

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Intervenciones en un caso de estrés y ansiedad en una joven adulta en el marco de una familia desligada desde el modelo sistémico estratégico focalizado breve

Alumna: Vanina Belén Carrizo

Tutor: Gregorio Traverso

7 de diciembre del 2021

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivo general	2
2.1. Objetivos específicos.....	2
3. Marco teórico	3
3.1 La ansiedad.....	3
3.1.1 Definición de ansiedad.....	3
3.1.2 La ansiedad en tiempos de pandemia.....	4
3.1.3 Estrés.....	6
3.2 La teoría sistémica.....	7
3.2.1 El modelo sistémico estratégico focalizado.....	7
3.2.1.1 El modelo sistémico y la ansiedad.....	9
3.2.1.2 De la queja a la construcción del problema.....	12
3.2.1.3 El circuito autoperpetuante.....	14
3.2.1.4 El concepto de cambio.....	15
3.2.1.5 Intervenciones desde el modelo sistémico estratégico focalizado.....	16
3.2 El ciclo vital: el adulto joven.....	20
3.3 Familias desligadas.....	23
3.3.1 Intervenciones familiares.....	24
4. Metodología	26
4.1. Tipo de estudio.....	26
4.2. Participantes.....	26
4.3. Instrumentos.....	26
4.4 Procedimiento.....	26
5. Desarrollo	27
5.1 Descripción de la queja inicial y las características del circuito autoperpetuante que mantienen la ansiedad en el marco de una familia desligada.....	27
5.2 Descripción de las intervenciones aplicadas desde el modelo sistémico estratégico focalizado breve.....	32
5.3 Análisis de los cambios producidos en el estrés, ansiedad y en las relaciones familiares de la consultante.....	42
6. Conclusiones	44
7. Referencias bibliográficas	48

1. Introducción

El presente trabajo se realizó durante la Práctica Profesional, la cual se llevó a cabo en un centro de psicoterapia con orientación sistémica en el barrio de Belgrano, dedicada a la asistencia clínica, así como también a la formación de profesionales. La pasantía constó de 280 horas, distribuidas en aproximadamente 20 horas semanales.

Dentro de las actividades realizadas en dicha institución se incluyeron los espacios de supervisión en Cámara Gesell y un espacio teórico de frecuencia semanal en el que se instruyó acerca del modelo sistémico estratégico focalizado breve y se discutieron los casos vistos en Cámara durante la semana.

La institución contaba con un PIP (Programa de Iniciación Profesional) compuesto por dos partes: una primera parte teórica, de frecuencia semanal, y una segunda parte práctica, en la que los profesionales observan y atienden pacientes. También ofrecía espacios de formación a través de cursos virtuales, como un curso sobre Trastornos de la conducta alimentaria y otro de Mindfulness.

Dentro de los casos observados en la institución, se tomó el de una nueva paciente que consultaba por presentar altos niveles de ansiedad y estrés que siente que no puede manejar e interfieren con su apetito, sus estudios y su vida social. Tal caso fue seleccionado a partir del interés en el abordaje terapéutico de la ansiedad y el manejo terapéutico con familias desligadas.

2. Objetivos

-Objetivo general

Analizar las intervenciones aplicadas en un caso de una adulta joven que consulta por estrés y ansiedad en el marco de una familia desligada en un centro que trabaja desde el modelo sistémico estratégico focalizado breve.

-Objetivos específicos

- Describir la queja inicial y las características del circuito autoperpetuante que mantienen la ansiedad de la paciente en el marco de una familia desligada.

- Describir las intervenciones aplicadas desde el modelo sistémico estratégico focalizado breve en la paciente.

- Analizar los cambios producidos en el estrés y ansiedad y en las relaciones familiares de la consultante como resultado de las intervenciones aplicadas.

3. Marco teórico

3.1 La ansiedad

3.1.1 Definición de ansiedad

La ansiedad es un fenómeno esencialmente humano que permite al hombre anticipar diversas situaciones, algunas de las cuales se encuentran relacionadas con su defensa o el ataque. Estas funciones básicas se complejizan a partir de los múltiples significados que pueden darse a las experiencias vividas y anticipadas en relación consigo mismo, pero también con los demás y con el mundo en el que se vive. La ansiedad cumple una función adaptativa para el hombre y, por lo tanto, debe ser considerada como una emoción normal (Bulacio, 2011).

La ansiedad como una emoción adaptativa implica la capacidad de informar anticipadamente acerca de las características de los eventos por venir. Esto permite la mejor organización de todo el aparato cognitivo, emocional y pragmático del individuo ante dichas situaciones de incertidumbre, con la debida selección de estrategias de afrontamiento (Ceberio, Jones & Benedicto, 2021).

Es una emoción que, dependiendo de la circunstancia, puede ser adaptativa o completamente nociva para el individuo. En el primer caso permite estar alerta en relación funcional al contexto generando un afrontamiento de la situación y dando lugar a una mejor adecuación. Sin embargo, esta emoción que vela por la supervivencia del individuo puede volverse perjudicial para él. Cuando la ansiedad es excesiva en relación con el estímulo que la provoca o cuando tal estímulo no existe, la ansiedad es desadaptativa y se convierte en fuente de malestar (Ceberio et al., 2021).

Cuando la ansiedad se generaliza, adquiere una gran dimensión o se transforma en una respuesta rígida, se vuelve disfuncional y, en tal sentido, se la considera patológica (Bulacio, 2011). Esto ocurre cuando su intensidad, duración y frecuencia de aparición son exageradas en relación al estímulo y, por lo tanto, se generan conductas inapropiadas (Cía, 2007).

Navas (1989), en un intento por precisar la ansiedad, la diferencia de otros estados. La explica como un estado emocional, un compuesto o mezcla de sentimientos, conductas y reacciones o sensaciones fisiológicas. Expone que, en el aspecto subjetivo, la ansiedad es un sentimiento o emoción única que es cualitativamente diferente de otros estados emocionales tales como tristeza, depresión, coraje o pesadumbre, y agrega que se caracteriza por varios grados de sentimientos de aprensión, temor, terror o nerviosismo.

Con respecto a la sintomatología, la ansiedad comprende tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor. Dentro de lo cognitivo se encuentran las percepciones subjetivas vinculadas a los estímulos y estados asociados con la ansiedad (miedo, preocupaciones, pensamientos intrusivos, etc.) (Ceberio et al., 2021). Con respecto a lo fisiológico, se da un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Según el Manual diagnóstico y

estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM 5) (American Psychiatric Association, 2013), esto se puede manifestar a través de diarrea, palpitaciones, hipertensión, temblores, malestar gástrico, entre otros. En relación a lo conductual, se expresa a través de gestos, agitación y respuestas de escape y evitación.

Según la American Psychiatric Association (2021) la ansiedad se refiere a la anticipación de una preocupación futura y está más asociada con la tensión muscular y la conducta de evitación. Los trastornos de ansiedad pueden hacer que las personas intenten evitar situaciones que desencadenan o empeoran sus síntomas. El desempeño laboral, el trabajo escolar y las relaciones personales pueden verse afectados y, en general, para que una persona sea diagnosticada con un trastorno de ansiedad, el miedo o la ansiedad deben ser desproporcionados con la situación o inadecuado para la edad y obstaculizar la capacidad para funcionar normalmente.

Los criterios diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, por ejemplo, incluyen la presencia de una ansiedad y preocupación excesivas, que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar), una dificultad marcada para controlar la preocupación, y la ansiedad se asocia a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño. Al mismo tiempo, la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos deben causar un malestar clínicamente significativo o un marcado deterioro en lo social, laboral o alguna otra área importante del funcionamiento, y no debe ser atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica, así como no debe poder explicarse mejor por otro trastorno mental (American Psychiatric Association, 2013).

3.1.2 La ansiedad en tiempos de pandemia

Durante el mes de diciembre de 2019 se produjo en Wuhan la irrupción del nuevo coronavirus (COVID-19), fenómeno que rápidamente alcanzaría un impacto a nivel mundial. El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la pandemia por COVID-19, indicando a todos los países la necesidad de crear y activar protocolos de actuación para ampliar los mecanismos de respuesta ante la emergencia impuesta por el virus (Alomo et al., 2020).

El 3 de marzo de 2020 se confirmó el primer caso en Argentina. El día 19 del mismo mes, tras el avance de los contagios y el hallazgo de casos autóctonos, se anunció en nuestro país a través de un Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) el aislamiento social preventivo y

obligatorio que inició el 20 de marzo y que se ha prolongado durante más de 40 días (Alomo et al., 2020).

Debido a las medidas de salud pública ocurridas durante la pandemia de COVID-19, la población general se encuentra experimentando niveles sin precedentes de aislamiento y distanciamiento social. La interrupción económica y educativa ha dejado a muchas personas sin trabajo, con mayores responsabilidades (por ejemplo, educación en el hogar y trabajo a tiempo completo) y dificultades financieras a corto plazo (McElroy et al., 2020).

Los gobiernos de los distintos países afectados han tomado medidas tales como la cuarentena obligatoria, el distanciamiento social y la prohibición de viajes, generando con este tipo de decisiones un desequilibrio social y económico. A esta situación se le agrega la sobreinformación y noticias falsas que generan aún mayor miedo e incertidumbre, y la discriminación con respecto a los sospechosos de haber sufrido el contagio y a los profesionales de la salud (Ceberio et al., 2021).

En esta situación de crisis -potencialmente traumática- la ansiedad puede ser la emoción frente a la incertidumbre. Esta inferencia se construye sobre la base de que este estímulo desestructurante pone a prueba los esquemas cognitivos y emocionales habituales de la persona (Ceberio et al., 2021).

Se sabe que las consecuencias del estrés social no tratado, o tratado de manera inadecuada, tienen un gran impacto económico y social, asociándose con pérdida laboral, trastornos de ansiedad, depresión, violencia doméstica, consumo de drogas, abuso de alcohol y comportamiento suicida. El confinamiento altera el curso psicosocial habitual, provocando un sentido inminente de ansiedad, temor y trastornos mentales (Brooks et al., 2020).

Los resultados de diversas investigaciones (Alomo et al., 2020; McElroy et al., 2020) arrojaron la presencia de sentimientos de tristeza durante el confinamiento, siendo más frecuente en las franjas etarias más jóvenes, así como también un aumento en el consumo de sustancias alcohólicas, pudiéndose relacionar con los sentimientos de tristeza y soledad. Estos hallazgos se relacionaron con las consecuencias de las medidas de confinamiento debido a que este puede llevar a la restricción del vínculo social con pares, a la interrupción de las salidas, de las actividades recreativas y de la continuidad académica -actividades características del grupo etario más joven- (Alomo et al., 2020).

También se hallaron dos formas de ansiedad relacionadas con la pandemia: ansiedad por enfermedades y ansiedad por las consecuencias (McElroy et al., 2020).

En la población joven se evidenciaron altos niveles de ansiedad por las consecuencias. Se encontró que la pandemia es una fuente de ansiedad particular entre los jóvenes que ahora

enfrentan considerables incertidumbres en términos de sus perspectivas educativas y económicas. En particular, los jóvenes y las personas con ingresos más bajos parecen estar particularmente preocupados por las consecuencias a largo plazo de la pandemia (McElroy et al., 2020).

3.1.3 Estrés

En relación al estrés, si bien es considerado un aspecto inevitable de la condición humana según autores como Bulacio (2011), se debe resaltar que el modo de afrontarlo establecerá claras diferencias en relación a la capacidad de adaptación de un individuo. Al mismo tiempo, frente al concepto de estrés se pueden asumir tres posiciones fundamentales: en primer lugar, es posible hacer referencia al estímulo como estresante; en segundo lugar, se puede hacer referencia a la respuesta de estrés y, por último, la tercera posición tiene que ver con el estrés como producto de un desequilibrio percibido entre la fuerza del estímulo y la capacidad de respuesta que posee el individuo.

En relación a esto, Labrador y Crespo (1993) sostienen que hay ciertas características que convierten a una situación en estresante: aquellas que implican un cambio o novedad en la situación estímulo, la duración de la situación estrés (entre mayor la duración de la situación estresante, más consecuencias negativas tiene), la severidad o impacto del estresor, los factores temporales (inminencia de la situación), la probabilidad de que ocurra el acontecimiento, altos grados de incertidumbre, y un alto nivel de ambigüedad.

El estrés, como variable ineludible frente a situaciones desafiantes, activa el eje hipófiso-adrenal para que se produzca una cuota adicional de cortisol y poder sobrellevar el momento crítico. La ansiedad es la emoción resultante de la ecuación crisis-estrés (Ceberio et al., 2021).

Cabe destacar que la ansiedad y el estrés no son lo mismo. La ansiedad es una de las tantas formas que tiene la persona de responder ante el estrés, es decir, frente a la situación estresante puede responder con ansiedad, depresión, ira, etc., dependiendo del “set cognitivo” que posee el sujeto (Bulacio, 2011). La respuesta de ansiedad, por ser un síntoma, puede formar parte de numerosos cuadros clínicos o ser el núcleo de los trastornos de ansiedad.

La teoría basada en la interacción (Lazarus & Folkman, 1985), propone un mayor énfasis en los factores cognitivos que median entre los estímulos estresantes y la respuesta de estrés. Esta teoría propone que el estrés se origina a través de las relaciones entre la persona y su entorno, siendo la situación valorada por la persona como algo que excede sus propios recursos y pone en peligro su bienestar personal.

3.2 La teoría sistémica

3.2.1 El modelo sistémico estratégico focalizado

Por pensamiento estratégico se entiende a un enfoque del pensamiento -liberal thinking- basado en una elasticidad irreductible que niega cualquier forma de absoluto o de verdad indiscutible y que, partiendo de aquí, se interesa por el funcionamiento de las cosas con una actitud desengañada y pragmática (Nardone & Watzlawick, 2007).

El modelo estratégico, en realidad, nace de una síntesis evolutiva entre las teorías sistémicas, el estudio sobre la familia y la comunicación realizado por el grupo de Palo Alto dirigido por Bateson y Jackson, y el trabajo clínico y el estudio del fenómeno de hipnosis llevado a cabo por Milton Erickson, quien preparó diversas estrategias y técnicas de intervención para la resolución en breve tiempo de los problemas de orden psíquico y de la conducta (Nardone & Watzlawick, 2007).

La revolución copernicana de los años cuarenta y cincuenta en psicología y psiquiatría no se debe únicamente al trabajo de grupo de psicólogos clínicos, sino que es fruto del cruce de descubrimientos innovadores en diversas disciplinas científicas (Lorås, Bertrando & Ness, 2017; Nardone & Watzlawick, 2007). A lo largo de la década del cuarenta se realizaron en Nueva York una serie de conferencias auspiciadas por la Fundación Macy en las que científicos de diversas áreas se reunieron para investigar la posibilidad de alcanzar una “ciencia del control”. Estas conferencias fueron origen de nuevas ideas que influyeron posteriormente en el desarrollo de muchas disciplinas científicas (Kopec & Rabinovich, 2007), y fueron importadas en psiquiatría y psicoterapia por Gregory Bateson y su grupo (Lorås et al., 2017).

En marzo de 1959, Don D. Jackson fundó el Mental Research Institute. Hacia fines del mismo año se incorporó al equipo a Paul Watzlawick. Este equipo se dedicó a fundamentar una nueva visión de la psicoterapia desde la perspectiva interaccional (Kopec & Rabinovich, 2007), y en enero de 1967, Richard Fisch propuso a Jackson la creación de un proyecto para desarrollar un modelo de terapia breve, dando por resultado la creación del Centro de Terapia Breve, al que se sumaron Watzlawick, Weakland y Art Bodin. Este grupo desarrolló lo que se conoce hoy en día como el modelo de Palo Alto, y generó un cambio radical en la psicoterapia al crear un modelo breve, simple, efectivo y eficaz para ayudar a la gente a producir un cambio (Kopec & Rabinovich, 2007).

