

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Proceso Terapéutico en un caso de Ansiedad desde la Terapia Sistémica Estratégica

Alumno:

Esteban Siracusa

Tutor:

Ricardo Zaidenberg

14/12/2021

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos	3
2.1. Objetivo General	3
2.2. Objetivos Específicos	3
3. Marco Teórico	4
3.1.1 Ansiedad. Ansiedad Normal y Patológica	4
3.1.2 Trastorno de Ansiedad Generalizada. Criterios Diagnósticos y Tasa de Prevalencia.	7
3.2.1 Principios del Modelo Sistémico de Psicoterapias	9
3.2.2 Modelo Sistémico de Estratégico Breve	12
3.3.3 Intervenciones desde el Modelo Sistémico Estratégico Breve	16
3.4 Alianza Terapéutica	20
4. Metodología	23
4.1 Tipo de Estudio	23
4.2 Participantes	23
4.3 Instrumentos	24
4.4 Procedimiento	24
5. Desarrollo	24
5.1 Presentación del caso	24
5.2 Describir la queja inicial y la co-construcción del problema de un paciente que se encuentra atravesando ansiedad al inicio del tratamiento.	25
5.3 Describir las intervenciones sistémicas estratégicas realizadas durante el tratamiento del paciente.	29
5.4 Analizar la evolución de la problemática del paciente al finalizar el tratamiento de tipo sistémico estratégico breve.	32
Conclusiones	35
Referencias Bibliográficas	37

1. Introducción

El presente trabajo se realizó como parte de la Práctica Profesional efectuada en una institución que se dedica a la atención en salud mental ofreciendo tratamiento psicológico, psiquiátrico y psicopedagógico desde un enfoque sistémico estratégico breve. Esta institución, localizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuenta con equipos terapéuticos especializados, equipos de supervisión y cursos de formación a profesionales de la salud mental.

La pasantía consistió en la observación y participación en más de 100 horas de sesiones de terapia bajo la modalidad de Cámara Gesell en directo mediante la plataforma Zoom. Además, se brindó un espacio semanal de clases teóricas abordando las bases fundamentales del modelo sistémico estratégico breve.

Se busca a través del presente trabajo el análisis del abordaje psicológico en el tratamiento de tipo sistémico estratégico breve en un hombre que atraviesa problemáticas relacionadas a la ansiedad.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

- Analizar el tratamiento psicoterapéutico con orientación sistémica estratégica breve de un hombre de 39 años que se encuentra atravesando problemáticas relacionadas a la ansiedad.

2.2. Objetivos Específicos

- Describir la queja inicial y la co-construcción del problema de un paciente que se encuentra atravesando ansiedad al inicio del tratamiento.
- Describir las intervenciones sistémicas estratégicas realizadas durante el tratamiento del paciente.

- Analizar la evolución de la problemática del paciente al finalizar el tratamiento de tipo sistémico estratégico breve.

3. Marco Teórico

3.1.1 Ansiedad. Ansiedad Normal y Patológica

Según el Diccionario de la Real Academia Española (23 Edición), el término ansiedad proviene del latín *anxiētas*, y refiere a un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988)

En primer lugar, la ansiedad debe distinguirse del miedo, ya que este consiste en una respuesta de alarma automática neurofisiológica que se dispara ante una amenaza o peligro y pretende resguardar la seguridad del individuo. Mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad, en cambio, se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986).

Clark y Beck (2010) plantean a la ansiedad como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo.

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual (Agencia Laín Entralgo, 2008).

La ansiedad es universal, dado que se encuentra presente en todos los seres humanos durante toda la vida. A su vez, es la más común de las emociones básicas. El sujeto al percibir un peligro o una amenaza produce de manera automática e inmediata una respuesta de ansiedad, cuyo fin es la protección de sí mismo. Sin embargo, si el estímulo es muy intenso puede suceder que la respuesta del individuo sea paralizarse o quedarse inmóvil (Cía, 2000).

Fernández López y Jiménez Hernández (2012) se refieren a la ansiedad normal como adaptativa a las circunstancias de la vida. Ésta es una emoción humana básica, que ayuda a las personas a prepararse, practicar y ensayar de forma que mejore su actividad ayudándoles a adoptar las oportunas medidas de prudencia frente a situaciones potencialmente peligrosas. En cambio, la ansiedad patológica es un temor vago difuso, inmotivado externamente, centrado en *la expectación ansiosa* en que se está a la espera de la ocurrencia futura de algo negativo y no definido, con apremio físico y psicológico, generando un malestar global del individuo. La ansiedad maladaptativa genera malestar y alteraciones funcionales.

Clark y Beck (2010) sugieren cinco criterios que pueden ser usados para distinguir los estados anormales de miedo y ansiedad. No es necesario que todos los criterios estén presentes en un caso particular, pero se podría esperar que muchas de estas características se hallen presentes en los estados de ansiedad clínica:

1. Cognición disfuncional: el miedo y la ansiedad anormales se derivan de una asunción falsa que implica la valoración errónea de peligro en una situación que no se confirma mediante la observación directa. La activación de las creencias disfuncionales (esquemas) sobre la amenaza y de los errores en el procesamiento cognitivo asociados provoca un miedo notable y excesivo que es incoherente con la realidad objetiva de la situación.

2. Deterioro del funcionamiento: interfiere directamente con el manejo efectivo y adaptativo ante la amenaza percibida, y de forma más general en la vida social cotidiana y en el funcionamiento laboral de la persona.

3. Persistencia: la persona con ansiedad clínica puede sentir una sensación aumentada de aprensión subjetiva con sólo pensar en una amenaza potencial inminente, independientemente de que llegue o no a materializarse. Tal es así que, con frecuencia,

los individuos propensos a la ansiedad experimentan mucha ansiedad a diario y durante muchos años.

