellos de seguridad, pero, aun así, retrocedía, y volvía y retomaba cuando se sentía lista. Lo que más le costó fue dejar de ver la piel de la persona disfrazada, le pedía al principio constantemente que le dejara ver su boca que era el único orificio que le permitía validar que había un ser humano detrás de la máscara.

Después de varios minutos, escuchando a la persona hablarle y ella tocando el disfraz, primero de lejos y luego de cerca, dejó de pedir ver su cara. Y ya en la parte del

acercamiento completo al objeto fóbico, le ayudó mucho la técnica de la respiración con atención plena, ya que para acercarse se concentraba en su respiración en como entraba y salía el aire por los orificios de su nariz, y así traía la mente al cuerpo y al momento presente y olvidaba la ansiedad de lo que tenía en frente. Esta técnica fue crucial en el momento.

Al final, y luego de varios intentos que ella misma quiso realizar, pudo abrazar el personaje disfrazado. Luego, al preguntarle de cómo se sentía después del abrazo, comentó que pudo lograrlo gracias a tener pendiente sus destellos de seguridad y manteniéndose en ventral vagal, y sobre todo dijo; «que el ejercicio de atención plena fue muy importante para poder abrazar el disfraz.

Al preguntarle de nuevo su nivel de relajación, y de cómo se había sentido en la sesión, dijo que al principio estuvo muy nerviosa, pero que con los ejercicios y las respiraciones se logró calmar y que las visualizaciones lograron familiarizarla con la situación que iba a tener en vivo.

## Discusión

La investigación perseguía disminuir la ansiedad y el estrés, y lograr la autorregulación en crisis hasta acercarse a personajes disfrazados con careta, en una paciente con ataques de pánico, que los sufría desde el primer año de vida, porque cuando ocurrió la crisis aparentemente, no hubo una regulación adecuada. Los síntomas, además de crearle malestares psicoemocionales, limitaban parte de su interacción social, como por ejemplo asistir a eventos y lugares donde hubiera de estos personajes.

Los resultados logrados con la paciente PMM, que, a sus 14 años, había vivido 13 años con síntomas de ansiedad y estrés, han de considerarse favorables y al mismo tiempo atribuírsele a la interacción recíproca de diferentes aspectos, como son la selección y aplicación entusiasta y cuidadosa de técnicas terapéuticas que usa la teoría polivagal, como fueron: la realización de diversos ejercicios respiratorios, musculares y de visualizaciones, musicoterapia, técnicas narrativas para cambio de historia traumática, identificación de estado en la jerarquía del SNA desde la perspectiva polivagal, exploración de la neurocepción para identificar destellos de seguridad e inseguridad, además de la aplicación de la técnica de desensibilización sistemática del enfoque Cognitivo Conductual, entre otras técnicas.

Hacer respiración diafragmática, al inicio de cada sesión, ayudó a la paciente en el avance del proceso de exposición al objeto fóbico, junto a otros ejercicios y técnicas que fueron utilizados para lograr la relajación y moverla en la escalera del SNA al estado de ventral vagal o estado de conexión social.

A pesar de que al principio a la paciente le costó adaptarse a respirar de la forma que beneficiaba a su sistema nervioso autónomo, 4-8-4-8, luego de varias prácticas logró

dominarla y hacerla parte de su rutina. Debe mencionarse que esta respiración en un principio no le funcionó porque, al parecer, existen algunas personas que cuando hacen ejercicios de respiración lenta y profunda por primera vez, llegan a experimentar una respuesta protectora de lucha o huida simpáticas, que después de un tiempo de práctica regular, cambia de protección simpática a seguridad parasimpática (Chinagudi et al., 2014, citado por Dana, 2018).

Con las visualizaciones, se le creó un espacio seguro a la paciente, con herramientas, que le brindaran señales de seguridad y que le ayudaron al acercamiento del objetivo del estudio, se utilizaron visualizaciones, donde se le ponía a imaginar un color, un sabor y sensaciones que le provocaran seguridad. A la paciente le resultó de mucha utilidad su espacio seguro porque desde allí logro acercarse, tocar y abrazar el objeto de temor sin manifestar ansiedad, estrés o síntomas de pánico, y luego en la exposición en vivo pudo materializar esta idea.