Los integrantes del Centro de Terapia Breve se propusieron promover activamente un cambio en los consultantes, fijando para ello un límite de 10 sesiones. También, decidieron atender a todos los consultantes en la cámara de Gesell. Apartándose de la tradición de terapia familiar, se buscó una manera de abordar los problemas de los consultantes sin necesidad de

ver a toda la familia; el sistema se definía a partir de las personas involucradas en el problema presentado (Kopec & Rabinovich, 2007).

Se trata de un modelo de intervención terapéutica que dirige su atención principal a la comunicación y al momento actual de su manifestación, y no ya al análisis de las causas del pasado (Nardone & Watzlawick, 2007).

Dicho modelo apunta a observar el comportamiento del individuo en términos sistémicos y cibernéticos, lo cual implica considerar las entidades personales no como objetos autónomos, sino como entidades que interactúan dentro de un sistema de relaciones. En este sistema, a su vez, se produce un constante intercambio de informaciones. Esta concepción genera, por lo tanto, un cambio absoluto en la perspectiva clásica del estudio de la personalidad y de la conducta humana (Nardone & Watzlawick, 2007).

La terapia estratégica es una intervención terapéutica normalmente breve, orientada a la extinción de los síntomas y a la resolución de los problemas presentados por los pacientes. No es reductible a una terapia superficial sintomática, sino que es una reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad y de las reacciones comportamentales derivadas de los pacientes (Nardone & Watzlawick, 2007).

Es un modelo no normativo y basado en quejas: no hace suposiciones sobre el funcionamiento normal o anormal; de hecho, si nadie registra una queja sobre un comportamiento, no hay problema (Rohrbaugh, 2001).

Al hablar de estratégico se hace referencia a un método que basa la lógica de su construcción operativa en los objetivos que debe alcanzar. Un método se considera estratégico cuando se diseñan tácticas, técnicas y maniobras ad hoc para los problemas analizados, que permiten alcanzar los objetivos propuestos, es decir, la solución de dichos problemas (Nardone, 2012). Esto implica que el terapeuta interviene para interrumpir deliberadamente los procesos irónicos, sobre la base de un plan específico para cada caso que a veces incluye sugerencias contrarias a la intuición. Estos procesos irónicos persisten porque el problema y el intento de solución se entrelazan en un círculo vicioso, o ciclo de retroalimentación positiva, en el que una mayor cantidad de la solución conduce a una mayor parte del problema, lo que lleva a más de la misma solución, y así sucesivamente (Rohrbaugh, 2001).

Este enfoque tampoco le da importancia a trabajar con problemas emocionales subyacentes, enseñar a los clientes nuevas habilidades, promover la comprensión del desarrollo o desafiar las cogniciones disfuncionales: el terapeuta tiene como objetivo simplemente resolver la queja que se presenta de la manera más rápida y eficiente posible para que los clientes puedan continuar con su vida (Rohrbaugh, 2001).

En este tipo de terapia, el concepto de curación no equivale a la consecución de un hipotético e improbable estado de ausencia total de problemas, sino a la superación del problema específico que presenta el sujeto, en un momento determinado y en unas circunstancias de su vida (Nardone, 2012).

Según Casabianca y Hirsch (2009) el objeto de cambio en este modelo -es decir, aspectos del funcionamiento del sistema que se quieren modificar- es la secuencia de conductas que se refuerzan mutuamente en el intento de solucionar el problema. El foco de análisis, aquello a lo que se presta atención, está puesto en los procesos o secuencias repetitivas de conducta en las que el comportamiento está inscrito, es decir, se trata de identificar el ciclo autoperpetuante.

Un postulado importante es que el modelo se basa en la idea de que los problemas humanos proceden de las modalidades de percepción de la realidad, puesto que estas conducen a los sujetos a las consiguientes modalidades reactivas y conductuales. Por consiguiente, el cambio y la solución de estos problemas humanos, personales e interpersonales, tiene que pasar obligatoriamente por el cambio de las modalidades tanto perceptivas como reactivas que experimenta el sujeto ante la realidad (Nardone, 2012).

3.2.1.1 El modelo sistémico y la ansiedad

Es necesario considerar que aunque la biopsiquiatría y la teoría del aprendizaje continúan dominando el pensamiento acerca de los desórdenes de ansiedad, es decir, llevan a la mayoría de los clínicos a enfocarse en el paciente individual más que en la ecología de las relaciones íntimas en las que los síntomas ocurren, existe creciente evidencia de que ciertos factores relacionales tienen profunda relevancia en el origen, mantenimiento y el tratamiento exitoso de estos trastornos ansiosos (Rohrbaugh & Shean, 1988).

Wainstein (1997) dirá que, para autores como Bateson, términos como personalidad, carácter, estructura cognitiva, entre otros, son en realidad un cuerpo de supuestos o creencias que se anticipan a la relación entre cada organismo y/o los organismos y su ambiente. Estos supuestos limitan y definen la validez de los conocimientos. Es decir, la validez depende de las propias creencias. Por eso para el autor la realidad es una construcción cuyo rigor depende de la explicación de esas creencias. Si estas creencias no se explicitan, se tiende a definir verdades absolutas, y esto es riesgoso porque las creencias no solo son parte de nuestra propia naturaleza, sino que ellas afectan la realidad natural y social que nos rodea.

La importancia del concepto interaccional ha sido trabajada principalmente por Gregory Bateson en su proyecto sobre comunicación. Una suposición clave es que sin importar cómo los problemas se originaron, persisten como aspectos de interacciones entre sistemas actuales

en el presente. Los procesos de retroalimentación de la cibernética proveen un marco para entender cómo los síntomas se mantienen, y esto a su vez se traduce en que los problemas no ocurren tanto en las personas como entre ellas: es decir, tanto los síntomas psicológicos como las interacciones entre sistemas están profundamente entrelazados (Rohrbaugh & Shean, 1988). El modelo comunicacional desarrollado por Bateson considera que el ser humano orienta sus actos hacia las cosas (objetos, situaciones o personas) en función de lo que estas significan para él, y el significado de estas cosas surge como resultado de la interacción social que cada cual mantiene con su prójimo, es decir, es un proceso emergente de la actividad social humana (Wainstein, 1997).

Desde el punto de vista familiar, es innegable que las relaciones con los otros, especialmente la familia, son profundamente relevantes para entender el curso de muchos trastornos ansiosos, y la respuesta al tratamiento (Rohrbaugh & Shean, 1988). Las intervenciones sistémicas crean un contexto dentro del cual las familias pueden apoyar la recuperación, y un foro dentro del cual los patrones de interacción familiar y los sistemas de creencias que a menudo mantienen inadvertidamente los trastornos de ansiedad pueden transformarse (Carr, 2018).

Algunas investigaciones muestran que la terapia estratégica breve ha resultado promisorio en los trastornos de ansiedad (Schaefer & Rubí, 2015), y altamente eficaz en el tratamiento de algunos de ellos como el obsesivo compulsivo y el de estrés postraumático (Carr, 2018).

Rakowska (2011) probó la terapia estratégica breve en personas con fobia social, ya sea con o sin personalidad ansiosa. Este estudio conceptualiza la fobia social como el resultado de ciclos interaccionales de auto perpetuación del miedo a los demás, donde la auto observación del miedo y las conductas de evitación se retroalimentan recíprocamente, de tal modo que al interrumpir las conductas evitativas debiera cesar el ciclo vicioso, donde menos conductas evitativas llevan a menos miedo, luego a menos conductas evitativas y así sucesivamente. Los intentos de solución fallidos consisten en el uso del aplazamiento de la tarea hasta ser capaz de dominarla. Las técnicas usadas correspondieron a tareas con intención paradójica, las que fueron acompañadas de reencuadres. El estudio confirmó el valor de la terapia estratégica breve en pacientes sin desorden de personalidad, manteniendo sus mejoras incluso en los seguimientos.

Para una perspectiva constructivista cualquier afirmación sobre la realidad es una afirmación consistente con los mapas cognitivos del observador. La realidad en sí misma es incognoscible y para el constructivismo lo fundamental no es conocer la realidad, sino

establecer la fecundidad de algunos modelos para sus finalidades pragmáticas. La premisa básica del constructivismo es que cada uno vive con cierto mapa del mundo, desde el cual se traza un plano de lo que la gente percibe, constituyéndolo en realidad. La red de lo humano no está limitada por la piel, incluye todas las vías externas por las cuales puede viajar la información, los objetos de tal información, las acciones de los demás y las acciones propias (Wainstein, 1997).

Según Rohrbaugh y Shean (1988), en el marco cibernético de las terapias de sistemas estratégicos, hay al menos dos formas diferentes de entender el mantenimiento interaccional de los síntomas de ansiedad, una que es posible llamar una formulación funcional - estructural y la otra una formulación accidental - secuencial.

La visión funcionalista, basada en un modelo de retroalimentación negativa, asume que los síntomas tienen una función estabilizadora para otro miembro de la familia o para la familia misma. También se supone que el síntoma mantiene (es decir, es mantenido por) la estructura de relación en la que se produce. En relación a esta visión, autores como Haley, Minuchin y Hoffman dan un lugar muy importante a las formulaciones de retroalimentación negativa. Explican cómo los sistemas mantienen su equilibrio o estabilidad. De manera activada por error, los aumentos en una variable están vinculados a disminuciones en otra, manteniendo algunos parámetros clave del sistema dentro de límites tolerables. Por lo tanto, el aumento de los síntomas en un miembro de la familia puede estar asociado con una disminución de la angustia en el otro (Rohrbaugh & Shean, 1988).

Por el contrario, la visión accidentalista - secuencial es el modelo de vista interaccional de mantenimiento de problemas desarrollado por Fisch, Weakland, Watzlawick y otros en el Mental Research Institute de Palo Alto- se centra en las secuencias de interacción (en su mayoría diádicas) en las que están incrustados los síntomas. El modelo de mantenimiento de problemas es un simple circuito de retroalimentación positiva o círculo vicioso que se centra en soluciones bien intencionadas, pero inapropiadas. No se asume que el síntoma cumple una función para la familia o sus miembros: las secuencias de mantenimiento del problema simplemente ocurren como por accidente. La suposición es que los problemas serían autolimitados si no fuera por los intentos persistentes, pero equivocados de resolución de problemas de las personas involucradas. Las construcciones teóricas sobre las funciones de los síntomas y la estructura de las relaciones no son relevantes, ya que el enfoque se limita a los comportamientos de solución que inciden directamente en el problema (Rohrbaugh & Shean, 1988). Desde este punto de vista, el problema es la solución, y la prohibición de la solución,

incluso en pequeña medida, allana el camino para el cambio (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974).

Mientras que el terapeuta conductual orientado individualmente ha estado descubriendo la importancia de la interacción, por otra parte, los interaccionistas de Palo Alto han estado reconociendo los aspectos autorreferenciales de los trastornos de ansiedad.

En esta línea, Nardone (2012) afirmará que en la tradición sistémico-familiar existe un prejuicio relacional. Esto supone considerar que la relación entre los miembros de una familia es la causa principal de la persistencia de los problemas y considerar, por tanto, que siempre es necesario un setting terapéutico familiar. Desde el punto de vista estratégico-constructivista, la persistencia de los problemas procede de las modalidades perceptivas y del punto de vista asumido por el sujeto frente a la realidad, que le obliga a tener las reacciones disfuncionales de comportamiento ante esta, que más tarde se convierten en las soluciones ensayadas frente al problema. Además, se considera que las tipologías de interacción entre sujeto y realidad no pueden limitarse a la interacción entre el sujeto y los otros, sino que deben representarse como un sistema complejo de interdependencia entre las relaciones que el sujeto mantiene consigo mismo, con los demás y con el mundo.

A su vez, según Fisch, Weakland y Segal (1982) los estados de ansiedad pueden surgir y ser mantenidos sin ayuda de nadie más. Esto no significa que otros no ayuden a mantener estos problemas, usualmente lo hacen. Simplemente se afirma que estos problemas no necesitan de tal ayuda para ocurrir y persistir. Sugieren que, en los problemas de ansiedad, la solución que intenta el paciente para mantener el problema es evitar la tarea temida mientras se esfuerza por dominarla. El objetivo de la intervención, por lo tanto, es exponer al paciente a la tarea mientras se le impide completarla.

3.2.1.2 De la queja a la construcción del problema

Considerando lo expuesto por Nardone (2012), los problemas humanos pueden ser considerados como el producto de la interacción entre el sujeto y la realidad, y sobre todo de cómo cada uno percibe la realidad mediante la perspectiva asumida, los instrumentos cognoscitivos y el tipo de lenguaje usado.

Al mismo tiempo, la cuestión de cómo persiste un problema es mucho más relevante para la planificación de la intervención que la historización de cómo se originó. El modelo de Palo Alto dirá que el mantenimiento de problemas gira precisamente en torno a lo que la gente hace (o no hace) actualmente de forma persistente para controlar, prevenir o eliminar una queja. Un problema, de esta forma, consiste en un círculo vicioso que vincula un comportamiento que alguien considera indeseable -la queja-, con algún otro comportamiento destinado a

modificarlo o eliminarlo, es decir, el intento de solución, y este proceso, a su vez, es fundamentalmente irónico (Rohrbaugh, 2001).

Lo expuesto implica a su vez dos cuestiones: una es que la persistencia de las quejas, incluso las quejas personales como sentirse deprimido o ansioso, tiene mucho que ver con la interacción social, en la que el comportamiento de una persona moldea y es moldeado por la respuesta de los demás. La última implicación es que, para resolver un problema, no debería ser necesario comprender o cambiar su causa antecedente, sino simplemente romper el patrón irónico del mantenimiento del problema promoviendo menos de la misma solución. Si esto se puede hacer, incluso de una manera pequeña, entonces se pueden desarrollar ciclos virtuosos que conduzcan a un mayor cambio positivo (Rohrbaugh, 2001).

Considerando esto, lo que le interesa al modelo estratégico, de esta forma, es el funcionamiento concreto del problema en sus dinámicas y procesos, así como el descubrimiento de las reglas y de las funciones que le son propias, intentando conseguir soluciones rápidas y efectivas, y evitando preferentemente las etiquetas típicas de la clasificación psiquiátrica de los trastornos psicológicos (Nardone, 2012). En la medida en que un paciente es siempre un sistema altamente complejo y en continuo cambio, y este proceso no puede ser descrito rápida y efectivamente por un diagnóstico, lograr este requiere un continuo trabajo de redefinición y aproximaciones por ensayo y error a sus estados y potencialidades de cambio (Wainstein, 1997).

De lo mencionado surge la fórmula del grupo de Palo Alto para hacer terapia brevemente. En primer lugar, el objetivo del terapeuta es obtener una descripción específica y conductual acerca de la demanda o queja del paciente. Para esto, el terapeuta pide ejemplos y busca entender dónde, cómo y por cuánto tiempo estas quejas conductuales ocurren típicamente. Una pauta útil es que el terapeuta pregunte si hubiese un video de esto, qué se vería. También es crucial saber quién, además del denunciante, ve el comportamiento denunciado como un problema, y por qué esto es un problema ahora (Rohrbaugh, 2001).

A continuación, el terapeuta pregunta qué, como mínimo, sería una meta aceptable para el cambio, es decir, qué el sujeto estaría haciendo diferente que le dejaría saber que la situación está cambiando para mejor. Así se establece un criterio útil para evaluar el progreso posterior, se ayuda a investigar sobre el mantenimiento de los problemas (procesos irónicos) y transmite la idea de que el cambio de la queja no solo es posible, sino esperable (Rohrbaugh, 2001).