4. Falsas alarmas: Una crisis de angustia espontánea y sin estímulo que la provoque constituye uno de los mejores ejemplos de una “falsa alarma”. La presencia de crisis de angustia intensa, en ausencia de señales de amenaza o de la más mínima provocación de amenaza, sugiere la presencia de un estado clínico

5. Hipersensibilidad a los estímulos: en los estados clínicos el miedo es provocado por una amplia gama de estímulos o situaciones en las que la intensidad de la amenaza es relativamente leve y que podrían percibirse como inocuas por los individuos no amedrentados (Beck & Greenberg, 1988, como se cita en Clark & Beck, 2010)

La ansiedad patológica según lo planteado por Bulacio (2011) produce síntomas físicos tales como taquicardia, palpitaciones, tensión y rigidez muscular y opresión en el pecho entre otras. Los síntomas cognitivos suelen ser inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, inseguridad, así como dificultades en la atención, concentración y memoria. Por otro lado, los síntomas motores o conductuales se caracterizan por un estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar en reposo o incluso torpeza o dificultad para actuar.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM 5, (American Psychiatric Association, 2014) presenta una clasificación de los trastornos de ansiedad que incluye: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica (especificado según el objeto o la situación), trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y trastorno de ansiedad no especificado.

3.1.2 Trastorno de Ansiedad Generalizada. Criterios Diagnósticos y Tasa de Prevalencia.

El DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014) señala que la característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es una ansiedad y una preocupación excesivas (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es

desproporcionada a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación, y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma interfiere con la atención a las tareas inmediatas. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada a menudo se preocupan todos los días acerca de circunstancias rutinarias de la vida, tales como posibles responsabilidades en el trabajo, la salud y las finanzas, la salud de los miembros de la familia, la desgracia de sus hijos o asuntos de menor importancia (p. ej., las tareas del hogar o llegar tarde a las citas). A su vez, la ansiedad y la preocupación se acompañan de, al menos, tres de los siguientes síntomas adicionales: inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño.

La persona que sufre de ansiedad generalizada vive en un estado de alarma constante, caracterizado por un aumento de los parámetros fisiológicos activados por la ansiedad —el latido cardíaco, el reflejo electrogalvánico y la respiración— pero sin llegar a la explosión del ataque de pánico, que es un momento tremendamente intenso y devastador de vuelco mental y fisiológico, caracterizado por una escalada de los parámetros de la ansiedad en la que el sujeto pierde la lucidez y el control. Si el que pide ayuda se encuentra en un estado de ansiedad elevada asociada al miedo, no se trata de un ataque de pánico sino de un trastorno de ansiedad generalizada, que es una cosa muy diferente y requiere un tratamiento terapéutico distinto (Nardone, 2016).

El DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014) establece los siguientes criterios diagnósticos en relación al Trastorno de Ansiedad Generalizada 300.02 (F41.1):

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), 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.

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Facilidad para fatigarse.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante). (pp. 190-191)

La prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada en Estados Unidos es del 0,9% entre los adolescentes y del 2,9% entre los adultos en la comunidad. La prevalencia anual del trastorno en otros países varía del 0,4 al 3,6%. El riesgo de por vida es del 9,0%. Las mujeres tienen el doble de probabilidades que los varones de experimentar un trastorno de ansiedad generalizada. La mayor prevalencia del diagnóstico se da en la edad media de la vida, con disminución en las edades más avanzadas. Las personas de ascendencia europea tienden a experimentar el trastorno de

ansiedad generalizada más frecuentemente que los individuos de ascendencia no europea (p. ej., de Asia, de África, nativos americanos y de las islas del Pacífico). Además, las personas de los países desarrollados tienen más probabilidades que las personas procedentes de países no desarrollados de manifestar que han experimentado síntomas que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada a lo largo de su vida. (American Psychiatric Association, 2014)

3.2.1 Principios del Modelo Sistémico de Psicoterapias

El pensamiento sistémico considera un sistema como un todo de elementos que interactúan y dan forma a sistemas complejos cuya suma es mayor que sus partes. Las interacciones de estos elementos afectan al logro de los objetivos del propio sistema (Erazo, 2015).

Las terapias sistémicas se basan en principios teóricos provenientes fundamentalmente de la teoría general de sistemas, la cibernética, los axiomas de la comunicación, el constructivismo y el construccionismo social. Aunque cada modelo de intervención destaca algunos de esos conceptos sobre otros y los lleva a la práctica desarrollando estilos particulares de intervención, se señalan a continuación algunos conceptos comunes a la mayoría de los modelos sistémicos, y que constituyen las destrezas conceptuales sistémicas básicas: una visión relacional o contextual de los individuos y de los problemas por los que consultan; una perspectiva circular e interaccional que cuestiona las formulaciones lineales de causa-efecto, y que explora la influencia recíproca entre los individuos, y entre éstos y los sistemas de los que forman parte; una visión desculpabilizante y despatologizante de los problemas por los que se consulta en psicoterapia, que considera que éstos no se originan ni residen dentro de los individuos, sino que se generan o mantienen (a) en los procesos de interacción que se dan entre los individuos y (b) en las creencias, narrativas o visiones del mundo que se originan y mantienen en la interacción entre los individuos, la familia y el contexto social más amplio (Association for Family Therapy and Systemic Practice, 2009, citado en Moreno Fernández, 2014).