Con la imaginación y la narrativa, la paciente logró aceptar la exposición del objeto fóbico en vivo, porque, según explicó, hubo un cambio favorable de sensación de la emoción que sentía antes de las terapias y después de abordar el cambio de narrativa. La paciente consiguió crear una historia, que le cambiara la sensación al acercarse al objeto de temor; imaginar un cambio favorable de historia versus el trauma original ayudó a conseguir desactivar sus sistemas de defensa autónomos, y a la vez activar el sistema vagal ventral y lograr moverse hacia la seguridad (Dana, 2018).

Con la paciente se utilizó la musicoterapia porque además de esta técnica haber demostrado ser muy beneficiosa para aumentar la actividad del sistema parasimpático, (Chuang, 2010), la misma paciente expresó que, escuchar música la transportaba a un

estado de bienestar automático, por lo que se usó con el fin de que contribuyera a llevar a la paciente al estado de ventral vagal, antes de la exposición real o imaginaria del objeto de temor. Le sirvió, porque ella misma en las últimas sesiones lo requería como parte del ritual que la relajaba.

Con la identificación del estado en la jerarquía del SNA desde la perspectiva polivagal, la paciente consiguió aprender a distinguir dentro de su vida diaria, los estados donde se sentía insegura y accionar por su seguridad, consiguió llamarlos por un nombre y centrarse en tratar de moverse de estado si veía que no le favorecía a su sistema nervioso. Esto le gustó porque, según expresó podría aplicarlos en su casa, en el colegio y en cualquier situación que sintiera un cambio de estado de su SNA y de ser necesario accionar para autorregularse.

Además de las técnicas y ejercicios realizados en las sesiones terapéuticas, otro factor favorable en el proceso terapéutico realizado fue la cooperación de la paciente, que desde un inicio estaba decidida a superar el trauma. También se debió a los logros psicoeducativos de la paciente, que tuvieron que ver con conocer detalles de cómo funciona su sistema nervioso autónomo y su influencia para calmar su cuerpo y sus emociones, bien sea en crisis por ansiedad y estrés o por ataque de pánico.

Se debe recomendar el uso de la aplicación de las técnicas vinculadas a la teoría Polivagal en el caso de crisis por ataques de pánico, porque se logra obtener resultados en corto plazo y de forma favorable, tal y como ocurrió en el caso clínico, objeto de esta investigación. Otra razón es que tanto paciente y terapeuta pudieron beneficiarse en la práctica clínica; la paciente porque la ayudó en su recuperación emocional, conciencia corporal y en mejorar sus relaciones sociales, y a la terapeuta la ayudó a comprender mejor

las respuestas del paciente, y a poder diseñar intervenciones específicas, al estar centrado en el nervio vago, y también fue de beneficio personal, pudiendo lograr mayor control de su propio SNA (López, 2018).

Debe considerarse que como PMM tenía 13 años experimentando síntomas de trastorno de pánico, aun sintiéndose aliviada con el proceso terapéutico realizado en siete sesiones, se debe considerar la fuerza del hábito, y, por lo tanto, para mantener la mejoría se considera que debe continuar realizando los ejercicios practicados durante el proceso terapéutico y establecerlos como una rutina en su vida (Clear, 2020).

Visto que, la respiración con atención plena fue de las técnicas con la que la paciente objeto de este estudio, sintió de las que más rápido le funcionó para calmar los síntomas físicos de ansiedad en el momento de la exposición en vivo al objeto fóbico, en caso de asistir terapéuticamente a pacientes con síntomas de ataques de pánico, recomendamos en terapia ponderar y animar su uso.

Como esta investigación se realizó con un solo estudio de caso, no es recomendable realizar generalizaciones. Por lo tanto, se recomienda al respecto, que se realicen estudios similares con una muestra significativa de casos, que puedan validar estos resultados.

Con el tratamiento aplicado a un ritmo adecuado de exposición, la paciente del estudio pasó de una ansiedad de crisis al ver el objeto fóbico, a un estado en el que podía controlarse mejor a sí misma, sus síntomas físicos y lograr una mejor conexión social.

A la paciente en casi todas las sesiones se le trabajó para que lograra estar cerca del objeto que le causaba ataques de pánico, y en la última sesión, después de llevarla al estado de ventral vago, practicados en las sesiones anteriores, consiguió no solo acercarse al



objeto fóbico, sino abrazarlo, y ella misma ponerse el disfraz.

### Referencias

Alvarez G. and Contreras, 2019. Intervención cognitivo-conductual en un caso de ataques de pánico. Revista de casos clínicos en Salud Mental, ISSN-e 2255-5609: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7323084>.