A continuación, la siguiente tarea en la terapia breve es comprender los patrones de solución que mantienen la queja. Se intenta hacerlo identificando el circuito irónico, pero buscando una manera que no culpabilice al cliente, y ya con base en la formulación de un ciclo

de problema-solución, el terapeuta puede desarrollar una imagen de cómo se verá *menos de lo mismo*, es decir, una imagen de qué comportamiento, por quién, en qué situación, será suficiente para revertir las soluciones que mantienen el problema (Rohrbaugh, 2001).

3.2.1.3 El circuito autoperpetuante

Como se mencionó previamente, desde la terapia estratégica breve se parte de la convicción de que la resolución de problemas requiere la ruptura del sistema circular de retroacción que mantiene la situación problemática, la redefinición de la situación y la consiguiente modificación de las percepciones y concepciones del mundo que constriñen a la persona a respuestas disfuncionales (Nardone & Watzlawick, 2007).

En la terapia sistémica el problema está determinado por el mecanismo de acciones y retroacciones desencadenado y mantenido por las soluciones ensayadas que el paciente o los pacientes han utilizado al hacer frente a los trastornos o síntomas actuales. En esta óptica, se considera fundamental la conceptualización que el paciente o los pacientes logran de su problema y lo que han intentado hacer para resolverlo. Después, se estudiará la estrategia de intervención más adecuada (Nardone, 2012).

Al hablar específicamente de situaciones ansiosas, para lograr que se extingan los síntomas no sirve necesariamente conocer las causas y su desarrollo a lo largo de los años. En cambio, sí es útil estudiar cómo este sistema de percepción y reacción frente a la realidad - circuito autoperpetuante- funciona en el aquí y ahora de la persona. Esto tiene como objetivo diseñar y aplicar las estrategias que permitan cambiar el funcionamiento de este sistema disfuncional de percepción y reacción frente a la realidad, para que el sujeto pueda solucionar su problema (Nardone & Watzlawick, 2007).

Es fundamental considerar que las soluciones ensayadas les parecen a las personas que las han desarrollado claramente útiles y funcionales en sus primeras aplicaciones. Para romper el rígido equilibrio disfuncional representado por el sistema autoperpetuante, una intervención que se fije como objetivo resolver ciertos problemas debe poseer características específicas que permitan llevar a la persona a un cambio en su modo de percibir y, por consiguiente, de reaccionar frente a la realidad (Nardone, 2012).

En primer lugar, una intervención debe tener la capacidad de romper el círculo vicioso de retroacciones homeostáticas presente en la persistencia a intentos de solución del problema. También es importante la capacidad de poner un cerco a la resistencia al cambio, que es propia de cualquier sistema, haciendo cambiar el sistema sin que el sujeto se dé cuenta; la capacidad de producir experiencias concretas de cambio en la percepción y reacción frente a la realidad temida; y, finalmente, la capacidad de hacer que, luego del cambio, la persona pueda recuperar

sus propios recursos personales emotivos, comportamentales y la propia autoestima (Nardone & Watzlawick, 2007).

Es necesario recordar que un cambio inicialmente pequeño en la interacción del círculo vicioso puede iniciar un círculo beneficioso, en el que menos conductas de evitación conducen a menos miedo, a menos evitación y así sucesivamente. Como intervención clínica, la terapia estratégica breve está destinada a modificar los problemas en las relaciones sobre las que se quejan los clientes (Rakowska, 2011).

De lo dicho, entonces, se desprende la idea de que interrumpir los patrones actuales de mantenimiento de problemas, incluso de alguna manera pequeña, puede conducir a nuevos desarrollos positivos. Más terapia -incluso del mismo tipo- no confiere ningún beneficio adicional una vez que se resuelve la queja y puede contribuir inadvertidamente a la continuación del problema (Rohrbaugh, 2001).

3.2.1.4 El concepto de cambio

Una vez expuesto aquello sobre lo que la terapia intentará intervenir, otra cuestión importante a considerar es cómo se considera al cambio dentro de la terapia. Persistencia y cambio han de ser considerados conjuntamente, a pesar de su naturaleza aparentemente opuesta (Watzlawick et al., 1974).

Al observar a una persona, una familia o un sistema social más amplio inmersos en un problema de un modo persistente y repetitivo, a pesar del deseo y de los esfuerzos realizados para alterar la situación, surgen dos preguntas: cómo es que persiste esta indeseable situación y qué es preciso para cambiarla (Watzlawick et al., 1974).

Para responder estos interrogantes, es necesario considerar que existen dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo (Watzlawick et al., 1974).

El primero, el cambio 1, se basa principalmente en la retroalimentación negativa e implica que los parámetros individuales cambian constantemente, pero la estructura del sistema no se altera, para lo cual se requeriría del segundo tipo de cambio, un cambio 2, que produzca cambios en las reglas que rigen su estructura. Un sistema puede experimentar múltiples fenómenos de cambio 1, pero su estructura permanece invariable: no hay cambio 2. Dicho esto, hay que recordar que el cambio 2 aparece como impredecible, abrupto, ilógico, etc., tan sólo en términos de cambio 1, es decir, desde dentro del sistema. Pero visto desde fuera del sistema, supone meramente un cambio de las premisas que rigen al sistema como totalidad (Watzlawick et al., 1974).

Un sistema que pase por todos sus posibles cambios internos sin que se verifique en él un cambio sistémico, es decir, un cambio 2, puede considerarse como enzarzado en un juego sin fin. No puede generar desde su propio interior las condiciones para su propio cambio; no puede producir las normas para el cambio a partir de sus propias normas (Watzlawick et al., 1974).

Para obtener el cambio de tipo 2, es decir, un salto cualitativo y de nivel lógico en la interacción entre sujeto y realidad, la intervención debe ser capaz de cambiar el mismo tiempo las soluciones ensayadas, las modalidades perceptivas, y las interacciones sociales del paciente (Nardone, 2012).

En este punto es necesario tomar en consideración la evolución de la moderna terapia sistémica, que no se pregunta por qué el paciente correspondiente se comporta de esta manera extraña e irracional, sino más bien se cuestiona en qué clase de sistema humano este comportamiento asume su sentido (Nardone & Watzlawick, 2007). Lo que se entiende es que, en su gran mayoría, los problemas que se quieren resolver mediante el cambio no son problemas relacionados con las propiedades de los objetos o de las situaciones -la realidad de primer orden-, sino únicamente relacionados con el significado, el sentido y el valor que se les llega a atribuir a estos objetos o situaciones -su realidad de segundo orden- (Nardone & Watzlawick, 2007).

Si se logra motivar al paciente a que emprenda una acción que anteriormente no ha llevado a cabo porque en su realidad de segundo orden no veía ni sentido ni razón en cumplirla, entonces a través de la misma realización de esta acción experimentará algo que explicación o interpretación alguna habría podido inducirlo a ver o experimentar. Es en base a esto que se puede decir que toda la terapia consiste en operar cambios en aquellas modalidades por cuyo medio las personas han construido su realidad de segundo orden -realidad respecto de la cual están totalmente convencidos de que es la única verdadera- (Nardone & Watzlawick, 2007).

3.2.1.5 Intervenciones desde el modelo sistémico estratégico focalizado

Una clave para entender el modelo, es comprender que lo que interesa es la eficiencia, es decir, intervenir del modo más rápido y económico posible. El modelo comunicacional entiende que no se puede no intervenir, no hay abstinencia posible, por lo que el proceso de la consulta es de por sí una estrategia terapéutica (Wainstein, 2006).

Considerando los fines previamente mencionados, el modelo sistémico estratégico focalizado se vale de ciertas herramientas: las intervenciones estratégicas, que reciben este nombre porque se focalizan en adecuar medios y fines. Su intención está dirigida hacia el

cumplimiento de objetivos convenidos con el consultante, y estos objetivos guardan relación directa con la resolución de los problemas planteados por el consultante (Wainstein, 2006).

La terapia estratégica, al contrario del juego de ajedrez, es un juego cuya suma final no es cero, en el que no existe un vencedor y un vencido, sino que en él la partida acaba o con la victoria de ambos jugadores -terapeuta y paciente- o con la derrota conjunta de ambos. Esto lleva a pensar que cualquiera que sea el medio que el terapeuta pueda utilizar para ganar la partida, aun en el caso de que parezca deliberadamente manipulador, siempre recibe un valor ético profundo, porque su finalidad se ordena a una rápida y efectiva resolución de los problemas que sufre el paciente (Nardone & Watzlawick, 2007).

La solución, finalmente, se basa en una intervención organizada sobre estrategias que recurren a la utilización de la sugestión, paradojas, y engaños bienintencionados que obligan al sujeto a modalidades alternativas perceptivo-reactivas y a los consiguientes cambios cognitivos y relacionales, siguiendo experiencias concretas vividas bajo la dirección del terapeuta (Nardone, 2012).

No es posible diferenciar las estrategias terapéuticas específicas de todo el resto del tratamiento. Esto se debe a que la comunicación y la interacción entre el paciente y el terapeuta representan por sí mismas una contribución al cambio, y es por esto también relevante que el lenguaje del consultor se adapte al del consultante: se debe aprender y emplear el lenguaje y patrón idiosincrásico del consultante (Nardone & Watzlawick, 2007).

La clave en la terapia estratégica breve es enmarcar cuidadosamente sugerencias para hacer menos de lo mismo en términos consistentes con las opiniones preferidas de los clientes sobre el problema, ellos mismos y entre sí. Por lo tanto, esta terapia tiene una dimensión cognitiva crucial, que enfatiza no solo lo que hacen los clientes, sino también cómo ven las cosas. Sin embargo, el objetivo no es desafiar o cambiar los puntos de vista de un cliente, como en la terapia cognitivo-conductual, sino más bien aceptar y utilizar esos puntos de vista para promover menos de alguna conducta de solución (Rohrbaugh, 2001).

Dicho esto, se vuelve importante comprender cómo el modelo entiende una conducta psicopatológica. El trastorno psíquico y comportamental está determinado por la percepción de la realidad propia del sujeto, es decir, por su punto de observación. La conducta disfuncional, a menudo, es la mejor reacción que el sujeto cree que puede ejercer en una determinada situación. Ello significa que, con frecuencia, las soluciones ensayadas mantienen o agravan precisamente el problema (Nardone & Watzlawick, 2007).

La primera acción terapéutica que debe hacerse es la ruptura del sistema perceptivo-reactivo rígido del sujeto mediante la ruptura del mecanismo de soluciones ensayadas que

mantienen el problema, y de la maraña de retroacciones personales que se construyen a partir de ellas, para luego llegar, después de este cambio, a una redefinición cognoscitiva de la situación y de la experiencia. Hay que obligar al paciente a salir de la rigidez de su perspectiva conduciéndolo a otras posibles perspectivas que determinarán nuevas realidades y nuevas soluciones (Nardone & Watzlawick, 2007).

Para generar el cambio, Casabianca y Hirsch (2009) definen a las intervenciones como aquellas conductas del terapeuta directamente planificadas para el logro de su objetivo de cambio: el circuito mantenedor del problema. Y dirán que, en este tipo de modelo, se implementa tres intervenciones principales, que son las redefiniciones, las sugerencias y las prescripciones (directas o paradójales).

En primer lugar, se entiende a la redefinición, reformulación o también llamada reencuadre, como toda adjudicación de significado hecho por el terapeuta a las conductas relacionadas con el motivo de consulta, y que pretende modificar la percepción que en el sistema consultante tiene de las mismas (Casabianca & Hirsch, 2009). Wainstein (2006) dirá que la reformulación es una modificación de la visión desarrollada hasta el momento acerca del problema. El reencuadre es la maniobra central de la consulta, ya que intenta cambiar el mapa conceptual y la conducta del consultante. Nardone y Watzlawick (2007) afirmarán que requiere codificar de nuevo la percepción de la realidad por parte de una persona sin cambiar el significado de las cosas, aunque si su estructura. Poniendo un mismo suceso dentro de contextos diversos y mirándolo desde perspectivas diversas, el suceso cambia por completo el valor. La realidad queda determinada por el punto de observación desde donde la mira el sujeto; si se cambia el punto de observación, cambia también la realidad misma.

Las reestructuraciones pueden ser actos comunicativos puramente verbales o también ciertas acciones del terapeuta que conduzcan a un cambio de perspectiva por parte del paciente. A su vez, pueden tener diferentes niveles de complejidad que abarcan desde simples redefiniciones cognoscitivas de una idea o comportamiento hasta complicadas reestructuraciones paradójicas, pasando por el uso de metáforas y sugerencias evocativas. La reestructuración no es un modo directo de atribuir significados, sino una técnica de desquiciamiento de la lógica rígida de un sujeto (Nardone & Watzlawick, 2007).

Las sugerencias, son entendidas como alternativas de acción propuestas por el terapeuta, aceptando la posibilidad de ser rechazadas sin que ello implique desobediencia (Casabianca & Hirsch, 2009).

El modelo estratégico se vale de ciertas intervenciones como, por ejemplo, los procedimientos directivos. Estos refieren a cualquier comunicación, directa o implícita del

consultor, constituyendo un mensaje para que la otra persona haga algo. Las intervenciones directivas se emplean pidiendo directamente que el paciente haga algo, con el propósito de que lo cumpla. Se utiliza con personas colaboradoras y con baja resistencia al cambio (Wainstein, 2006).

Las prescripciones son indicaciones explícitas de conductas a ser cumplidas o bien desafiadas (paradojales) (Casabianca & Hirsch, 2009). Dentro de las prescripciones del comportamiento, que han de seguirse fuera de la sesión en el intervalo entre encuentros, existen tres tipologías: las prescripciones directas, las prescripciones indirectas y las prescripciones paradójicas. Las prescripciones de comportamiento desempeñan la función de hacer vivir experiencias de cambio concretas fuera del setting terapéutico (Nardone & Watzlawick, 2007). Las prescripciones directas, como se mencionó previamente, son las indicaciones claras de acciones que hay que hacer y que tienden a la resolución del problema presentado. Las prescripciones indirectas son aquellas imposiciones de comportamiento que enmascaran su verdadero objetivo, en las cuales se prescribe hacer algo con el fin de producir otra cosa distinta de lo que se ha declarado o prescrito. Las prescripciones paradójicas, al igual que las indirectas, poseen un gran poder de evitación de la resistencia y son útiles en el momento de ruptura del sistema que controla el problema (Nardone & Watzlawick, 2007).

Las intervenciones paradójicas refieren al pedido hacia el paciente de que haga algo, con el propósito de que no lo cumpla. Se busca un objetivo no presentado directamente, y ejercen una influencia indirecta. La paradoja permite quebrar los círculos viciosos y recurrentes de soluciones intentadas, porque pone en crisis el sistema de percepciones de la realidad y de reacciones ante ella. Es aplicable a situaciones rígidas y obsesivas (Wainstein, 2006), que se caracterizan por la presencia de sintomatologías comportamentales redundantes (Nardone & Watzlawick, 2007).

Existen diversas maneras de utilizar las paradojas, que van desde las prescripciones paradójicas hasta las formas de acciones y comunicaciones paradójicas a lo largo de las sesiones. La misma resistencia del paciente puede ser prescripta paradójicamente para utilizarse a favor del cambio (Nardone & Watzlawick, 2007).

Al mismo tiempo, Wainstein (2006) también se referirá a otro tipo de intervenciones relacionadas a la pauta (*pattern*). Se busca actuar sobre las pautas habituales de comportamiento que parecen definir la ocurrencia del problema. Las pautas, o modos regulares de hacer las cosas, ayudan a ordenar la experiencia, percepciones y conductas. Intervenir en la pauta, significa alterar esas pautas acostumbradas.

También se utilizan enfoques centrados en el futuro, en los que se focaliza en las cosas que dan resultado o empiezan a darlo. Se requiere mostrar la existencia de excepciones a las conductas, ideas, y sentimientos que pueden estar asociados al problema. Se invita al paciente a reconocer lo que ya ha estado haciendo y puede definirse como exitoso o encaminado hacia la solución del problema (Wainstein, 2006).