El objetivo básico del terapeuta sistémico es ayudar a la persona o familia a construir una nueva *narrativa*, desarrollando nuevos patrones de sentimientos, acciones, interacciones y/o formas de percibir la realidad que hagan innecesario el problema o síntoma por el que consultan y que abran nuevas perspectivas y posibilidades de acción, en consonancia con sus sistemas de creencias, recursos, características personales, valores o prioridades (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2002).

De acuerdo con Wainstein (2006) pueden diferenciarse tres modelos de intervención dentro de la perspectiva sistémica:

- **Estratégico:** Se focaliza en adecuar medios y fines. Está dirigido al cumplimiento de objetivos convenidos durante la terapia orientados a la resolución de las problemáticas que presenta el cliente.
- **Estructural:** Se trabaja sobre el conjunto de reglas de relación que organizan la dinámica familiar o de grupo.
- **Constructivo:** Trabaja sobre la construcción de la realidad desde el relato del cliente.

Estas distintas perspectivas de terapia sistémica se enfocan fundamentalmente en dos dimensiones: las secuencias de interacción y las construcciones de la realidad que las acompañan. A veces el terapeuta interviene directamente sobre las interacciones (como en la terapia estratégica o terapia centrada en soluciones) o la estructura familiar que se ha generado como consecuencia de esas interacciones mantenidas a lo largo del tiempo (terapia estructural). Otras veces la intervención va dirigida a explorar y cuestionar la forma en que la persona o la familia han construido una determinada visión de la realidad (modelo intergeneracional, terapia breve del *Mental Research Institute* -MRI- o narrativa, p. ej.), considerando que el cambio provendrá de introducir nuevos elementos para cuestionar esa historia y sustituirla por otra que genere nuevas posibilidades. Al trabajar sobre esa particular forma de percibir la realidad, se puede enfocar en cómo ha sido construida por ese individuo o familia en el presente (terapia breve del MRI), a lo largo de la historia familiar en varias generaciones (modelo intergeneracional) o a través de las historias o narrativas dominantes presentes en un determinado entorno cultural y social (modelo narrativo). Hay una interrelación entre las secuencias de interacción y las

construcciones de la realidad, de forma que se refuerzan mutuamente. Interviniendo sobre una de las dimensiones, inevitablemente cambiará la otra. (Moreno Fernández, 2014).

El terapeuta sistémico se enfoca tanto en los problemas a resolver como en las soluciones o situaciones deseadas por el individuo o la familia. A veces el foco de la terapia está en explorar e intervenir sobre las conductas, interacciones (“círculos viciosos”) o construcciones de la realidad que mantienen un problema, como ocurre en la terapia estructural, estratégica o intergeneracional. En estos casos el terapeuta intenta cuestionar la rigidez de la homeostasis familiar. (Moreno Fernández, 2014).

La terapia sistémica se basa en que el comportamiento de un individuo es considerando las entidades personales no como objetos autónomos, dotados de un esquema evolutivo y comportamental “determinado” propio, sino como entidades que interactúan dentro de un sistema de relaciones o un contexto caracterizado por un continuo y mutuo intercambio de informaciones entre las entidades singulares que se influyen recíprocamente (Nardone & Watzlawick, 1999)

Paul Watzlawick (1974) propone que es fundamental plantear cuatro etapas a la hora de trabajar en la terapia según la perspectiva sistémica. En principio se debe contar con una clara definición del problema en términos concretos. En segundo lugar, no olvidar una investigación de las soluciones hasta ahora intentadas. Luego sería conveniente definir el cambio concreto a realizar y, por último, la formulación y puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio.

Todo sistema en terapia es el que tiene enlace dialogal alrededor de algún problema. Este sistema se empeñará en desarrollar un lenguaje y un significado específicos para sí mismo, para sus organizaciones y para su disolución alrededor del problema. En este sentido, el sistema terapéutico es un sistema que se distingue por el desarrollo de un significado co-creado, el problema, más que por una estructura social arbitraria tal como la familia (Anderson & Goolishian, 1992).

3.2.2 Modelo Sistémico de Estratégico Breve

El primer modelo de terapia breve estratégica fue formulado en la década de 1960 por un famoso grupo de científicos en el MRI de Palo Alto, integrado por Jackson, Bateson, Haley, Weakland, Satir, Watzlawick, Beavin, Ferreira y otros. Estos investigadores sintetizaron los resultados de su propia investigación sobre comunicación

y terapia familiar con las contribuciones técnicas sobre hipnoterapia de Erickson. El resultado fue un modelo sistemático de terapia breve que podía ser aplicado a una amplia variedad de trastornos (Nardone, 2007) utilizando la óptica y el lenguaje derivados de la cibernética y la teoría de la comunicación, contribuyeron de manera sustancial al desarrollo de terapias estratégicas y breves y una multitud de investigaciones clínicas novedosas (Sluzki, en Moreno Fernández, 2014).

Casablanca y Hirsch (2009) plantean que el modelo de Palo Alto comparte con los otros modelos sistémicos varias premisas:

1. La conducta de todo individuo es función de la conducta de otros individuos con los que mantiene relaciones. Por ende, si el comportamiento de alguno de ellos se altera, también cambiará el del primero (siempre dentro de los márgenes de su potencial personal).

2. Los individuos que mantienen relaciones más o menos estables pueden ser vistos como miembros de un sistema.

3. Los miembros de un sistema significan sus conductas.

4. Las conductas en un sistema se organizan en torno a dos ejes; interdependencia y jerarquía

5. Todo sistema puede ser visto desde la óptica del inter-juego de dos tendencias opuestas; a favor del cambio y a favor de la estabilidad.