Chuang C, Han W., Li P., Young S. 2010. Efectos de la musicoterapia sobre las sensaciones subjetivas y la variabilidad de la frecuencia cardíaca en sobrevivientes de cáncer tratados: un estudio piloto, Ther Med 2010; 18:224–6: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229910000956>

Clear, J, 2020, Hábitos Atómicos: Cambios pequeños, resultados extraordinarios, España: Grupo Planeta.

Dana Deb, Junio (2018). Polyvagal, Theory in Therapy: Engaging the Rhythm of Regulation, Tercera Edición, W. Norton & Company. Barcelona, España.

Dana Deb, Abril 2020. Polyvagal Exercises for Safety and Connection: 50 Client-Centered Practices (Norton Series on Interpersonal Neurobiology), Norton & Company, New York, New York.

Deacon, Brett, Abramowitz J., (June 2006). A pilot study of two-day cognitive- behavioral therapy for panic disorder, Behavior Research and Therapy: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.008>.

Fernández, M., Casanova M. y Cabañas R., (2018). Estudio de caso único: Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual en un trastorno de pánico en un adolescente, Revista de Casos Clínicos en Salud Mental:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6642691>

Fernández, R., 2016. Antecedentes y revisión crítica del denominado "Ataque de pánico",

Revista de Psicología y Ciencias Afines, vol. 13, núm. 2:

<https://www.redalyc.org/journal/4835/483551472014/483551472014.pdf>

García, Zoilo, Guerra P., 2022. Ataques de ansiedad afectan a cuatro de cada diez

dominicanos, PUCMM:

<https://www.pucmm.edu.do/noticias/Lists/EntradasDeBlog/Post.aspx?ID=2050>

Goldstein, A. J. y Chambless, D. L. A (1978) *Reanalysis of agoraphobia*.

Gonçalvez B., Luis 2019. Un retorno a lo básico: aplicaciones clínicas y abordajes terapéuticos

psico corporales desde la teoría polivagal (TPV). Aplicaciones- clinicas-de-la-teoria-polivagal.pdf (clinicabioenergetica.org).

Hanazawa H. [Polyvagal Theory and Its Clinical Potential: An Overview]. Brain Nerve.

2022 Aug;74(8):1011-1016. Japanese. doi: 10.11477/mf.1416202169. PMID: 35941799.

López, Iratxe (2018): <https://iratxelopezpsicologia.com/teoria-polivagal-porges/>.

Lopes, Sonia. Bio. São Paulo: Saraiva, 2002: <https://slideplayer.com.br/slide/12086236/>

Porges, S, 2018. Orientarse en un mundo defensivo: modificaciones de los mamíferos de

nuestra herencia evolutiva – una teoría polivagal. Psicofisiología 1995; 32, 301- 318.

Porges, S. 2019. Cuestionario de Percepción Corporal [https://www.stephenporges.com/](https://www.stephenporges.com/_files/ugd/8e115b_1e2e103c08a24016958e61a06ba0efc0.pdf)

[\\_files/ugd/8e115b\\_1e2e103c08a24016958e61a06ba0efc0.pdf](https://www.stephenporges.com/_files/ugd/8e115b_1e2e103c08a24016958e61a06ba0efc0.pdf)

Porges, S. 2017. *La teoría polivagal: sustratos filogenéticos de un sistema nervioso*

*Social*. Colorado, Estados Unidos.

Poli, A., Gemignani, A., Soldani, F., & Miccoli, M. (2021). A Systematic Review of a Polyvagal Perspective on Embodied Contemplative Practices as Promoters of Cardiorespiratory Coupling and Traumatic Stress Recovery for PTSD and OCD: Research Methodologies and State of the Art. *International journal of environmental research and public health*, 18(22), 11778.

Porges, S. 2011. *La Teoría Polivagal: fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación*, WW Norton & Company.

Rosenberg, Stanley (2017). *El Poder Sanador del Nervio Vago*, Editorial Sirio, Málaga, España.

Saldaña, Juan, 2011, *Trauma, Personality and Resilience, an appoximate View from Integrated Brief Psychotherapy*:  
[https://www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/Trauma\\_personalidad\\_y\\_resiliencia.pdf](https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Trauma_personalidad_y_resiliencia.pdf)

Saeed, S. Atezaz m.d., y Bruce J. Timothy, PH. D, (may, 1998) «panic disorder: Effective Treatment Options»: [https:// www.aafp.org/pubs/afp/issues/1998/0515/p2405.html](https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/1998/0515/p2405.html).