Por otra parte, Nardone y Watzlawick (2007) se basarán en las intervenciones previamente mencionadas, pero harán una distinción en dos categorías orientadas a la intervención: acciones y comunicación terapéuticas, y prescripciones de la conducta. Dentro de las acciones y comunicación terapéuticas se encuentran las pautas puntuales, como la utilización del calado del lenguaje del paciente, la reestructuración, la evitación de formas lingüísticas negativas, el uso de la paradoja y la comunicación paradójica, el uso de la resistencia, el uso de anécdotas, y el uso de relatos y lenguaje metafórico.

Se requieren, además, prescripciones directas o indirectas de comportamiento, paradojas, trampas comportamentales, sugerencias y reestructuraciones que, rompiendo la rigidez del sistema relacional y cognoscitivo que mantiene la situación problemática, hagan posible el salto de nivel lógico indispensable para la apertura de nuevas vías de cambio, con el consiguiente desarrollo personal y un nuevo equilibrio psicológico (Nardone & Watzlawick, 2007).

3.2 El ciclo vital: el adulto joven

Otro concepto clave dentro del modelo es el de ciclo vital. El concepto de ciclo vital remite a un proceso por el cual transitan todas las familias, independiente de su configuración, y que lleva a sortear una serie de crisis y reconfiguraciones durante su desarrollo, que permitirán ir sobrellevando tanto las dificultades individuales como grupales (Moratto, Zapata & Messenger, 2015). Las familias transitan en su desarrollo una sucesión de etapas discontinuas, entre las cuales se producen procesos o transiciones. Jay Haley fue uno de los primeros terapeutas en introducir el concepto de ciclo vital (Sale, 2016).

El ciclo vital es definido como un marco teórico que concibe a la familia como un conjunto de personas que viajan juntos en el tiempo y, además, permite precisar las tareas evolutivas y las posibles dificultades que puedan presentarse en un momento de desarrollo determinado (Rafael, Fernández, Benítez & Abelleira, 2010). Este ciclo incluye las transiciones o acontecimientos vitales esperados por los que pasan la mayoría de las familias a lo largo de su desarrollo, en una secuencia bastante predecible, aunque variable (Moratto et al., 2015).

Cheal (1991) sostiene que la vida familiar atraviesa un ciclo de nacimiento, crecimiento y declive. Desde esta perspectiva teórica, un ciclo comienza cuando dos personas de sexo

opuesto forman una pareja y finaliza con la disolución de la unión cuando una de las dos personas muere, sin olvidar que, en el transcurso de este período, las familias se expanden o reducen a medida que las hijas e hijos se incorporan a ellas o las abandonan.

Cada familia debe sortear su evolución a lo largo de la existencia, con el propósito de madurar y manejar de la mejor manera las dificultades inherentes a cada momento, y de este modo, lograr los objetivos de las diferentes fases del ciclo. Este presenta una serie de etapas evolutivas que marcan su desarrollo y le permiten adaptarse a las diferentes exigencias del medio y sus individuos (Moratto et al., 2015).

Al mismo tiempo, es necesario recordar que, en el proceso de adaptación de las familias, éstas no son inmunes a los cambios sociales y, por tanto, no se desarrollan de manera lineal. Así como el ciclo vital es inherente a la familia, también lo son las crisis o estresores que ésta experimenta, y el modo cómo sus miembros vivan estos procesos los dirigirá o no a la adaptación al contexto (Moratto et al., 2015).

Así, algunas de las transiciones que componen el ciclo vital familiar, como el nacimiento o la muerte de uno de sus miembros, se consideran estresores normativos porque, aunque son parte de la vida cotidiana y representan los cambios inherentes al ciclo vital de la familia, modifican o alteran la estructura y el equilibrio familiar pudiendo conducir a una crisis si la familia no es capaz de adaptarse e incorporar a su funcionamiento los cambios que cada situación nueva requiere (Espinar Fellmann, 2009).

El ciclo vital de la familia se refiere a aquellos hechos nodales que están ligados a la peripecia de los miembros de la familia, como el nacimiento y crianza de los hijos, la partida de estos del hogar, el retiro y la muerte. Estos producen cambios a los que deberá adaptarse la organización familiar, y exigen una reorganización de sus reglas y roles. Haley dirá que los síntomas aparecen cuando se produce una interrupción en el desenvolvimiento natural del ciclo vital de la familia (Sale, 2016).

Los momentos de transición del ciclo vital pueden resultar estresantes para cualquier familia o individuo, y constituyen de esta forma posibles comienzos de lo que el grupo familiar considerará un problema. La clave en este sentido se relaciona a si las respuestas que pone en marcha la familia son eficaces o terminan convirtiéndose en soluciones intentadas fallidas que mantienen el problema que quieren resolver (Sales, 2016).

En base a esto, Haley (1973) dirá que las familias recorren un proceso de desarrollo, y que el sufrimiento y los síntomas psiquiátricos aparecen cuando ese proceso se perturba. Los síntomas aparecen cuando el ciclo vital en curso de una familia o de otro grupo natural se

disloca o interrumpe. El síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital.

El autor propone, entonces, seis etapas del ciclo vital que son: el periodo de galanteo, el matrimonio y sus consecuencias, el nacimiento de los hijos y el trato con ellos, las dificultades matrimoniales del periodo intermedio, el destete de los padres, el retiro de la vida activa y la vejez. Cada una de estas etapas implica cambios en la composición de la familia, y estos, a su vez, conllevan cambios en las posiciones de rol. Son estos nuevos roles que se van adquiriendo los que determinan las tareas evolutivas de cada etapa.

Es el periodo de galanteo en el que justamente una persona joven pasa de ser un muchacho a ser un miembro de la comunidad adulta, y muchos dilemas fundamentales de la vida humana pueden aparecer en este periodo (Haley, 1973). Las dificultades adoptan muchas formas: preocupación por las deficiencias físicas, conductas sociales desafortunadas, procesos mentales defectuosos, miedos frente al sexo opuesto y los pares, etc. Al mismo tiempo la familia misma puede requerir que el joven se mantenga apegado dentro del sistema. Lo que ocurra en ese momento tiene el potencial para ejercer efectos permanentes sobre la ubicación del individuo en la jerarquía social. Es, por lo tanto, según expresa el autor, una de las épocas de la vida en que más se requiere de la ayuda profesional, y donde las consecuencias de las intervenciones sean más duraderas que en otro momento.

El término juventud, en general, se refiere a una franja de edad, un período de vida, en que se completa el desarrollo físico del individuo y ocurren una serie de transformaciones psicológicas y sociales, cuando éste abandona la infancia para procesar su entrada en el mundo adulto. Sin embargo, la noción de juventud es socialmente variable (Dávila León, 2004).

La juventud es un periodo vital que se encuentra delimitada por dos procesos: uno biológico y otro social (Allerbeck & Rosenmayr, 1979; Brito Lemus, 1998). El biológico sirve para establecer su diferenciación con el niño, y el social, su diferenciación con el adulto.

Según Haley (1973), en este periodo de galanteo existe un momento en el que se establece el propio estatus en relación con los otros y se selecciona un compañero. La mayoría de los jóvenes se acercan al tratamiento cuando sienten que les resulta imposible participar en el amor o el trabajo como quisieran. En el periodo de transición de la niñez a la adultez, el joven se encuentra simultáneamente atado a sus lazos familiares y a sus pares, y el modo en que debería comportarse para adaptarse a su familia podría impedir su desarrollo normal con respecto a la gente de su edad. El trabajo del terapeuta será, entonces, reconocer el resultado de no haber podido desenredarse de sus familias. El reto está en poder determinar cuáles son

las restricciones que impiden al joven alcanzar una vida más compleja, y a menudo esto es imposible a menos que el terapeuta se reúna con toda la familia.

En este momento, es crucial una separación del núcleo familiar, pero debe hacerse bajo ciertos términos. Si el joven abandona la familia y decide no volver a verla, o decide, en el otro extremo, que sus padres gobiernen su vida, él pierde. Debe llegar a separarse de su familia y, con todo, seguir involucrado en ella (Haley, 1973).

El ingreso a un estatus adulto, para los jóvenes, implica un proceso de construcción de identidad, que se configura como uno de los elementos característicos y nucleares. Dicho proceso se asocia a condicionantes individuales, familiares, sociales, culturales e históricas determinadas. Se ha distinguido la preocupación por identificarse a un nivel personal, generacional y social. Tiene lugar un reconocimiento de sí mismo, observándose e identificando características propias, es decir, la identidad individual, y al mismo tiempo existe un reconocimiento de sí mismo en un colectivo mayor, en un grupo social que define y que determina, a su vez, en el compartir una situación común de vida y convivencia (Dávila León, 2004).

El paso a una red social compleja requiere diversas clases de conducta. Los jóvenes deben ser capaces de superar deficiencias personales, asociarse con gente de su edad, alcanzar un estatus adecuado en esa red social, y haberse separado exitosamente de su familia (Haley, 1973).

3.3 Familias desligadas

La terapia sistémica trabaja con sistemas y subsistemas y analiza las relaciones que se mantienen entre estos. El concepto de familia desligada proviene de la aproximación estructural dentro del área sistémica. El modelo estructural es uno de los modelos más desarrollados y reconocidos en el campo de la terapia familiar, y es fruto de los trabajos llevados a cabo por Salvador Minuchin durante los años cincuenta. Este modelo ofrece un marco para entender las transacciones en cualquier contexto micro-social en el cual se puedan describir pautas interactivas con cierta consistencia, con patrones que permiten observar lo que desde el modelo se definen como fronteras (Wainstein, 2006).

Los tres conceptos claves para entender el modelo son estructura, subsistemas y fronteras. La estructura define los patrones mediante los cuales los miembros de la familia interactúan. Establece criterios de predicción acerca de la conducta interactiva de los miembros de la familia. Cuando los patrones se repiten, se autoreafirman y establecen de un modo rígido (Fishman & Minuchin, 1985). Al mismo tiempo, las familias están organizadas en subsistemas. Estos son su organización funcional y se relacionan con las funciones que la familia debe

cumplir junto con algunos de sus miembros. Por tanto, en primer lugar, se encuentra la pareja, que constituye el subsistema conyugal, pero también define al subsistema parental frente a sus hijos y en sus funciones como padres, y los hermanos constituyen relaciones fraternas que también son parte de otro subsistema dentro del sistema familiar (Wainstein, 2006).

En este sentido, los individuos y los subsistemas de los que participan están demarcados por fronteras, que regulan el contacto y los intercambios con los otros dentro y fuera de la familia. Constituyen los bordes del sistema familiar. Estos bordes pueden ser claros, rígidos o difusos. Tanto la rigidez como lo difuso se convierten en factores de riesgo para la familia (Fishman & Minuchin, 1985). La dimensión de frontera va de lo desligado a lo aglutinado, que son extremos de un continuum (Minuchin, 1977). En función de los límites se pueden encontrar dos tipos de familias: aglutinadas o desligadas. El aglutinamiento o desligamiento se refieren a un estilo transaccional.

Los miembros de subsistemas o familias aglutinados pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere un importante abandono de la autonomía, existe poca diferenciación entre sus miembros, dificultad para la exploración y dominio independiente del problema, la conducta de un miembro repercute intensamente sobre otros. La familia aglutinada responde a toda variación con excesiva rigidez e intensidad (Desatnik, 2004).

Por otra parte, los sistemas en el extremo desligado pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de interdependencia y capacidad de requerir ayuda cuando la necesitan (Minuchin, 1977). Toleran una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros, y, en este caso, la familia tiende a no responder cuando es necesario hacerlo. Existen pocos sentimientos de lealtad y de pertenencia, y se caracterizan por la falta de respuesta cuando es necesario, al punto que sólo un alto nivel de estrés individual puede repercutir con suficiente intensidad para activar los sistemas de apoyo de la familia (Desatnik, 2004).

3.3.1 Intervenciones familiares

El modelo sistémico estructural, al igual que el estratégico, también se vale de diversas herramientas para generar un cambio en los sistemas.

En primer lugar, la escenificación, o puesta en acto, es la técnica por la que el consultor pide a los consultantes que interactúen en su presencia. Esta herramienta permite poner de manifiesto la estructura familiar, y le permite ver al terapeuta las reglas que presiden las interacciones entre los miembros del sistema e intervenir (Wainstein, 2006). Así construye una secuencia interpersonal en la sesión, en que se ponen en escena interacciones disfuncionales

entre los miembros de la familia. Esta escenificación se produce en el contexto de la sesión, en el presente y en relación con el terapeuta (Fishman & Minuchin, 1985). Cuando el terapeuta hace preguntas, los miembros de la familia pueden controlar lo que exponen. En la selección del material que habrán de comunicar, se suelen empeñar en presentarse bajo la luz más favorable. Pero cuando el terapeuta consigue que los miembros de la familia interactúen para discutir algunos de los problemas que consideran disfuncionales y zanjar desacuerdos, desencadena secuencias que escapan al control de la familia (Wainstein, 2006). Al mismo tiempo, el terapeuta puede intervenir en el proceso, sea para aumentar su intensidad, prolongar la duración de la interacción, hacer participar a otros miembros de la familia, indicar modos diferentes de interacción, etc. (Fishman & Minuchin, 1985).

Por otra parte, el terapeuta se vale del aumento de la intensidad cuando se encuentra con dificultades para hacer llegar su mensaje. Los miembros de la familia tienen una sensibilidad auditiva discriminatoria, que presenta campos de sordera selectiva regulados por su historia común. Por ello, el mensaje del terapeuta puede no ser registrado. El terapeuta necesita hacer que la familia oiga, y esto exige que su mensaje supere el umbral de sordera de la familia (Fishman & Minuchin, 1985). Un mensaje tiene que ser reconocido por los miembros de la familia, es decir, deben recibirlo de un modo que los aliente a experimentar cosas según modalidades nuevas. Una vez que el consultor ha observado las interacciones de los consultantes y ha aprendido sus pautas habituales, la meta es hacer que los consultantes experimenten la modalidad de su interacción, y es esto lo que comenzará el proceso de cambio. A veces, simples comunicaciones tienen la intensidad suficiente, mientras que otras situaciones requieren de crisis muy intensas. El consultor puede hacer llegar su mensaje repitiendo numerosas veces su mensaje a lo largo de la sesión, lo cual produce intensidad dentro del proceso (Wainstein, 2006). Es una técnica importante para el incremento de la intensidad.

Otra de las técnicas que permite incrementar la intensidad consiste en alentar a los consultantes para que continúen interactuando, después de las evidentes dificultades que se han expresado. En esta prolongación, los participantes interactúan de manera diferente, lo cual permite que vivencien modos diferentes de experimentar intercambios (Wainstein, 2006). Aunque en esta prolongación la familia interactúa de manera vacilante, el paso de lo habitual a lo no familiar abre la posibilidad de que experimenten modos diferentes de interacción. Resultados parecidos se pueden alcanzar si se reduce el tiempo en que las personas suelen participar en una interacción (Fishman & Minuchin, 1985).

Por último, el consultor puede trabajar también la distancia que se mantiene entre los miembros para producir un cambio. Desde la utilización del espacio físico, hasta el trazado de

nuevas fronteras entre los subsistemas de la familia o el desequilibramiento cuando la meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema (Wainstein, 2006).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo. Análisis de caso único.

4.2 Participantes

La paciente es una joven de 22 años, quien vive sola en zona oeste, Provincia de Buenos Aires. Al momento de la consulta refiere sufrir episodios de ansiedad que le impiden concentrarse en sus estudios, le ocasionan vómitos y llanto, y también pasa días sin comer por los nervios. Los padres se encuentran separados: su padre vive con la abuela, que padece demencia senil, y la única hermana de la paciente recientemente se mudó con su pareja, al igual que sucede con la madre.