Witzeaele (1994) sostiene que el sistema de terapia breve desarrollado por el modelo de Palo Alto se separó por completo de la concepción de la psicoterapia como un espacio de descubrimiento de sí mismo y con la noción de que las dificultades psicológicas se relacionaban con los grandes problemas existenciales. Para el modelo de Palo Alto, el psicoterapeuta debe concentrarse en el sufrimiento de la vida cotidiana y su tarea debe consistir en permitir a los pacientes hallar lo más rápidamente posible la forma de continuar su vida sin encontrarse constantemente con las mismas dificultades que lo detienen.

Este autor además consigna las dos cuestiones centrales para el modelo de Palo Alto dentro de la psicoterapia: cómo persiste la situación no deseada y qué es lo que hay que hacer para cambiarla. Con respecto al cambio de estructuras, se recurre a la teoría de los tipos lógicos, que posibilita la doble mirada que tiene en cuenta tanto a los elementos

como al conjunto del sistema. Por otro lado, la teoría de los grupos también ofrece un modelo explicativo y permite ilustrar el hecho de que en algunos casos las actitudes que suponen aportar un cambio benéfico, por el contrario, ponen en marcha mecanismos que restablecen el mismo equilibrio anterior. Estas dos teorías proporcionan dos modelos: uno en el que se posibilita comprender la relación de los elementos con la clase y el cambio que constituye el paso de un tipo lógico a otro, y otro modelo que permite entender el cambio que se produce en conjunto pero que al fin y al cabo permanece sin modificarse. Al cambio que conserva el sistema se lo llamó *cambio de tipo 1* y al cambio del sistema mismo se lo llamó *cambio de tipo 2* (Wittezaele, 1994).

Nardone (2007) refiere que el grupo de Palo Alto enfocó su atención en el círculo vicioso de la persistencia del problema. Este estudio llevó al grupo a comprender que había necesidad de intervenir e idear maniobras para detener y reorganizar las soluciones intentadas disfuncionales de las personas, las cuales mantenían y empeoraban el problema.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Casabianca y Hirsch (2009) señalan que el foco de análisis del modelo de Palo Alto está puesto en los procesos, es decir las secuencias repetitivas de conducta en las que el comportamiento-problema está inscrito para identificar los ciclos auto perpetuantes. Estos autores además consignan que dentro de este modelo el objeto de cambio, o aspecto del funcionamiento del sistema que se quiere modificar, es la secuencia de conductas que se refuerzan mutuamente en el intento de solucionar el problema. Se busca modificar un circuito específico, no porque haya un modo de determinar que es disfuncional en sí mismo, sino porque prueba en este caso específico que contribuye a mantener el problema.

Watzlawick y Nardone (1993) refieren que la terapia estratégica es normalmente breve, menor a 20 sesiones y se encuentra orientada a la extinción de la sintomatología y la resolución de la problemática, utilizando como medio para ello una reestructuración en la manera del sujeto de percibir la realidad. Casabianca y Hirsch (2009), en cambio, consignan que el modelo de Palo Alto trabaja por lo general con un máximo de 10 sesiones que se distribuyen una vez por semana o quincenalmente. Esto se basa en que se cree que se necesita el mínimo esfuerzo para lograr el máximo cambio, y que este

máximo cambio es el mínimo indispensable para poner en acción un círculo de nuevas interacciones que sean beneficiosas para los miembros del sistema.

Según Kopec y Rabinovich (2007) este modelo plantea una terapia pensada para remover obstáculos del camino y ayudar a la gente a seguir adelante sin la ayuda del terapeuta. El rol del psicólogo es visto como el de guía de montaña, experto en orientar al consultante a transitar su camino por la mejor ruta dentro de las disponibles, pero propiciando que él decida hacia dónde quiere ir y cuánto esfuerzo está dispuesto a invertir en el intento.

El modelo propone como necesario un planteo inicial para definir el objetivo en términos de que este sea alcanzable y evaluable a medida que avanza la terapia, y luego, se establecen los pasos que ayudarán a alcanzarlo. Éstos deben ser lo suficientemente pequeños como para concretarlos y lo suficientemente significativos como para que valga la pena el esfuerzo. Además, se evalúa constantemente el avance de estos pasos. Este proceso terapéutico consta de cuatro etapas fundamentales que deben ser cumplidas en el marco terapéutico: la admisión, las sesiones, el cierre y el seguimiento (Kopec & Rabinovich, 2007).

Casabianca y Hirsch (2009) plantean que los consultantes, no siempre traen situaciones claras, concretas u observables para ser tratadas y evaluadas en su evolución. Consideran que el proceso que construye un foco implica necesariamente desechar información, pero a la vez se hace necesario considerar que el problema sea relevante (en relación a los afectos desagradables que genera), pertinente (es decir, que encaje con las visiones/cogniciones de quien consulta), que respete la urgencia (el riesgo, el tiempo o los plazos) y de solución factible (que encaje con las acciones o conductas posibles, tanto de los consultantes como del terapeuta).

Desde el momento de presentación del problema o de *queja inicial* del o los consultantes, hasta su focalización y definición concreta, puede haber todo un proceso más o menos largo de co-construcción del motivo de consulta (o problema para la terapia). Un motivo de consulta así co-construido, es lo que luego le permitirá al terapeuta hacer un diagnóstico interaccional del mismo, vislumbrar alternativas terapéuticas factibles, y específicamente evaluar a lo largo del proceso terapéutico si sus

intervenciones tienen como consecuencia caminar en el sentido del cambio deseado por ambas partes (Moreno Fernández, 2014).