Porges, S, (2011) *La guía de bolsillo de la Terapia Polivagal primera edición*, Editorial Elepheteria, S.L. Barcelona, España.

Yuen A, Sander J. ¿Pueden las formas naturales de estimular el nervio vago mejorar el control de las convulsiones? *Epilepsia y comportamiento*, 2017; 67:105-110.

Vélez Cordero, Ivonne (2020) «Efectividad de las Técnicas Polivagal para la auto regulación del estado emocional de los médicos de emergencias, Santo Domingo, República Dominicana» <https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/handle/123456789/1714>

Vilalba, E. M. G. C. (2023). Investigación de vanguardia sobre la aplicación de la teoría polivagal en terapias integrativas y complementarias. Tesis de Maestría, Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/d.5.2023. tde-18092023-115537. Consultado el 20-05-2024, de [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br)

Weissman, M., Bland, R, Canino, G., Faravelli, Greenwald, S., Joyce, P, Karam, E. G., Lee C. K., Lellouch. J., Lepine, J. P., Newman, S. C., Oakley-Browne, M. A., Rubio-Stipec, M., Wells, J. E., Wickramartne. P. J., Wittchen, H. A., Yeh, E. K. (1997). The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 305-309.

Wolff, B. C., Wadsworth, M. E., Wilhelm, F. H., & Mauss, I. B. (2012). Children's vagal regulatory capacity predicts attenuated sympathetic stress reactivity in a socially supportive context: Evidence for a protective effect of the vagal system. *Development and Psychopathology*, 24(2), 677–689.  
doi:10.1017/S0954579412000247

## Anexos

**Anexo 1****Consentimiento informado**

**Título: «Abordaje para la auto regulación de la ansiedad y el estrés por ataques de pánico, aplicando técnicas de la teoría Polivagal.»**

Por medio del presente documento, les informo que yo Narda Marizán, portadora de la cédula de identidad 031-0208395-7, psicóloga clínica, soy la autora de esta investigación.

Este trabajo tiene como el objetivo principal describir, analizar y profundizar sobre los beneficios que se logran en pacientes con estrés y ansiedad ocasionados por ataques de pánico, apoyados por las técnicas de la teoría Polivagal.

Usted ha sido elegido para participar en esta investigación. Si acepta, y se compromete a:

- a) Completar la entrevista y el cuestionario que se harán previos a las sesiones terapéuticas.
- b) Asistir a ocho sesiones individuales terapéuticas durante cuatro semanas (dos veces por semana), en sesiones de 45 minutos cada una, en horario seleccionado y establecido a conveniencia por usted y la investigadora. Donde se le psico educara en un principio, sobre en qué consiste la teoría polivagal y de qué manera su aplicación pudiera mejorar o disminuir algunos de sus síntomas. Se le guiará en la realización de algunos ejercicios como automasajes, respiración con el diafragma, entre otros, que luego podrán ser practicados en casa, y que le ayudarán a conseguir la auto regulación en el momento que lo amerite (en este caso en medio de una crisis de ataque de pánico), a través de la tonificación de su nervio vago.
- c) A ser sincero al responder la entrevista y el cuestionario.

d) A comprometerse a asistir en los horarios establecidos con la psicóloga investigadora.

Entre los posibles beneficios que conseguirá con su participación en esta investigación se encuentran los siguientes:

- Reducir los niveles de ansiedad y estrés ante la aparición de un ataque de pánico con la aplicación de las técnicas apoyadas en la teoría polivagal.
- Oportunidad de aprender técnicas que fortalecerán la capacidad de gestionar mejor el compromiso emocional.
- Oportunidad de Aprender técnicas que lo ayudarán a auto regularse en situaciones de crisis y pánico.
- Disponer de un espacio de seguridad y respeto, donde pueda conversar libremente acerca de las demandas emocionales que le generan sus ataques de pánico.

Por la naturaleza de la investigación, los riesgos asociados para usted serían mínimos, sin embargo, es bueno que sepa que su participación es voluntaria. Y que si en algún momento, llega a sufrir algún efecto negativo durante el programa, por ejemplo, un aumento en la ansiedad o el estrés asociado a los ataques de pánico, o llega a afectarle en su cotidianidad, estos serán abordados por la terapeuta, usando técnicas pertinentes, colocando su bienestar por encima del objetivo de esta investigación, además de requerir intervención o apoyo psicológico adicional, se le referirá a recursos especializados y profesionales a través de la unidad de salud mental (CESIC) de la Universidad Iberoamericana (UNIBE). Y que, si se necesita la asistencia de un psiquiatra, me comprometo a proporcionar una lista de especialistas y realizar el debido referimiento.