También participaron la terapeuta, quien forma parte del Programa de Iniciación Profesional brindado por la institución que ofrece formación en el modelo sistémico estratégico focalizado breve, y la directora de la institución, con más de 30 años de experiencia y especializada en terapias breves sistémicas familiares y de pareja, a quienes se les realizó una entrevista semidirigida.

4.3 Instrumentos

Se realizaron entrevistas semidirigidas a la terapeuta de la paciente, y a la coordinadora de la institución para indagar más acerca de la sintomatología y las indicaciones realizadas durante el tratamiento, así como para evaluar la percepción de la evolución de la paciente. Dentro de las áreas específicas a preguntar se incluyeron las características del mantenimiento del circuito autoperpetuante que genera ansiedad y estrés en la paciente, se indagó más sobre la situación y composición familiar, y sobre la elección de determinadas tareas e intervenciones aplicadas.

Además, se realizaron observaciones no participantes de la paciente en Cámara Gesell.

Por último, se contó también con acceso a las grabaciones de las sesiones de la paciente con la terapeuta.

Se participó de encuentros teóricos semanales con el equipo en los que se realizó un intercambio sobre los casos vistos en Cámara Gesell durante la semana.

4.4 Procedimiento

Se realizaron dos entrevistas semiestructuradas de entre 20 y 30 minutos a la terapeuta de la paciente, a la directora y también a la coordinadora de la institución para el relevamiento

de datos sobre la institución, la sintomatología de la paciente, su situación familiar, las estrategias utilizadas y su evolución en el tiempo.

Se participó de espacios de terapia en Cámara Gesell con una frecuencia semanal, y se contó con las grabaciones de las sesiones individuales cuya duración aproximada fue de una hora, a fin de recolectar información sobre las intervenciones realizadas. Se observó la evolución de la paciente con respecto a su queja inicial.

Durante los encuentros teóricos semanales, se tomaron 10 minutos al final de cada espacio para discutir el caso con la coordinadora de la institución y se realizaron las preguntas pertinentes en relación a la evolución del mismo.

5. Desarrollo

5.1 Descripción de la queja inicial y las características del circuito autoperpetuante que mantienen la ansiedad en el marco de una familia desligada

Tanto para la descripción de la queja inicial como para el desarrollo de las características del circuito autoperpetuante que mantienen la ansiedad, toma relevancia la entrevista de admisión y las primeras sesiones con la paciente, a quien en adelante se la nombrará como paciente M.

De las fuentes mencionadas se releva que M. es una joven adulta de 22 años, que vive actualmente en zona oeste, Provincia de Buenos Aires. Tiene una hermana mayor, de 24 años, y sus padres se encuentran separados desde que la paciente asistía a la secundaria. El padre actualmente vive con la abuela de M. -que tiene Alzheimer- en su casa, y la madre, la hermana y M. vivían juntas hasta hace aproximadamente un mes, ya que tanto la mamá como la hermana se fueron a vivir con sus respectivas parejas, quedando la paciente sola en su domicilio.

Menciona también que es estudiante del tercer año de medicina, y llega a la consulta refiriendo que manifiesta altos niveles de ansiedad que siente que no puede controlar desde que comenzó la carrera y que se encuentra estresada y esto le impide seguir con sus estudios y su vida normal. También menciona que se siente sola y no tiene alguien con quien hablar, ya que no tiene ese tipo de vínculo con su familia.

La paciente manifiesta su queja inicial sosteniendo que se viene sintiendo mal hace varios meses, con mucha ansiedad y nervios, sobre todo al momento de estudiar y rendir exámenes, pero decide consultar ahora porque no sabe qué más hacer para calmarse y no tiene con quien hablar, pues no mantiene vínculos cercanos con su familia ni sus compañeros. En base a lo planteado hasta este punto y lo postulado por la APA (2013), la ansiedad y los síntomas físicos deben causar un malestar clínicamente significativo o un marcado deterioro en lo social o académico, como ocurre con la paciente, que en estas líneas manifiesta: “*me voy*

a dormir y me levanto todas las mañanas con un nudo en el estómago, a veces abro los ojos y voy al baño a vomitar sin haber comido nada. Se me cierra el estómago y he llegado a estar cuatro días sin comer preparándome para un examen por la ansiedad que me genera, me muerdo las uñas -casi no tengo- y a veces siento que me falta el aire. Bajé mucho de peso, ahora estoy en el peso más bajo de los últimos años y no me gusta verme al espejo. Me levanto sabiendo que me tengo que poner a estudiar y mientras desayuno algo trato de leer al mismo tiempo y termino sin poder hacer ninguna de las dos cosas. Estudio todo el día, siento que no llego a leer todo, y encima mi vida solo gira en torno a la facultad, la estoy pasando muy mal.”

El nivel de ansiedad presentado por M., así, se manifiesta de manera desproporcionada e inadecuada, por lo que se vuelve de esta manera patológico (Bulacio, 2011).

M. afirma que siempre fue una persona nerviosa -desde pequeña- y que se sobreexigía en sus estudios en el colegio. Siempre fue una alumna sobresaliente, a diferencia de su hermana mayor que solía rendir pobremente, y cuando entró a la facultad fue un golpe muy duro para ella ver que rendía mal y terminaba recursando materias. Manifiesta dudas con respecto a su carrera porque dice que le gusta, pero los nervios no le permiten disfrutarla, y no puede dejarla tampoco porque siente que decepcionaría a toda su familia, quienes se encuentran muy emocionados de que su hija sea médica y sea la primera en tener un título universitario. Según menciona: *“sentiría que ellos estarían decepcionados, mi abuelo es quien más se obsesionó con el hecho de que esté estudiando, y con él nunca hablé sobre el tema de dejar la carrera, pero es algo que pienso todo el tiempo porque siento que me hace mal, pero al mismo tiempo no puedo”*. Esta sintomatología manifestada por M. se asocia claramente con lo mencionado por la American Psychiatric Association (2021) al postular a la ansiedad como un obstáculo a la hora de que la persona se desempeñe en las diferentes esferas de la vida cotidiana, al mismo tiempo que interfiere en las relaciones personales del sujeto, como se ve reflejado en lo dicho por M. en este último caso.

Con respecto a su recorrido en otras terapias, afirma que empezó por primera vez durante la secundaria -en 2015- cuando sus padres se separaron, y luego al empezar la facultad decidió volver a intentar. Terminó al poco tiempo ese espacio, y empezó durante la pandemia nuevamente, pero dejó todas las terapias porque eran psicoanalíticas y sentía que no le servían para su ansiedad puntual. La búsqueda de espacios terapéuticos en este momento, cabe destacar, al ser la paciente una joven adulta, se constituyen como una clave fundamental ya que las consecuencias de las intervenciones podrían tener mayor impacto que en otro momento (Haley, 1973).

Al adentrarse en la ansiedad de la paciente y tomando la visión de Rohrbaugh y Shean (1988) acerca de las dos formas de entender el mantenimiento interaccional de la ansiedad -la estructural y la secuencial/accidentalista- se puede notar con claridad que en el caso de M. el mantenimiento de su ansiedad podría verse explicado bajo ambas visiones.

En relación a la visión secuencial/accidentalista, relacionada a los modelos de mantenimiento de problemas desarrollados en el MRI de Palo Alto (Rohrbaugh & Shean, 1988), es posible entender que el eje principal se sostiene sobre las soluciones intentadas que mantienen el problema. En ese aspecto, se evidencia que, según lo informado por la paciente durante las sesiones, M. sufre periodos de ansiedad muy elevados en relación a sus estudios y preocupaciones acerca de rendir mal o no llegar a estudiar todo, lo que, a su vez, le generan malestares físicos. Cabe recordar que esto, al mismo tiempo, se corresponde con la sintomatología típica de cuadros ansiosos según el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), tanto a nivel físico como conductual.

Estas preocupaciones ocasionan que se generen una secuencia de soluciones para resolver la ansiedad: soluciones bien intencionadas, pero inapropiadas que generan más de lo mismo (Watzlawick et al., 1974). Frente a este malestar, M. sobrecompensa aplicando medidas extraordinarias de estudio, como estudiar durante todo el día sin cortes, o leer mientras hace otras cosas como comer, ocasionando que no pueda realizar bien ambas cosas a la vez y se sienta agotada, lo cual no le permite una correcta absorción de lo que está leyendo. Esto, a su vez, genera pensamientos y sentimientos de que no está apta para rendir, porque siente que no sabe nada, que estudia todo el día y aun así no llega a leer todo, y, secuencialmente, esto dispara nuevamente la ansiedad. Si finalmente rinde bien, aumentan los nervios sobre su performance siguiente, porque cree que le tiene que ir bien siempre, y si rinde mal también aumenta la ansiedad porque se siente aún más presionada por aprobar la próxima vez y se refuerza la idea de que por mucho que estudie no logra su objetivo. Queda así establecido el circuito autopertuante que mantiene la ansiedad en la paciente.

Aquí, sobre estas soluciones intentadas que mantienen los procesos irónicos, se constituye el foco de análisis de la terapia estratégica (Casabianca & Hirsch, 2009), y se apunta a cómo se ponen en juego los aspectos autorreferenciales de los trastornos de ansiedad. Es decir, la ansiedad, en este caso, puede surgir y ser mantenida sin ayuda de un tercero (Fisch et al., 1982), lo cual no quiere decir que no ayuden o colaboren en su mantenimiento.

Sin embargo, como se mencionó previamente, el mantenimiento de la ansiedad en la paciente puede explicarse también desde un punto de vista estructuralista, propio del modelo planteado por autores como Haley y Minuchin (Haley, 1973; Fishman & Minuchin, 1985). En

este punto es donde cobra mayor relevancia el contexto familiar de la paciente y la secuencia de interacciones que se mantienen entre los miembros de la familia y permiten ver cómo se estructura el sistema (Wainstein, 2006).

Así, M. refiere que los síntomas empeoraron durante la cuarentena el año pasado, ya que entonces se fue a vivir con su papá y su abuela unos meses para ayudarlo a cuidarla, debido a que el abuelo había decidido irse de la casa y mudarse solo al no tolerar más la convivencia con su esposa enferma. M. afirma que durante la pandemia *“sentí como ataques de pánico y tuve un pico de estrés: empecé con episodios de fiebre, dolores de cabeza muy fuertes, me salieron manchas rojas en la piel, tenía los ganglios inflamados, y llegaron a internarme, pero los estudios salieron bien. Lloraba todo el día y no quería salir de la cama, no quería encontrarme con mi abuela porque gritaba todo el día y yo no podía estudiar ni tampoco salir a la calle a despejarme, a veces de pronto se me aparecía al lado de la cama y tampoco dormía tranquila”*. Después de esto, decidió volver a vivir con su mamá y su hermana, aunque siente que la resintieron por haber dejado solo a su papá según menciona.

En este punto, cabe considerar que a la situación familiar general se le debe sumar lo disruptivo que fue la cuarentena durante el año 2020 a nivel poblacional, estableciéndose como un estresor, con todas sus características (Labrador y Crespo, 1993), que evidencia la adaptación -o la falta de esta- al contexto por parte de la familia (Moratto et al., 2015). Las consecuencias de las medidas de confinamiento incluyeron la restricción del vínculo social con pares, la interrupción de las salidas, de las actividades recreativas y de la continuidad académica de manera habitual (Alomo et al., 2020), por lo cual sigue siendo un factor importante a considerar en relación al momento de mayor agravamiento de los síntomas de la paciente. Esto último se sostiene en lo postulado por Brooks et al. (2020) al afirmar que situaciones como el confinamiento obligatorio se transforman en un estresor social que, al no tratarse, o manejarse de manera inadecuada, terminan generando un gran impacto en la vida social y anímica de las personas, puesto que genera sentimientos de ansiedad, temor y generador de trastornos mentales. En el caso de M., el confinamiento obligatorio producido por el COVID-19 podría considerarse como un posible factor agravador de síntomas ansiosos, sumado a un estilo de personalidad ansioso de la paciente.

Los resultados de las investigaciones de Alomo et al. (2020) y McElroy et al. (2020) plantean, justamente, que las franjas etarias más jóvenes, como aquella a la que pertenece M., se vieron fuertemente impactadas durante y luego de la pandemia, con alta presencia de sentimientos de tristeza y soledad. Esto, sumado a las características del sistema familiar desligado al que pertenece la paciente, es considerado un factor para el aumento de los síntomas

ansiosos (Alomo et al., 2020), considerando que la ansiedad es la emoción resultante de la ecuación crisis-estrés (Ceberio et al., 2021).

M. manifiesta que *“no puedo explicarle a mi familia lo que me pasa, no me entienden, mi papá solo sabe que hago terapia y le pedí que me la pagara, pero no me siento cercana o con una relación de confianza con ellos. Solo un poco con mi hermana, pero ahora la veo mucho menos, y lo mismo con mi mamá desde que se mudaron. Me vienen a visitar cada tanto, pero me siento sola”*. Dice que durante la época que sufría ataques de pánico se encerraba en el baño, y nadie de su familia sabía. Solo su papá notaba que no salía casi nunca de su cuarto, y en la casa apenas se cruzaban, y verlo, a él o a la abuela, le generaba muchos enojo e irritación, y se le hacía un nudo en el estómago. De esta forma, la situación expuesta se corresponde con la forma de actuar propia de un sistema desligado (Desatnik, 2004; Minuchin, 1977): la familia tiende a no responder cuando es necesario hacerlo, y M. se encuentra con grandes dificultades para requerir ayuda cuando la necesita.

En base a las interacciones con su familia, M. reporta que ella pide que no la molesten en ciertos momentos, sobre todo cuando estudia, y ellos no la entienden y le dicen que es fría, pero, en realidad, confiesa que no quiere estar sola todo el tiempo. Así, se establece un nuevo circuito que define la estructura del sistema -es decir, establece criterios de predicción de la conducta de sus miembros- (Fishman & Minuchin, 1985): ella los aleja y luego se siente mal por responder de modo agresivo, pero no puede pedirles perdón porque siente que no los quiere molestar y que será rechazada, lo cual genera que ella se vuelva a alejar nuevamente y vuelva a echarlos cuando un miembro de la familia se acerca en otro momento. A esto se le suma la distancia, tanto física como emocional de los miembros, que hace que funcionen como sistemas separados entre los que poca o nula información se intercambia acerca del bienestar de los miembros de la familia, lo cual imposibilita la presencia de los mismos en los casos que es necesaria, tal como postulan Minuchin (1977) y Desatnik (2004). Esto genera que M. quede sola con su malestar sin poder comunicárselo a nadie y, por lo tanto, se retroalimente y aumente. Es por eso importante recordar el modo en que la estructura moldea y define los patrones mediante los cuales los miembros de la familia interactúan, y el rol que juegan los límites, que tanto en su vertiente rígida como difusa se convierten en factores de riesgo para la familia y sus miembros (Fishman & Minuchin, 1985).

Siguiendo la fórmula del grupo de Palo Alto para el pasaje de la queja a la construcción del problema (Rohrbaugh, 2001), la terapeuta junto con el equipo, luego de especificar la manifestación conductual de la paciente y comprender el patrón de mantenimiento del problema, intentó establecer objetivos acordados con la paciente para que M. pueda desarrollar

pautas para manejar su ansiedad con respecto al estudio, por un lado, buscando un cambio en las secuencias que hacen que aumenten y logrando que el nivel de estrés general se reduzca, es decir, se produzca *menos* de lo mismo (Rohrbaugh, 2001). Por otro lado, de modo periférico, se formuló la necesidad de trabajar sobre el sistema general intentando modificar la distancia disfuncional que caracteriza las relaciones entre los miembros de la familia, para intentar lograr que estén al tanto de la situación de la paciente y funcionen como un sistema de apoyo, al mismo tiempo que se fortalecen los vínculos con sus pares. Este último punto toma relevancia en tanto jóvenes como M., en esta etapa en particular, requiere de una red social compleja que le permita separarse adecuadamente de su familia (Haley, 1973). En el caso de la paciente, era necesario reforzar los vínculos familiares primero para que se produzca, posteriormente, una adecuada separación del núcleo familiar.