Moreno Fernández (2014) menciona situaciones más o menos difíciles para construir un motivo de consulta focal y concreto. Algunas de estas pueden ser cuando los consultantes presentan un estilo de percepción de las realidades vago o ambiguo, en donde se hace necesario ayudar al consultante a poner en conductas específicas y concretas su malestar, o cuando los consultantes traen muchos problemas diversos sin hacer foco en ninguno en particular, en los que será necesario ayudarlos a priorizar por la intensidad o el riesgo de los diversos problemas. El énfasis puesto en la co-construcción del motivo de consulta (o problema para la terapia) tiene que ver con que gran parte de los fracasos en terapia para resolver problemas se asienta en que éstos no están claramente definidos o no contemplan las posibilidades terapéuticas de consultantes y terapeutas, lo que deriva en acciones erráticas por parte de los terapeutas, e insatisfacción de parte de los primeros.

Las direcciones de acción implícitas o explícitas que plantean la visión acerca de la naturaleza de una situación o problema determinan el camino para su manejo. Las intervenciones del terapeuta terminan de estructurar una presentación que es una construcción por parte de este y no una mera mirada objetiva. De esta manera se construye el motivo de consulta, el cual implica un cierto proceso de reestructuración que prepara y facilita las redefiniciones posteriores, que llevan al paciente cada vez más lejos de su visión inicial. La redefinición consiste en una operación mediante la cual el terapeuta es quien ofrece un nuevo sentido a una situación que vive el consultante habitualmente. Cuando el paciente acepta esta reestructuración cambia su propio marco conceptual o emocional y lo sitúa dentro de otra estructura que aborda la misma situación de igual o mejor manera que la planteada anteriormente. Lo que realmente cambia es el sentido que se le da a la situación y no los hechos que corresponden a ésta en sí (Hirsch & Rosarios, 1987).

3.3.3 Intervenciones desde el Modelo Sistémico Estratégico Breve

Según Wainstein (2006) las intervenciones sistémicas de tipo estratégicas reciben este nombre porque se focalizan en adecuar medios y fines. Su intención está dirigida

hacia el cumplimiento de objetivos convenidos con el consultante. Estos objetivos tienen relación directa con la resolución de los problemas presentados por los consultantes.

El modelo requiere de un trabajo inicial para definir el objetivo en términos que lo hagan alcanzable y evaluable. Luego establecer pasos que podrían ayudar en ese camino, y que sean lo suficientemente pequeños como para concretarlos, y lo suficientemente significativos como para que tenga sentido el esfuerzo (Kopec & Rabinovich, 2007).

En la terapia estratégica no se utiliza un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente y lograr el cambio (Haley, 2012).

Los modelos estratégicos utilizan procedimientos directivos. Cualquier comunicación, directa o implícita – marcada por una inflexión de la voz, un ademán, un silencio oportuno, comentarios al margen deslizados durante la conversación – del consultor, constituye un mensaje para que la otra persona haga algo. El modelo comunicacional entiende que no se puede no intervenir, que no hay abstinencia posible. La tarea principal de un procedimiento estratégico consiste en influir sobre el cliente para que enfrente su problema de manera diferente (Wainstein, 2006).

A partir de la entrevista con el terapeuta, se pueden iniciar algunos cambios de tipo cognitivo en los pacientes, y de esta manera reunir información detallada sobre los patrones de mantenimiento de sus problemas. Es a partir de la evaluación de esta información, que se diseñan tareas dirigidas a provocar un cambio en la manera en que las personas manejan sus dificultades en su vida cotidiana (Casabianca & Hirsch, 2009).

Moreno Fernández (2014) plantea que cuando el terapeuta ya tiene construido el motivo de consulta para la terapia y el diagnóstico del circuito de mantenimiento, necesita accionar en el sentido de su modificación para actuar terapéuticamente. El cambio específico en el circuito disfuncional se convierte en el objetivo del terapeuta, mientras que el alivio del problema es el objetivo de la terapia.

Esta autora establece dos caminos generales para modificar el circuito de mantenimiento del problema: bloquearlo, y/u ofrecer conductas alternativas para su manejo –de clase diferente a las intentadas y factibles de ser implementadas– de manera que se conviertan en verdaderas soluciones. Si se piensa que las conductas con que se intentaron resolver las dificultades primarias se relacionan con opiniones o creencias de

que esas situaciones requerían de ese tipo de soluciones intentadas, se desprende por lógica que es necesario introducir una novedad en la visión o interpretación que se ha hecho del problema, con el fin de facilitar la introducción de acciones diferentes, sean éstas individuales o interaccionales. (Moreno Fernández, 2014).

Fisch, Weakland y Segal (1984) recalcan la necesidad de planificar cuidadosamente las intervenciones, clasificándolas en principales y generales: Las principales –que requieren de un motivo de consulta consensuado y un diagnóstico claro– se dirigen a modificar específicamente el circuito de mantenimiento, revirtiendo lo que estos autores encontraron como intentos básicos de solución en la práctica clínica. Los más frecuentes, en su experiencia, fueron: forzar algo que sólo puede ocurrir de un modo espontáneo; intentar dominar un acontecimiento temido aplazándolo; llegar a un acuerdo mediante una oposición; intentar conseguir sumisión a través de la libre aceptación y confirmar las sospechas de un acusador mediante la autodefensa. Las generales son preparatorias y facilitadoras de las principales, y pueden implementarse en cualquier momento que se perciba como oportuno. Los autores mencionan: el no apresurarse a cambiar, mostrar los peligros de una mejoría, realizar un cambio en la dirección de lo que el terapeuta viene proponiendo y no funciona.

Moreno Fernández (2014) señala que las técnicas privilegiadas por el Modelo MRI de reestructuración cognitiva son la re-formulación y el re-encuadre. La primera, colocando a la conducta problema en una clase lógica diferente -más que desobediencia esto se trata de una manipulación-; la segunda, refiriéndola específicamente a otro marco de referencia -por ejemplo: los hombres, la adolescencia, la nueva cultura posmoderna, etc.- .