Si usted requiere más sesiones de las indicadas en este estudio, me comprometo a seguir tratándolo más allá del tiempo planificado para fines de esta investigación, hasta tanto se

consiga el objetivo terapéutico estipulado, siempre que usted lo necesite y esté de acuerdo.

Si durante el transcurso de la investigación quiere retirar su participación, bastará con informarlo a través de enviar un correo a [narda.marizan@hotmail.com](mailto:narda.marizan@hotmail.com) y/o [nmarizan@est.unibe.edu.do](mailto:nmarizan@est.unibe.edu.do) o llamando al celular 809-258-0256, esto no implicará ninguna consecuencia para usted.

Es importante destacar que, si el participante es menor de edad, las condiciones de este consentimiento informado rigen de forma escrita para su padre, madre o tutor y de forma verbal para el menor. Las condiciones que rigen en el estudio se le explicarán de forma verbal al menor en un lenguaje adecuado y entendible para su edad.

Sobre la confidencialidad en el caso de menores, sus padres solo tendrán acceso al informe final publicado, objeto del estudio y no a los detalles confidenciales que no sean necesarios u obligados por ley.

Los datos ofrecidos por usted serán almacenados de manera segura en una computadora privada protegida por contraseña, garantizando que solo la investigadora tenga acceso a dicha información. Para preservar su confidencialidad, al presentar los resultados, solo se mostrarán siglas no vinculadas a su nombre, ni a su apellido real, ni su lugar de residencia, ni el centro escolar donde estudia o trabaja, ni lo identifican ante quienes lean la investigación.

Como medida preventiva, los documentos de la investigación y los instrumentos llenados se guardarán físicamente bajo llave en un archivero, separado del consentimiento informado, solo con acceso a los mismos la psicóloga investigadora.

Al firmar este consentimiento informado confirmo que he leído y aceptado el documento de buena voluntad, en cuanto a mis responsabilidades, mis beneficios, mis posibles riesgos y

acepto ser voluntario por decisión propia.

Fecha

Nombre y firma del participante

**Anexo 2**

Cuestionario para verificar síntomas de ataques de pánico DSM 5 2013



por el Dr. Luis I. Mariani.

A. ¿Sufre usted de miedo, pánico o malestar intenso, de aparición espontánea, temporal (suele durar menos de una hora) y aislada, que se inicia bruscamente y alcanza su máxima intensidad en los primeros 10 minutos? SI NO

B. ¿Esta crisis está acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas?:

- Sudoración: SI NO
- Temblores o sacudidas musculares: SI NO
- Sensación de ahogo o falta de aliento/aire SI NO
- Sensación de atragantamiento o nudo en la garganta: SI NO
- Opresión en el pecho o malestar torácico: SI NO
- Náuseas (ganas de vomitar) o molestias abdominales: SI NO
- Inestabilidad, mareo o desmayo: SI NO
- Sensación de irrealidad o de estar separado de sí mismo: SI NO
- Miedo a perder el control o volverse loco: SI NO
- Miedo a morir: SI NO
- Hormigueos o sensación de entumecimiento en brazos o piernas: SI NO
- Escalofríos o sofocaciones: SI NO

C. Al menos una de las crisis de ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

- Inquietud, angustia o ansiedad persistente por la posibilidad de tener otra nueva crisis: SI NO
- Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ejemplo: perder el control, sufrir un infarto de miocardio o «volverse loco»): SI NO

- Cambio significativo en el comportamiento o conducta debido a las crisis: SI NO

**Si ha respondido que SI al criterio «A», por lo menos a 3 de los ítems del criterio «B» y por lo menos a 1 ítem del criterio «C», usted cumple con algunos criterios de diagnóstico de crisis de pánico.**

**Debería concurrir a un médico psiquiatra o psicólogo para que le realice una evaluación diagnóstica y, en caso de considerarlo necesario, evalúe los dos últimos criterios de diagnóstico que se detallan a continuación:**

- D. Las crisis de pánico no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo: drogas de adicción o medicamentos) o a una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo).
- E. Las crisis de pánico no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, etc.

Este cuestionario es solo de carácter orientativo y no certifica ningún diagnóstico.