Considerando el modelo desde el que se trabajaba, en este punto era necesario aclarar qué sería, como mínimo, una meta aceptable para la paciente que le indicase que la situación estaba mejorando (Rohrbaugh, 2001). La paciente refirió que sentiría que hubo un cambio si pudiese notar una diferencia en su nivel de ansiedad en relación al estudio y si lograra comunicarse con su familia más abiertamente acerca de sus sentimientos: *“yo solo quiero poder estudiar lo que me gusta como una persona normal, no quiero sufrir más por esto, y no quiero priorizarlo tanto por sobre mis amigos”, “me gustaría saber que cuento con mi familia, quiero dejar de sentirme tan sola, necesito que me conozcan, que sepan qué es lo que me pasa”*. Esto fue tomado como un criterio para la evaluación del progreso y para saber sobre qué cuestiones era necesario hacer foco.

Este planteamiento sobre los objetivos de la terapia permitió establecer las intervenciones a aplicar posteriormente y el rumbo esperado del tratamiento.

5.2 Descripción de las intervenciones aplicadas desde el modelo sistémico estratégico focalizado breve

Una vez establecido el motivo de consulta, las características del circuito que mantiene la ansiedad y cómo se configura la estructura familiar disfuncional, se abordará la propuesta de tratamiento planteada por el equipo y la terapeuta junto con las intervenciones realizadas. Las mismas serán desarrolladas según los tipos detallados previamente, y fueron transcritas a partir de las sesiones y grabaciones en Cámara Gesell, así como de las entrevistas realizadas a la terapeuta, a la directora de la institución y a la coordinadora de pasantes.

Como se mencionó, el primer objetivo de la terapia consistió en brindarle herramientas a la paciente para que pueda romper con los esquemas rígidos que posee conduciéndola a otras posibles perspectivas que determinen, a su vez, nuevas realidades y nuevas soluciones

(Nardone & Watzlawick, 2007), para que, de esta manera, pueda encontrar modos de lograr que la ansiedad no la domine y el circuito ansioso se rompa.

En esta línea, durante las primeras sesiones se intentó obtener un esquema completo de los momentos donde la ansiedad se disparaba y, para esto, se le *prescribió* que anotase detalladamente, hora por hora, todas sus actividades durante la semana: cuándo se levantaba, cuándo comía, cuándo estudiaba, cuándo salía, a qué hora se dormía, etc. La terapeuta mencionó que era necesario conocer su agenda detalladamente para saber cómo administra su tiempo, ya que la terapia podía ayudarla a organizarse en sus horarios y definir momentos de trabajo y momentos de descanso rígidos y obligatorios, donde se le prohibía realizar cualquier actividad que tuviese que ver con el estudio. Tal prescripción, según la directora de la institución y la coordinadora de pasantías, fue dada a esta paciente y de esta forma porque tenía una tendencia a ser muy obediente con respecto a las pautas dadas por su terapeuta, lo cual sigue la misma línea que lo planteado por Wainstein (2006) con respecto al carácter colaborador necesario en estos pacientes.

Con respecto al trabajo sobre la pauta (*pattern*) (Wainstein, 2006), se aplicaron intervenciones directivas de este estilo al indicársele a la paciente, en base a su agenda, que estableciese periodos de 45 minutos de estudio, seguidos por periodos de 15 minutos de recreo -que debía respetar rígidamente-, lo cual implica una alteración en las pautas de estudio que venía aplicando y que alimentaban nuevamente la ansiedad al sentir que no llegaba a estudiar todo por mucho que lo intentase y, al mismo tiempo, no le permitían realizar con normalidad otras actividades básicas, como comer de forma consciente. Tal intervención se eligió con la intención de actuar sobre las pautas habituales de comportamiento de M. que parecían mantener el problema (Wainstein, 2006), es decir, eran sostenedoras del circuito autopertuante.

Refirió la paciente que en primera instancia le fue difícil no tocar ningún material relacionado al estudio, principalmente porque estaba muy conectada y pendiente de los grupos de la facultad desde el celular. Pero a medida que pudo ir acomodándose a una agenda más organizada la ansiedad bajó considerablemente, dejó progresivamente de sentir tanta culpa durante esos periodos de recreo y podía organizar de manera más clara y eficiente el material que iba a estudiar en esos bloques, lo cual permitió que perdiese menos tiempo intentando concentrarse. Esto resultó en que, al momento de rendir exámenes, su performance mejorara porque iba más confiada, independientemente del resultado. Esto se constituyó como un punto clave teniendo en cuenta que se produjo un pasaje de una ansiedad patológica, disfuncional, que se presentaba como una respuesta rígida en M. (Bulacio, 2011), a una ansiedad normal, propia y esperable de situaciones de evaluación como los exámenes.

Esta intervención ayudó también a que pudiese separar los momentos de estudio del resto de su rutina, por lo que pudo empezar a darse un espacio a la mañana para despertarse tranquilamente, y desayunar, almorzar y cenar sin que el estudio estuviese de por medio, lo cual ayudó a ordenar y mejorar los hábitos alimenticios de M.

Otra prescripción directa realizada fue que considerase qué cosa, más pequeña que la facultad, que le causase malestar, podía soltar y lo hiciese. De esta intervención resultó que M. sentía que estaba muy agobiada por realizar hockey, ya que estaba en una categoría muy alta y debía ir a entrenar tres veces por semana: “*siento que si dejo el equipo voy a estar dejando solas a mis compañeras, va a haber un vacío en el equipo y no sé si hay alguien que me reemplace*”. La paciente finalmente pudo descender a una categoría más baja y entrenar únicamente una vez por semana, los fines de semana, con lo cual se sentía más relajada y a gusto. Esta intervención, según lo recabado en la entrevista con la terapeuta, tenía el objetivo de que practicase el desprendimiento y aprendiese a quitar de sus hombros las expectativas de los otros, para que cada uno pueda hacerse cargo de lo que le pasaba. Se veía necesario que M. aprendiese a anteponer su bienestar por encima de lo que ella creía que los demás esperaban o necesitaban de ella.

También, se le consultó en las primeras sesiones a la paciente qué cosas sentía que quería hacer, pero que la ansiedad por el estudio no le permitía llevar a cabo. M. refirió que tenía muchas ganas de salir con alguien, pero que sentía que perdía todo un día de estudio y eso la hacía sentir nerviosa. Se animó a la paciente a que ese mismo fin de semana concretase una cita con alguien. Frente a los resultados positivos de tal intervención, se reafirmó la idea de que no pasaba nada si un día a la semana lo dejaba reservado para realizar alguna actividad social.

Al mismo tiempo, a nivel de las *sugerencias*, como alternativas de acción propuestas por el terapeuta, aceptando la posibilidad de ser rechazadas por parte de la paciente sin que ello implique desobediencia (Casabianca & Hirsch, 2009), se le planteó que muchas veces es una buena idea volver a releer los planes de la carrera, así como de otras carreras que en algún momento le llamaron la atención, para poder discernir si aún la entusiasma su futuro siguiendo medicina, o si hay alguna otra área que le interese. “*¿Cuánto estrés y ansiedad estas dispuesta a aceptar para conformar a tu familia? ¿es genuino tu amor por eso a lo que le dedicas tanto tiempo y esfuerzo?*” La paciente refirió que se sentía en su límite, pero que amaba su carrera y quería volver a disfrutar de esta sin tanta ansiedad. En definitiva, era esperable tanto que la paciente decidiese hacerlo como que no, sin que esto manifestase una resistencia al cambio por

parte su parte. Finalmente, no lo hizo, pero esta intervención le permitió volver a considerar su posición frente a la carrera que le dedicaba tanto esfuerzo.

En la misma línea de sugerencias, se le planteó que muchas veces el estudiar con amigos o compañeros puede hacer que la tarea sea menos extenuante, y se llega a disfrutar cuando en el proceso se puede socializar con otros. También puede hacer al estudio más efectivo, considerando que se tienen de apoyo y es más difícil caer en distracciones. Esto podría ayudarla a reducir la ansiedad y los pensamientos de que no se encontraba lo suficientemente apta para rendir, y le daría la posibilidad de compartir su preocupación con un par. M. reportó que el juntarse cuando había exámenes con una compañera que vivía cerca, efectivamente, la había ayudado porque podía explicarle esos contenidos a su amiga y le ayudaban a incorporarlos ella misma también.

Llegado este punto, considerando el carácter colaborador de la paciente que era capaz de seguir de forma constante las indicaciones realizadas y a medida que avanzaba el tratamiento, en sesiones posteriores se vio la necesidad de utilizar el *enfoque centrado en el futuro* (Wainstein, 2006) para hacer notar a M. las pautas que daban resultado, es decir, las excepciones a las conductas y pensamientos que estaban asociados a la ansiedad. Se la invitó a la paciente a reconocer lo que había logrado al organizarse y seguir la tarea de los 45 minutos de estudio seguido de 15 minutos de descanso, más allá de las dificultades iniciales. Sumado a esto, se dijo a la paciente que era importante reconocer que al juntarse con sus amigas a estudiar la ansiedad también disminuía y, consecuentemente, estudiaba y rendía mejor. Mediante esta intervención, se invitó a M. a reconocer lo que ya ha estado haciendo y puede definirse como exitoso o encaminado hacia la solución del problema (Wainstein, 2006), que en este caso implicaba romper las conductas ansiosas que alimentaban el circuito autoperpetuante, y al mismo tiempo accionar hacia el fortalecimiento de su red social, tal como se había planteado en los objetivos iniciales.

Por otra parte, considerando las características del circuito autoperpetuante, a lo largo del tratamiento el equipo consideró que era necesario establecer una reformulación en el sentido de *“no siempre hacer más implica ser más productivo, así como cuando vivías con tu abuela y sentías que no estabas sumando nada en esa situación porque te sentías mal, es necesario reconocer que a veces menos, es más, y que más, puede ser perjudicial”*, tal como formuló la terapeuta al momento de la sesión. Esta intervención fue elegida en pos de modificar la visión desarrollada hasta el momento acerca del problema (Wainstein, 2006) por parte de M., es decir, creer que hacer más de lo mismo -que finalmente mantenía la situación problemática que aumentaban su ansiedad- podría ayudarla a controlar y disminuir su ansiedad.

Era necesario que pudiese entender que se requería realizar menos de las conductas que venía llevando a cabo en relación al control de su ansiedad, y que viese que eso -al contrario de lo que inicialmente podría parecerle- era bueno. Se realizó tal intervención considerando que la realidad queda, finalmente, determinada por el punto de observación desde donde la mira el paciente, y si se cambia el punto de observación, es posible que cambie la realidad misma (Nardone y Watzlawick, 2007).

Sumado a esto, se le reconoció a M. su capacidad para seguir avanzando, más allá de los fallos que ella sentía que tenía con respecto a la facultad. Se le mencionó que *“cuando te va mal, ¿ves que, en realidad, te va bien? De desaprobatar finales y recurrar materias aprendiste a fallar, a caer y volver a levantarte. Pudiste reconocer la necesidad de un cambio de esquema, pasar de que todo te vaya siempre excelente y ser la alumna y la hija diez, con la presión que esto te generaba, a darte cuenta que la vida sigue y podés volver a intentarlo cuando no sale como lo esperabas, y esto te convierte en una persona más dinámica y madura”*. La terapeuta afirmó que en repetidas ocasiones se le intentaban revalidar sus esfuerzos para no quedarse con lo malo que le ocurre en las situaciones, ya que M. tenía una fuerte tendencia a buscar soluciones y salir adelante. Este punto también tuvo por objetivo producir un cambio en la perspectiva por parte del paciente (Nardone & Watzlawick, 2007), es decir, romper la lógica rígida de pensamiento que mantenía el estrés y la ansiedad al momento de rendir, lo cual es el punto central de la estrategia de reformulación dentro del modelo sistémico estratégico focalizado breve.

Una piedra angular con respecto al tratamiento de la paciente fue que supiese reconocer las capacidades que tenía para organizarse, seguir las pautas indicadas y supiese que ella era capaz de manejar y superar los momentos de ansiedad y, de esta forma, aumentar la confianza de M. en sí misma y sus recursos. *“Al darle una directiva o guía a la paciente, ella fue capaz de tomarlo y adaptarlo a su medida. Fue necesario tomar esto y amplificárselo, y al mismo tiempo indagar en si confiaba en que ella misma iba a poder mantenerlo”*, reportó la terapeuta.

Por otra parte, otra de las cuestiones a trabajar era la soledad que experimentaba M., sobre todo a la hora de la cena ya que siempre se encontraba sola en su casa: *“Siento que no me acostumbro al cien por ciento a vivir sola. Mi hermana viene algunos fines de semana y después se va, y mi mamá me visita cada tanto, pero cuando alguien viene y después se va, me siento todavía más sola, me angustio. A mi papá lo veo algunas veces al mes cuando voy a su casa”*. Las mudanzas y el alejamiento de los miembros del sistema pueden ser vistos como grandes estresores dentro de lo que son las etapas del ciclo vital (Moratto et al., 2015). Al mismo tiempo, se plantea la necesidad de que estos movimientos de desprendimiento del

núcleo familiar se realicen bajo ciertos términos (Haley, 1973), es decir, M. debía lograr separarse de su familia, pero seguir involucrada en ella del modo correcto.

Considerando las características del sistema familiar de la paciente y la lejanía relacional entre sus miembros, se vio plasmada la importancia de introducir un cambio en la distancia estructural de la familia para que M. pudiese sentir que contaba con ellos y que al mismo tiempo la familia supiese lo que ocurría con ella. El objetivo, según la directora de la institución, fue que la paciente pudiese, por un lado, afianzar sus vínculos con el sistema familiar, y que pudiese encontrar apoyo en sus pares -tan relevantes en la entrada a la adultez- (Dávila León, 2004), con la consecuente disminución de sus sentimientos de soledad.

“Vivir sola no fue un proyecto personal, algo que elegí. Fue algo que me impusieron sin mediar nada conmigo. Cuando mi papá se fue de la casa durante la secundaria para mí fue algo traumático. Que se vaya mi hermana fue lo que más me dolió, porque de mi familia era la única con la que era más cercana, a pesar de no compartir tantas cosas. No quise demostrarle que estaba mal cuando se fue, aunque la noche anterior lloré hasta dormirme. No puedo mostrarle a mi familia que estoy mal, al otro día no me despedí de ella, simplemente se fue y no le dije nada. Me quedé llorando todo el día después, sentí que a nadie le importaba lo que sentía y que nadie estaba prestando atención a lo que necesitaba. Y al mismo tiempo sé que no me puedo comunicar con ellos porque ya estoy catalogada como la fría y malhumorada de la familia, no veo la solución”.

En este punto, es necesario considerar que los movimientos y cambios por los que atraviesa una familia, en este caso la mudanza de la madre y la hermana, pueden ser esencialmente estresantes puesto que implica un cambio en los esquemas y las pautas establecidas, reafirmando la idea de que tanto las etapas del ciclo vital como las crisis y estresores que experimenta una familia son inherentes a la existencia de esta misma (Moratto et al., 2015). La familia de M., en este caso, se encontraba en un proceso natural de desarrollo, y el malestar y la sintomatología de la paciente era una clara manifestación de las dificultades que aparecieron cuando ese proceso se dificultó o perturbó (Haley, 1973), es decir, el síntoma funcionó como una señal de que la familia enfrentaba dificultades para superar una etapa del ciclo vital.