El segundo tipo de intervenciones que privilegia este modelo refiere a sugerencias de conductas alternativas a las disfuncionales. Estas sugerencias, por implicar el uso de un lenguaje potencial y una actitud no imperativa por parte del terapeuta, siempre dejan a los consultantes la posibilidad de aceptarlas o no, sin desobedecer al terapeuta. Muchas veces los consultantes las reemplazan por alguna otra conducta análoga, diferente, pero de la misma clase de la sugerida por el terapeuta (Moreno Fernández, 2014).

Por último, para esta autora, el tercer tipo de intervenciones para modificar el patrón de conductas disfuncionales se refiere a las prescripciones, sean directas (para ser

obedecidas) o paradójales (para ser desobedecidas). Como su nombre indica, están enunciadas en lenguaje prescriptivo, como recetas a seguir u oponerse (en el caso de las paradojas), y pueden adoptar la forma de una acción simple, una tarea específica, o un ritual más elaborado.

Beyebach y Herrero de Vega (2010) plantean una estrategia de intervención para el tratamiento de consultantes con problemas de ansiedad en el cual el elemento terapéutico básico es la exposición a las situaciones ansiógenas. En terapia breve se prefiere la exposición en vivo, gradual, siguiendo el ritmo del consultante, pero ayudándolo a que no deje de dar pasos, por pequeños que sean. El trabajo con excepciones ayuda a identificar y poner en marcha las estrategias que permiten al sujeto dominar su ansiedad en las situaciones temidas. Se complementa a menudo estos recursos del propio consultante con tareas de relajación y focalización de la atención, el ensayo de cogniciones positivas y maniobras de distracción como la tarea. Con consultantes extremadamente motivados y una buena relación terapéutica, puede seguirse una línea más directa, la estrategia de prescripción del síntoma, que implica conseguir que la persona se exponga a la situación y, en vez de evitarla, trate de provocarse la ansiedad. La prevención y la gestión de posibles recaídas ocupa también un lugar importante en la terapia.

Estos autores refieren además que conviene que la intervención en este tipo de problemas tenga en cuenta el componente somático de la ansiedad. La información sobre los mecanismos fisiológicos promueve la cooperación del consultante y puede surtir un efecto muy tranquilizador (por ejemplo, cuando entiende que los síntomas del ataque de pánico no tienen nada que ver con un verdadero paro cardíaco). El control de la respiración y evitar la hiperventilación son también de utilidad (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

Siguiendo esta línea, Mitte (2007) considera importante utilizar técnicas de relajación y entrenamiento en habilidades de afrontamiento en pacientes con problemáticas relacionadas a la ansiedad. Dentro de estas técnicas de relajación existen diferentes métodos relacionados con la respiración diafragmática y con la relajación progresiva de los músculos. El autor refiere que la aplicación de técnicas de relajación es

fundamental, dado que de esta manera el individuo incorpora una técnica que le permite regular la ansiedad en caso de que esta aparezca y, de esta manera, aprenda a afrontarla.

Bulacio (2006) explica el valor de la psicoeducación como una intervención que permite al terapeuta proporcionar a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus recursos para que estos puedan realizar conductas más adaptativas. La psicoeducación consiste en brindarle información al paciente acerca de su problemática y que este logre un aprendizaje a nivel teórico y práctico. Esto tiene un efecto inmediato en la disminución de la incertidumbre, haciendo posible una mayor flexibilidad para abordar el problema.

Es necesario agregar que muchas veces las personas del entorno del consultante contribuyen a reforzar la ansiedad y la evitación al acompañar y proteger a la persona ansiosa. Para que esta situación no continúe, es suficiente con informarles del efecto negativo que producen (Beyebach et al., 2010).

Otra intervención que se utiliza en trastornos de ansiedad son las desventajas del cambio o no apresurarse, a partir de la cual, se indica al paciente que no se apresure en la solución del problema. Ésta consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa ya que, el cambio, aunque sea para mejor, exige una adaptación (Fisch et al., 1984).

3.4 Alianza Terapéutica

Andrade González (2005) señala que el constructo alianza terapéutica tiene su origen en el seno del modelo psicoanalítico. Freud aunque no utilizó este concepto como tal, dio a conocer que antes de que el terapeuta proporcione al paciente sus primeras interpretaciones, debe establecerse en la relación un adecuado rapport, siendo la adherencia del paciente al tratamiento y al analista el primer objetivo de la intervención.

Bordin (1979, citado en Andrade González, 2005) definió la alianza terapéutica como el elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio. Su formalización incluye la presencia de tres componentes o dimensiones:

1. El vínculo abarca una compleja red de nexos personales positivos entre paciente y terapeuta, cuya calidad determina el tono emocional que el paciente tiene del

terapeuta y que incluye aspectos tales como la empatía, la confianza mutua y la aceptación. 2. Acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a los objetivos de la psicoterapia, es decir, el mutuo consentimiento acerca de qué es lo que se pretende lograr con la intervención psicoterapéutica. 3. Acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a las tareas o actividades a realizar, intrínsecamente relacionadas con la psicoterapia que se esté llevando a cabo. Hace referencia al acuerdo acerca de los medios adecuados para alcanzar los objetivos propuestos, por lo que una relación terapéutica que esté funcionando bien se caracteriza por el hecho de que tanto paciente como terapeuta perciben la importancia y relevancia de estas tareas y que cada uno de ellos está dispuesto a aceptar la responsabilidad de la realización de estas.