Al mismo tiempo, además de la necesidad de abordar la dinámica familiar y siguiendo una lógica centrada en soluciones puntuales y contextuales, el equipo decidió que era correcto indagar en primera instancia sobre qué cosas podía hacer a la hora de la cena para sentirse mejor, que era cuando se sentía más angustiada. M. refirió que necesitaba algún ruido, así que comenzó a poner la tele o música, pero sentía que nada tenía sentido porque igualmente iba a

seguir estando sola. En este punto, la terapeuta decidió establecer una nueva reformulación: *“no todo tiene que ser a todo o nada, se puede buscar un punto medio: esta la opción de ir a visitar algunas veces a su abuela, a una amiga o salir con alguien”*. Se buscó que aceptase que la situación en la que vive, sola, no tiene por qué ser una situación con un tinte depresivo, y le pidieron que pensase qué pequeño cambio se podía realizar para mejorar la situación. Al mismo tiempo, se le prescribió que, si volvía la angustia de noche, debía tomar una libreta y escribir todo lo que estuviese pensando y sintiendo en ese momento.

Esto resultó en que la paciente empezó a dejar todas las luces de la casa prendida mientras cenaba, ponía alguna cosa que le interesase ver en la tele al estar sola, y algunas veces a la semana invitaba amigas que viviesen cerca a cenar o iba ella a sus casas. *“En los momentos que veo que me empiezo a sentir triste, abro la libreta para escribir y noto que todo lo que escribo son cosas que quisiera en realidad decirles a ellos”*, comenta M.

A raíz de esto, se le indicó a M. que volviese a pensar en cómo vincularse con la mamá, la hermana y el papá, y que considerase la opción de tener al menos una sesión todos juntos.

“No puedo decirles a ellos eso, que quiero que estén acá. Pero sí que al menos sepan que no soy tan piedra y que no me encanta estar tanto tiempo sola. Ellos son de decir que vivir sola para mí es lo ideal, que estoy re bien porque total siempre estudio, no hablo con nadie...me pusieron y me puse a mí misma en ese perfil. Pero me gustaría que sepan que en el fondo me gustaría sentirme un poco más cerca de ellos, pero no puedo abrirles mi corazón. A mis padres los llamo por sus nombres, nunca les dije mamá y papá, al llegar a casa nunca nos saludábamos, no nos enterábamos de que alguien había llegado, nadie dijo nunca buenas noches. Nadie demuestra nada. Crecí así, con una distancia emocional”.

Se le indicó a la paciente que durante la semana intentase hablar con su hermana, con quien tenía más cercanía de la familia, y que tratase de poner en palabras cómo se sentía al vivir sola ahora, hasta donde se sintiese cómoda. *“Si o si, durante la semana necesito que hagas un acercamiento a este tipo de conversaciones que tanto te cuestan. Solo hasta donde te sientas cómoda, pero será una primera aproximación, pequeña y significativa, a poder ponerlo en palabras. Tal vez tu hermana tenga algo que decirte también”*, indicó la terapeuta. Es decir, en este momento se abrió la posibilidad de generar un cambio 2, que produzca cambios en las reglas que rigen la estructura de la familia (Watzlawick et al., 1974). Para esto, era necesario que se realizase algo que nunca se había hecho, es decir, se requería de un salto cualitativo y de nivel lógico en la interacción entre la paciente y su entorno (Nardone, 2012). Durante las entrevistas se comunicó que esta indicación se realizó porque la paciente únicamente se dedicaba a teorizar sobre lo que pensaban y sentían los miembros de su familia. Era necesario

que hubiese un acercamiento entre los miembros porque trabajar con algo real y concreto podía ayudar a la paciente a disminuir su ansiedad.

En este punto, la paciente trajo una situación ocurrida durante el fin de semana, mientras iba a visitar a su padre y sus abuelos. Comenta que en principio todo parecía estar en orden, pero cada vez que se juntaba su familia solían hablar de temas que no le gustaban, como la muerte, el coronavirus, vacunas y demás. Afirmó que, frente a estas discusiones familiares, se ponía nerviosa y se quería ir. Al mismo tiempo, *“mi papá se cree que es como el ser que todo lo puede, sabe todo, es un genio, y tiene una personalidad bastante irritable... se puso a hablar de un periodista que falleció por COVID y lo habían vacunado, y fue imposible hacerles entender que no lo mató la vacuna, y mi papá empezó a decir que lo que lo mató fue el miedo, y que el miedo es simplemente psicológico”*. Frente a esto, la paciente respondió que si el hombre tenía miedo no había nada que hacer, ya que es difícil hacerle frente a ese sentimiento. Y, en ese momento, M. decidió darle el ejemplo de los ataques de pánico que sintió durante el año pasado, diciendo que realmente tenía miedo de morir en ese momento, y que, aunque alguien le dijese que no tuviese miedo no le servía. Esta fue una primera aproximación de la paciente a poder poner en palabras su malestar con su círculo familiar.

Luego de este comentario, M. y la terapeuta comenzaron a hablar de qué era lo que le daba miedo cuando tenía estos episodios, y la paciente comentó que *“lo que me daba miedo es que toda la familia de mi papá se infartó, inclusive mi papá, su hermano, mi abuelo, la hermana de mi abuelo que murió joven de un infarto...o así lo creía, porque todo esto me llevó a enterarme que mi mayor miedo, morir joven como la hermana de mi abuelo de un infarto, en realidad tuvo un accidente cerebrovascular. Toda mi vida pensé que se había muerto de un infarto por un tema en la sangre que tiene mi papá. Y también me enteré que aparentemente no se hereda, pero toda mi vida se generalizó así”*. Este tipo de pensamiento se configura como esencialmente ansioso, puesto que, si bien la ansiedad es un fenómeno humano que permite al hombre anticiparse, se sabe que esta se puede complejizar a partir de los múltiples significados que pueden darse a las experiencias vividas y anticipadas en relación consigo mismo, pero también con los demás y con el mundo en el que se vive (Bulacio, 2011). De esta forma, M. había configurado una realidad para sí misma en la que vivía con la certeza de que podía sufrir el mismo destino que sus familiares, lo cual alimentaba sus preocupaciones.

La paciente trae a sesión que esa reunión familiar le cambió mucho la visión de su historia familiar y sus propios miedos, porque sintió que descubrió algo de su vida que lo daba por sentado y, en realidad, era distinto a lo que pensaba. *“Me calmó mucho los miedos y nervios que tenía cuando me agarraban episodios altos de ansiedad...creía que me podía morir, pero*

ahora sé que en realidad no fue eso lo que pasó en mi familia". En este punto, el equipo vio necesario reafirmar la idea de que abrirse a conversaciones de este estilo son -a fin de cuentas- importantes, porque nuevas cuestiones, que suelen darse por asumidas, pueden surgir.

Fue gracias a todo esto que la paciente dijo que le gustaría al menos tener una sesión con toda su familia. Esta última decisión fue crucial considerando que actuó como bisagra para plantear una nueva forma de relacionarse en la etapa vital que atravesaba M. -el pasaje a la adultez-. Esta etapa es un periodo donde los jóvenes se encuentran simultáneamente atados a sus lazos familiares y a sus pares, y queda reservado al terapeuta el trabajo de reconocer las dificultades involucradas en el hecho de no haber podido desenredarse y ubicarse adecuadamente en sus familias, y a menudo esto es imposible a menos que el terapeuta se reúna con toda la familia (Haley, 1973).

Aquí cabe destacar que, si bien la institución trabaja con el modelo estratégico focalizado breve en todos sus casos, se valen de otro tipo de intervenciones propias de otras ramas como cognitivas, conductuales y pertenecientes a otros modelos sistémicos cuando el caso lo requiere. Para este caso, en una sesión se trabajó con la familia ciertas cuestiones estructurales ya que, como mencionó la directora del centro, se requería generar una cercanía entre los vínculos familiares que, si bien no eran necesariamente rígidos, eran distantes y se encontraban dificultades para que se volviesen presente cuando un miembro del sistema, en este caso M., lo requería (Minuchin, 1977).

A la siguiente sesión, se presentaron la madre, el padre y la hermana de la paciente. Durante la sesión, la terapeuta pidió a M. que explicase cómo se estructuraba su familia actualmente, cómo había cambiado y que dijese cómo se sentía viviendo completamente sola. La paciente comenzó a hablar, pero se quebró en llanto y se acomodó en su asiento dándole la espalda al resto de su familia. *"No sé cómo hablar de esto, es raro que me vean llorar así. Me siento cansada y sola, pero lo que más me cuesta es tener que guardarlo como un secreto y sentir que ni mi familia me conoce. Estoy triste, y no soy de piedra como ustedes creen"*. Aquí M. puso en evidencia frente a todos los miembros de la familia la lógica imperante en la estructura familiar: el funcionamiento autónomo exacerbado, el desproporcionado sentido de independencia y la carencia de apoyo entre los miembros, así como las dificultades que se manifiestan en los sistemas desligados al momento de pedir ayuda (Minuchin, 1977).

Se le solicitó a la familia que dialogasen entre sí acerca de lo que M. había expuesto, y si tenían algo que decirle se lo dijeran. Este recurso, la escenificación o puesta en acto, es una herramienta fundamental para el terapeuta puesto que permitió poner de manifiesto la

estructura familiar y, al mismo tiempo, le permitió ver al terapeuta las reglas que presidian las interacciones entre los miembros del sistema (Wainstein, 2006).

Esta interacción dio cuenta sobre el desconocimiento de la familia acerca de las dolencias de M. y todos los miembros se mostraron visiblemente acongojados y sorprendidos. A continuación, se transcriben algunas líneas de la escena:

Madre: hija, siempre que te voy a ver a casa estas en tu cuarto estudiando, es verdad que no hablamos tanto de estas cosas, pero no sentí que hubiese algo para hablar, no me lo imaginé...no sé, estoy fría, ¿vos hablaste algo con ella? (mirando al padre)

Padre: no, cómo iba a saberlo, viene cada tanto a casa y siempre esta normal...yo pensé que la mudanza la dejaba viviendo más tranquila, porque sé que te gusta tener tu espacio M.

M.: me gusta, pero siento que no saben nada de mí, nada más...cuando vivía con vos ni te enteraste de los ataques de pánico hasta que lo hablé en la reunión pasada. Nadie me pregunta nada. No sé.

Hermana: bueno, M., a vos tampoco se te puede hablar tan fácil, siempre que alguien se te acerca parece que lo vas a morder, estas todo el tiempo al ataque y contestas mal.

M: ya lo sé, yo también quiero trabajar eso, y perdón, está mal y lo reconozco. Solamente me gustaría que estén más presentes, que podamos compartir un poco más. Vos y K. (mamá) se fueron de pronto de casa, hay demasiado silencio y ahora me doy cuenta. Solo quiero que esté alguien ahí, sin que me moleste, pero ahí. Es egoísta, ya lo sé.

En esta interacción familiar se le permitió ver a la terapeuta una escena de cómo se producen los intercambios entre los miembros y se evidenció el desconocimiento por parte de ellos del malestar de la paciente, al mismo tiempo que se le reprochan actitudes propias, que tampoco habían sido nunca comunicadas y trabajadas debidamente.

Se pidió que los miembros cambiasen de asiento, pues se encontraba M. en una esquina, y la colocasen en el medio, utilizando así como recurso el manejo de la distancia que mantienen los miembros de la familia entre sí en el espacio (Wainstein, 2006). La terapeuta decidió explicitar este mecanismo de interacciones circulares que hacen que M. con sus actitudes quede catalogada como fría y malhumorada, los aleje, no pueda compartirles lo que siente ni tampoco acercarse nuevamente, se sienta sola, vuelva a atacarlos y aquellas etiquetas otra vez se refuercen.

Se intentó manejar la intensidad, también, a través de la repetición del mensaje, que permite ayudar a superar la sordera selectiva de la familia para que oigan el mensaje que se quiere transmitir (Fishman & Minuchin, 1985). Esto es relevante porque un mensaje tiene que ser reconocido por los miembros de la familia, es decir, deben recibirlo de un modo que los

aliente a experimentar cosas según modalidades nuevas. Se repitió en varias ocasiones que lo que podía causar estos exabruptos por parte de la paciente estaba relacionado con la ansiedad y el estrés que le causaba su carrera y sus dificultades para equilibrar sus estudios y su vida social, sumado a los nuevos cambios que trae el vivir solo de repente, y que M. en realidad tenía mucho para compartir y expresar, y quería hacerlo con ellos. También se reiteró la importancia de que la familia se encuentre presente para poder hacer frente y tolerar los momentos de cambio, y se invitó a pensar en conjunto qué se podía hacer para que comenzasen a compartir más situaciones juntos, sin interrumpir al mismo tiempo los momentos de estudio de M. Se pactó que sería M. la encargada de proponer reuniones familiares, para almorzar o cenar juntos alguna vez a la semana, cuando ella sintiese que no tenía tanta carga con la facultad. De esta forma, ella no se irritaría por la presencia de su familia en los momentos que no eran adecuados para la paciente, y se podría disfrutar de los encuentros familiares.

5.3 Análisis de los cambios producidos en el estrés, ansiedad y en las relaciones familiares de la consultante

Por último, queda el análisis de los cambios producidos en la situación de M. a raíz de las intervenciones realizadas por la terapeuta y el equipo, considerando al concepto de cambio dentro de la terapia y viéndolo como un juego que se da en base a movimientos de persistencia y movimientos de cambio (Watzlawick et al., 1974).

Como se puede observar en lo desarrollado anteriormente, en el transcurso del proceso terapéutico la paciente fue ir adquiriendo nuevas herramientas para organizarse y manejar su ansiedad, estrés y los ocasionales episodios de soledad, logrando al mismo tiempo una importante mejoría en su ánimo a nivel general y creando mayores sistemas de apoyo a nivel relacional, tanto con sus pares como con su familia. Es decir, se realizó un pasaje de acciones e interacciones fallidas que perpetuaban un cambio 1 -que tiene lugar dentro de un determinado sistema que en sí permanece inmodificado- a un cambio 2, cuya aparición logró cambiar el sistema mismo (Watzlawick, et al., 1974).

En primer lugar, las intervenciones realizadas lograron introducir un cambio en relación a cómo se sostenía el circuito autoperpetuante que mantenía la ansiedad en la paciente. Así, M. pudo organizar su agenda semanal y seguir un cronograma de periodos de estudio seguido de periodos de descanso, los cuales le permitieron distraerse menos y clasificar adecuadamente el material para estudiar cada día y llegar a rendir más confiada y segura. La paciente se encontraba atrapada en un juego sin fin debido a la falta de verificación de un cambio sistémico -un cambio 2- en el circuito conducta-problema (Watzlawick et al., 1974). Así, el ordenar sus pautas de estudio, en primera instancia, le facilitó seguir una rutina más ordenada

en la que fue capaz de darle su lugar a otras cosas. De esta forma, M. pudo ordenar también su sueño y sus hábitos alimenticios, y comer adecuadamente y vomitar menos a causa de los nervios, que disminuyeron, le permitió subir de peso, con el consecuente aumento de autoestima en su imagen. Este fue un punto importante que demostró aquello que plantea de modo central el modelo: para resolver un problema simplemente es necesario romper el patrón irónico que mantiene el problema promoviendo menos de lo mismo, lo cual genera a su vez el desarrollo de ciclos nuevos que conducen a cambios positivos (Rohrbaugh, 2001).

Se logró también que la paciente aprendiese a liberarse de las cargas que le generaba el actuar en base a lo que los demás esperaban de ella, pudiendo tomar decisiones que priorizasen su bienestar y comodidad, y además aprendiendo a expresar y poner en palabras lo que necesitaba a los otros. Esto quedó ejemplificado también en el cambio de categoría que solicitó para poder entrenar menos días hockey, y fue una piedra angular en el desarrollo de su capacidad para expresar posteriormente lo que le sucedía a su familia, que era con quienes más le costaba comunicarse. M. pudo realizar una acción que en otro momento le hubiese parecido imposible o impensada, como ocurre siempre con la introducción de un cambio 2, que suele aparecer como impredecible, abrupto, ilógico, etc., tan sólo en términos de cambio 1, es decir, desde dentro del sistema (Watzlawick et al., 1974).