Corbella y Botella (2003) manifiestan que la definición de Bordin (1979) permitió que las principales escuelas psicoterapéuticas se sintieran cómodas con un concepto que resulta común a todas ellas, por lo que Bordin (1979) además de incrementar la trascendencia del constructo alianza terapéutica, permitió que éste consiguiera un carácter transteórico.

Según Horvath y Greenberg (1989 citado en Andrade González, 2005) la conceptualización de alianza terapéutica de Bordin (1979) diferenciaba entre las proyecciones inconscientes del paciente (transferencia) y la unión positiva entre éste y su terapeuta (alianza). A su vez, señala que es un componente de la relación terapéutica que proporciona un contexto que hace posible que el paciente acepte y siga el tratamiento, es decir, que faculta y facilita la puesta en marcha de técnicas y estrategias psicoterapéuticas específicas y que interactúa con ellas.

Horvath y Bedi (2002) consideran que la característica más destacada de la alianza terapéutica, como componente activo de la relación paciente-terapeuta, es su énfasis en la colaboración y el consenso que debe existir entre los participantes. Es decir, mientras las primeras formulaciones hacían hincapié en las contribuciones del terapeuta o en las distorsiones inconscientes de la relación paciente-terapeuta, las modernas teorías sobre la alianza subrayan la importancia de la colaboración activa que debe existir entre los participantes de la díada. De este modo, la alianza hace referencia a la calidad y a la fuerza de esta relación de colaboración entre paciente y terapeuta la cual incluye: a) un vínculo afectivo positivo entre ellos, b) elementos de carácter cognitivo (consenso acerca

de las metas a conseguir y los medios para alcanzarlas), c) un sentido de equipo entre paciente y terapeuta, d) aspectos conscientes e intencionales y e) algunos elementos procedentes de relaciones pasadas (tanto del paciente como del terapeuta).

Según Andrade González (2005) es muy importante establecer una fuerte alianza terapéutica al inicio del tratamiento psicoterapéutico. El autor señala que existe un acuerdo significativo de las investigaciones en señalar que el momento crítico para ello se sitúa entre la tercera y la quinta sesión, ya que de lo contrario las perspectivas de éxito del tratamiento pueden verse amenazadas o puede existir riesgo de que el paciente decida finalizar de forma prematura la intervención.

En el modelo e instrumentos de medida desarrollados por Friedlander, Escudero y Heatherington (2009) se describen así tres de las cuatro dimensiones que componen la alianza terapéutica desde el modelo sistémico estratégico:

- Enganche en el proceso terapéutico. Significa que las personas que participan en terapia le encuentran sentido al tratamiento; se involucran en la terapia y trabaja coordinadamente con el terapeuta; entienden que los objetivos y las tareas de la terapia pueden discutirse y negociarse con el terapeuta; consideran que tomarse en serio el proceso es importante y que el cambio es posible.

- Seguridad dentro del contexto terapéutico. Los clientes consideran la terapia un lugar en el que pueden arriesgarse, estar abiertos a nuevas posibilidades, ser flexibles; se sienten cómodos y albergan expectativas de que se produzcan nuevas experiencias y aprendizajes; entienden que hay cosas buenas que provienen de la terapia, que el conflicto dentro de la familia se puede manejar sin hacerse daño y que no es necesario estar a la defensiva.

- Conexión emocional con el terapeuta. Los clientes consideran al terapeuta una persona importante en su vida; sienten que la relación terapéutica se basa en la confianza, el afecto, el interés y el sentido de pertenencia; creen que le importan realmente al terapeuta y que éste está a su lado para ayudarles, comparten con él perspectivas o valores similares, y confían en que los conocimientos y la experiencia del terapeuta son relevantes.

4. Metodología

4.1 Tipo de Estudio

El tipo de estudio es de corte cualitativo descriptivo de caso único.

4.2 Participantes

Participan de este trabajo un paciente con problemáticas relacionadas a la ansiedad y su terapeuta.

El paciente (a quien se llamará Carlos en este trabajo) es un hombre de 39 años, vive solo, aunque se encuentra en pareja, y actualmente está trabajando de chofer para la plataforma Uber mientras espera cobrar una indemnización por despido en un trabajo anterior. Presenta una problemática variada: está atravesando un duelo debido al fallecimiento de su esposa 6 años atrás, tiene peleas constantes con su hermano menor, alcohólico y paciente psiquiátrico, del que se tiene que hacer cargo. Estos temas lo llevan a tener principalmente síntomas de ansiedad, y en segundo lugar refiere tener olvidos, déficit de atención y problemas en la focalización de sus pensamientos.

El caso clínico fue trabajado por una terapeuta -a quien se llamará Alicia-, Lic. en Psicología con orientación sistémica, que cuenta con 4 años de experiencia profesional en el centro donde se llevó a cabo las prácticas.

4.3 Instrumentos

El trabajo final de integración se llevó a cabo presenciando sesiones de terapia bajo la modalidad de Cámara Gesell en directo mediante la plataforma Zoom. Estas sesiones son conducidas por la terapeuta A, con la observación no participante de entre 10 y 15 personas, entre ellos se encuentran su supervisora, alumnos practicantes y demás terapeutas de la institución. Todas las sesiones llevadas a cabo bajo esta modalidad cuentan con un espacio de consulta al equipo terapéutico y alumnos, y con un espacio de cierre para aclarar dudas sobre el caso y las intervenciones.

Luego se tuvo acceso al material en video de las sesiones grabadas, incluyendo la entrevista de admisión.

Por último, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada a la terapeuta del caso en torno a los ejes de intervenciones aplicadas para tratar la ansiedad del paciente durante la terapia, la reconstrucción de la queja inicial, la co-construcción del problema y la alianza terapéutica.