Por otra parte, en todas las ocasiones posibles se le sugirió a la paciente que agregase un componente social para equilibrar su malestar, sea cuando se sentía ansiosa por el estudio o cuando se sentía sola en su casa, se le recomendó poder hacer partícipe de esos momentos a un par, ya sean amigos o compañeros de facultad. Y en este punto cabe destacar que la terapia jugó un rol fundamental, puesto que ningún sistema puede generar desde su propio interior las condiciones para su propio cambio, es decir, no puede producir las normas para el cambio a partir de sus propias normas (Watzlawick et al., 1974). Esto abrió la puerta a dos cuestiones: en primer lugar, la paciente pudo disminuir su malestar porque la presencia de un otro controlaba la sensación de soledad o le permitía mantener la ansiedad en un nivel tolerable, y por otra parte, reforzó los vínculos con sus pares, que era un objetivo importante para que M. tuviese una red de apoyo con quien compartir lo que le sucedía, algo que no estaba acostumbrada a hacer en base a la forma en que se estructuraba y el modo en que se daban los intercambios en su familia.

Este punto fue fundamental porque la paciente se encontraba en un periodo de su vida en el que era necesario que se dé un correcto desprendimiento del núcleo familiar y se amplie la red social a otros en la misma instancia vital: jóvenes adultos. Las intervenciones que apuntaron a fortalecer su red social cumplieron un rol importante en tanto esta etapa vital en

particular implica una construcción identitaria que se basa, al mismo tiempo, en un reconocimiento de sí mismo en un colectivo mayor que comparte una situación de vida común (Dávila León, 2004). Es un requerimiento, para tener un pasaje exitoso, que los jóvenes se asocien con gente de su edad y se separen adecuadamente de su familia (Haley, 1973).

En este último punto, la correcta separación de la familia, es donde el proceso terapéutico intentó hacer foco hacia finales del tratamiento considerando la estructura familiar en la que M. había crecido. No fue sino hasta que el malestar de la paciente superó ciertos límites, que el sistema familiar pudo movilizarse para responder adecuadamente, y tal característica es propia de las familias cuyas relaciones se encuentran lejanas, es decir, constituyen un sistema desligado (Desatnik, 2004). Por lo tanto, se evidenció la necesidad de fortalecer los vínculos familiares y para tal fin se priorizó el trabajo sobre la correcta comunicación de las necesidades y sentimientos de la paciente: M. fue capaz de verbalizar lo que le sucedía y actuar en consecuencia expresándose a su familia. Para esto se trabajó en la educación y comprensión de los miembros de la familia acerca de los circuitos que se fueron generando a lo largo del tiempo en el interior del sistema, y cómo era necesario que algo cambiase para aliviar el sufrimiento. De esta forma, una vez verbalizadas claramente las necesidades y lo que era prioritario trabajar, la familia pudo comprometerse para disminuir la angustia de uno de sus miembros. Esto requirió previamente un trabajo de fortalecimiento de M., tanto en su autoestima como en su capacidad para expresarse. En esta línea, se puede afirmar que, como plantea el modelo, al motivar a alguien a realizar algo que antes no tenía sentido o razón de hacer en la realidad que vive, al realizarlo se experimentará algo que nunca explicación o interpretación alguna habría podido inducirlo a ver o experimentar (Nardone & Watzlawick, 2007).

6. Conclusiones

El objetivo principal del presente trabajo consistió en abordar las intervenciones aplicadas desde el modelo sistémico estratégico focalizado breve en un caso de estrés y ansiedad en una adulta joven, con todo lo que esta instancia vital implica, y en el marco de una familia desligada. Los apartados expuestos han cumplido la función de adentrar al lector en la problemática de la paciente, conocer los mecanismos que operan en el mantenimiento de su malestar y arrojar luz sobre cómo juegan las diferentes variables dentro de un sistema familiar que presenta una distancia relacional entre sus miembros, junto con la posterior recopilación de los cambios observados, cumpliéndose así los objetivos inicialmente propuestos para este trabajo.

La información recabada de las sesiones en cámara gesell, las grabaciones a las que se tuvo acceso y las entrevistas realizadas tanto a la terapeuta de la paciente, como a la directora de la institución y la coordinadora de pasantes sirvieron de sustento para el posterior desarrollo de las cuestiones clínicas inherentes al proceso terapéutico expuesto.

Para el análisis del caso se utilizó como paradigma orientador el modelo de terapia de Palo Alto, es decir, un método que basa la lógica de su construcción operativa en los objetivos que debe alcanzar. Este es un modelo que se basa en el diseño de tácticas, técnicas y maniobras para alcanzar la solución de los problemas planteados (Nardone, 2012), y para esto requiere primeramente preguntarse cómo es que persiste el problema y qué es preciso hacer para generar un cambio (Watzlawick et al., 1974).

A partir de esto, se logró un correcto desarrollo del primer objetivo, que incluía la descripción de la queja inicial y las características del circuito irónico que mantenían la ansiedad en la paciente, relacionándolo al contexto familiar desligado. En tal apartado se realizó una descripción del caso, de la sintomatología de la paciente y de la queja con la cual acudió al consultorio. Relacionándolo con la teoría previamente expuesta, se explicó cuáles eran las conductas que mantenían el circuito ansioso en la paciente, no pudiendo salir del mismo a causa de las soluciones previamente intentadas. Al mismo tiempo, se describió la dinámica familiar que entrampaba a la paciente en un ciclo de encuentros y desencuentros con su propia familia, debido a la dinámica operante en el sistema y los modos de relacionarse entre ellos. Se postularon también los objetivos terapéuticos propuestos por el equipo, y los pasos a seguir para alcanzarlos.

En relación a este último punto, el circuito autoperpetuante, -vinculado al primer objetivo específico del trabajo- se logró describir las intervenciones realizadas por la terapeuta junto con el equipo de la institución, y se explicó, en base a la información obtenida en las entrevistas, las motivaciones existentes detrás de la mayoría de las intervenciones elegidas, tanto en relación a la ansiedad de la paciente como con sus vínculos familiares.

En cuanto a la estrategia de tratamiento propuesta por el equipo y la terapeuta de la paciente -vinculado al segundo objetivo específico- se pudo ejemplificar correctamente cómo se fueron implementando los pasos necesarios para lograr cumplir con los objetivos terapéuticos planteados y se presentaron fragmentos textuales de las grabaciones de las sesiones y entrevistas realizadas a modo ilustrativo.

Por último, en relación al tercer objetivo específico, se realizó una comparación entre la sintomatología inicialmente presentada por la paciente y el cambio de estos síntomas a lo largo del tiempo que duró el tratamiento, así como los sutiles cambios propuestos en relación

a la dinámica familiar. Se expuso de manera clara la forma en que los cambios se fueron dando en la paciente, en primera instancia, y en la familia finalmente, fortaleciendo los vínculos y el sistema de apoyo relacional con el que contaba M.

A partir de todo esto, y con los objetivos expuestos en mente, se planteó también la relación entre el modelo sistémico y la posibilidad del surgimiento y mantenimiento de síntomas sin la ayuda de un otro (Fisch et al., 1982), lo cual no significa que los sistemas circundantes no ayuden a mantener estos problemas, sino que estos problemas no necesitan de tal ayuda para ocurrir y persistir. Se estableció, al mismo tiempo, la relevancia del contexto y situación de confinamiento durante la cuarentena del año 2020, ya que fue un factor a considerar en relación al momento de agravamiento de los síntomas de la paciente, y se pudo hacer foco en las necesidades de fortalecimiento de los vínculos entre pares tomando en cuenta el periodo vital que atraviesa la paciente.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, se menciona el no haber contado con el material necesario para acceder a las entrevistas de seguimiento, no pudiéndose conocer más acerca del estado actual de la paciente y saber si los cambios ocurridos durante el proceso terapéutico lograron ser mantenidos en el tiempo o si han sufrido algún cambio, tanto en la ansiedad y estrés de la paciente como con el sistema familiar. Se considera también que, por otra parte, hubiese sido deseable conocer más acerca de cómo la misma paciente y la familia percibió sus cambios en el tiempo. Al mismo tiempo, una limitación teórica fue la breve recolección de información acerca de las consecuencias que el confinamiento obligatorio y la pandemia del año 2020 pudo haber dejado a largo plazo en la población joven adulta y familias argentinas, así como también la recolección de material en relación a la eficacia que presentan los dispositivos virtuales -particularmente desde el modelo sistémico- a la hora de implementar intervenciones y estrategias que frecuentemente eran planteadas en contextos presenciales, puesto que es un área que aún se encuentra en estudio y desarrollo.

En relación a esto, cabe destacarse también que, a diferencia de los espacios de Cámara Gesell sostenidos en la presencialidad, donde podía preservarse la anonimidad de quiénes o cuántos eran los observadores, en el caso de los dispositivos virtuales, como videollamadas, el paciente puede visualizar la cantidad de participantes que están escuchando la conversación, lo cual se considera que podría funcionar como un inhibidor o generar sentimientos de falta de confidencialidad entre el paciente y el terapeuta, teniendo en cuenta que en la institución se encontraban presentes un alto número de pasantes. Sería interesante, como futura línea de investigación, poder ahondar más acerca de las ventajas y desventajas percibidas por los

pacientes de la institución, así como por los terapeutas, en relación a cada modalidad en la que se lleva a cabo los tratamientos terapéuticos.

En base a la única sesión realizada con la familia, se considera que podría haber sido deseable realizar algunos encuentros más bajo esta modalidad para poder afianzar la circularidad comunicativa entre los miembros de la familia, cuestión que, debido a la naturaleza relacional de la misma y los patrones comunicativos ya instaurados, puede ser algo muy difícil de sostener en el tiempo con una sola sesión.

Tomando en cuenta lo relevado al trabajar con este caso y a la observación del equipo en el trabajo con casos en los que la ansiedad patológica es una manifestación sintomatológica central, es decir, una ansiedad que se ha generalizado o se transforma en una respuesta rígida (Bulacio, 2011) y que genera conductas inapropiadas (Cía, 2007), se propone la posibilidad de integrar diversas técnicas de relajación, meditación o mindfulness en las sesiones, así como también encuentros psicoeducativos sobre estas herramientas que podrían ayudar a los pacientes a automonitorearse fuera de las sesiones y aplicarlas en circunstancias de elevada ansiedad, o en aquellos momentos en los que se encuentran accionando de una manera que refuerza el mantenimiento del circuito ansioso. De esta forma, se podría llegar al control de los sistemas de respuesta que se activan frente a la ansiedad -cognitivo, fisiológico y motor-, disminuyendo tanto los pensamientos de miedo y pensamientos intrusivos, como las diversas manifestaciones físicas como lo son las palpitations, hipertensión, temblores, malestar gástrico, entre otros (American Psychiatric Association, 2013).

Por último, se destaca que el trabajo, la práctica y la posibilidad de presenciar sesiones en vivo en cámara gesell, más allá de las limitaciones provocadas por la pandemia, han sido una importante oportunidad para la integración de conocimientos teóricos como prácticos, abriendo la puerta a nuevas posibilidades y despertando mi interés por el abordaje clínico desde el área sistémica. De la participación en la institución, que también es formadora de nuevos profesionales recién graduados, me llevo la vital importancia que tiene la preparación y formación profesional antes y durante el momento de tomar contacto con los pacientes, debido a la inmensa diversidad de casos y situaciones vitales diferentes vistos durante los espacios de Cámara Gesell.

7. Referencias

- Allerbeck, K. & Leopold R. (1979): *Introducción a la sociología de la juventud*. Buenos Aires: Editorial Kapelusz.
- Alomo, M., Gagliardi, G., Pelocche, S., Somers, E., Alzina, P., & Prokopez, C. (2020). Efectos psicológicos de la pandemia COVID-19 en la población general de Argentina. *Revista De La Facultad De Ciencias Médicas De Córdoba*, 77(3), 176-181. doi: <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n3.28561>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association (2021). What Are Anxiety Disorders? Recuperado de <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>
- Bulacio, J. M. (2011). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica. Un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Akadia.
- Brito Lemus, R. (1998). Hacia una sociología de la juventud. Algunos elementos para la deconstrucción de un nuevo paradigma de la juventud. *Última Década*, (9), 0. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19500909>
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. *SSRN Electronic Journal*, 395(10227), 912-920. doi: 10.2139/ssrn.3532534
- Carr, A. (2018). Couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems: the current evidence base. *Journal Of Family Therapy*, 41(4), 492-536. doi: 10.1111/1467-6427.12225
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo MRI*. Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.
- Ceberio, M., Jones, G. M., & Benedicto, M. G. (2021). La ansiedad en la población argentina en el contexto de pandemia por el COVID-19. *Revista De Psicología*, 081. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe081>
- Cheal, D. (1991). *Family and the state of theory*. Toronto: University of Toronto Press.
- Cia, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos: manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.

- Dávila León, Oscar. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Ultima década*, 12(21), 83-104.
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En L. E. Romo (Ed.), *Terapia familiar: su uso hoy en día* (pp. 49 - 79). México: Pax Mexico.
- Espinar Fellmann, I. (2009). Las rupturas familiares en la salud mental de los y las adolescentes. *Revista De Estudios De Juventud*, (84), 27-45.
- Fisch, R., Weakland, J., & Segal, L. (1982). *The tactics of change*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Fishman, H., & Minuchin, S. (1985). *Técnicas de terapia familiar*. España: Iberica Europea de Ediciones
- Haley, J. (1973). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu
- Kopec, D., & Rabinovich, J. (2007). *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*. Buenos Aires: Dunken.
- Labrador, F. J. & Crespo, M. (1993). *Estrés, trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.
- Lazarus, A., & Folkman, S. (1985). *Estress y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lorås, L., Bertrando, P., & Ness, O. (2017). Researching Systemic Therapy History: In Search of a Definition. *Journal Of Family Psychotherapy*, 28(2), 134-149.
- McElroy, E., Patalay, P., Moltrecht, B., Shevlin, M., Shum, A., Creswell, C., & Waite, P. (2020). Demographic and health factors associated with pandemic anxiety in the context of COVID-19. *British Journal Of Health Psychology*, 25(4), 934-944. doi: 10.1111/bjhp.12470
- Minuchin, S. (1977). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Moratto, N.S., Zapata, J.J., & Messenger T. (2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *Revista CES Psicología*, 8(2), 103-121.
- Nardone, G. (2012). *Miedo, pánico, fobias: la terapia breve*. Barcelona: Herder Editorial.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (2007). *El Arte del cambio: Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.
- Navas, J. (1989). Ansiedad en la toma de exámenes: Algunas explicaciones cognoscitivas y comportamiento. *Revista de aprendizaje y comportamiento*, 7, 21-41.
- Rafael, T., Fernández, J., Benítez, N., & Abelleira, C. (2010). *Evaluación en rehabilitación psicosocial*. Valladolid: Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial.

- Rakowska, J. (2011). Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. *Psychotherapy Research*, 21(4), 462-471. doi: 10.1080/10503307.2011.581707
- Rohrbaugh, M. (2001). Brief Therapy Based on Interrupting Ironic Processes: The Palo Alto Model. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 8(1), 66-81. doi: 10.1093/clipsy/8.1.66
- Rohrbaugh, M., & Shean, G. (1988). Anxiety Disorders. *Journal Of Psychotherapy & The Family*, 3(3), 65-85. doi: 10.1300/j287v03n03_06
- Sale, S. (2016). Familia y Ciclo Vital Familiar. En M. Wainstein, *Escritos de Psicología Social* (pp. 101-126). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Schaefer A, H., & Rubí G, P. (2015). *Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social*. *Revista Chilena De Neuro-Psiquiatría*, 53(1), 35-43. doi: 10.4067/s0717-92272015000100005
- Wainstein, M. (1997). *Comunicación: un paradigma de la mente*. Buenos Aires: Eudeba.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change*. New York.: W.W. Norton & Co.