4.4 Procedimiento

Se observaron cinco sesiones de forma no participante con el paciente mediante la modalidad de Cámara Gesell virtual mediante la plataforma Zoom. Además, se accedió al registro de grabación de las sesiones, donde se encontró la información acerca de la admisión y las sesiones posteriores hasta la interrupción del tratamiento. Luego se realizó una entrevista semiestructurada a la profesional del caso clínico con una duración de 40 minutos.

5. Desarrollo

5.1 Presentación del caso

Carlos, el consultante cuyo caso se analiza en el presente trabajo, es un hombre que tenía al momento de la consulta 39 años y residía en la Ciudad de Buenos Aires. Era viudo y no tenía hijos. Vivía sólo, aunque estaba en pareja desde hace dos años. Su padre y su madre vivían en su misma cuadra. Tiene dos hermanos, uno mayor de 43 años y uno menor de 38 años. Éste último es paciente psiquiátrico y presenta problemas de alcoholismo y la violencia familiar. Carlos trabajaba como chofer de la empresa Uber y estaba esperando cobrar una indemnización de su anterior trabajo. No toma alcohol ni consume drogas o medicamentos, y remite que sus únicas adicciones son el cigarrillo, la gaseosa y el café.

Informa tener iniciativa propia para comenzar psicoterapia. Acude a la institución mediante la recomendación de su actual pareja, que le facilita el contacto de dos instituciones psicoterapéuticas luego de una conversación acerca de sus “desbordes”. Anteriormente pasó por dos procesos terapéuticos fallidos en los que refiere no haber sentido ningún avance.

En la entrevista de admisión indica que consulta por una variedad de problemas: en primer lugar, refiere sentir un nivel de ansiedad muy alto. Otros de los temas que más lo afectan actualmente son su relación problemática con su hermano menor, dificultades económicas que van en incremento, obstáculos en la organización de su vida y de sus proyectos a futuro, y el duelo presente por el fallecimiento de su esposa. Además alude estar preocupado por sus olvidos, cada vez más frecuentes.

El proceso terapéutico de Carlos tuvo una duración total de cuatro sesiones, sumadas a la entrevista de admisión previa, y fue interrumpido por decisión del paciente. A continuación se analizarán los principales ejes en torno a este breve proceso terapéutico.

La terapeuta Alicia utilizó un enfoque sistémico con intervenciones de tipo estratégicas orientadas a la terapia breve enfocada en la resolución de problemas.

5.2 Describir la queja inicial y la co-construcción del problema de un paciente que se encuentra atravesando ansiedad al inicio del tratamiento.

Como se indica en la presentación del caso, Carlos toma la decisión de comenzar terapia por una multiplicidad de temas que lo aquejan:

En primer lugar, en la entrevista de admisión refiere sentir un nivel de ansiedad muy alto. Describe su ansiedad como “mi cabeza funciona a diez mil por segundo, tengo 70 mil millones de cosas en la cabeza, no para, pienso en todo lo que pasó, en todo lo que tengo que hacer y en todo lo que me falta por hacer”. Esta preocupación excesiva es señalada en el DSM 5 como anticipación aprensiva (American Psychiatric Association, 2014). Además refiere en la sesión que durante estos momentos siente palpitaciones, tensión muscular y opresión en el pecho, síntomas físicos característicos de la ansiedad patológica, junto con síntomas motores como hipervigilancia y sensación de inquietud. Se suman a éstos los síntomas cognitivos de dificultad en la atención, concentración y memoria (Bulacio, 2011).

Además, cuenta que su esposa fallecida fue una relación afectiva extremadamente importante para él. Se conocieron a los 19 años y compartieron 14 años en pareja, hasta que un cáncer de mama acabó con su vida. Relata que la recuerda y tiene presente todos

los días de su vida. Comenta que todo en su vida cambió después de su fallecimiento: su economía, su rutina, sus proyectos, sus pensamientos. Con su actual pareja, en relación desde hace 2 años, refiere sentirse muy tranquilo. Dice tener una muy buena relación, con mucho compañerismo, intereses en común y similares formas de pensar. Afirma poder imaginar un futuro junto a ella.

En cuanto a la relación problemática con su hermano menor, cuenta que le preocupa su historial de alcoholismo extremo y los episodios de violencia para su padre. Informa que está pensando en tomar la difícil decisión de solicitar una internación en un hospital psiquiátrico. Remite que se tiene que hacer cargo de él desde hace varios años, mientras que su hermano mayor no se ocupa de este tema y que sus padres están muy ancianos para hacer algo.

Acerca de los olvidos, refiere no entender el por qué no recuerda anécdotas en las que sus familiares y amigos cuentan que él estuvo presente. Además, olvida fechas, nombres y obligaciones del día a día. Cuando la terapeuta le pregunta “¿Desde cuándo es importante para vos este tema de los olvidos?” Carlos le responde “Desde que empecé a necesitar ver una foto de mi esposa o escucharla en algún video”.

También está muy preocupado y agobiado por sus dificultades económicas. Con la enfermedad de su esposa, gastó todos sus ahorros en tratamientos médicos, y después de haber sido despedido de su trabajo anterior empezó a trabajar como chófer en la empresa Uber. Este trabajo no le gusta, aunque le permite llegar a fin de mes, no siente que pueda ahorrar para llevar a cabo sus proyectos. Un tema de gran preocupación para él es que está esperando cobrar la indemnización, lo que le permitiría poder dejar de trabajar tantas horas y tener el tiempo y el dinero suficientes para poder dedicarse a algo que lo haga más feliz. Considera que este ingreso de dinero sería el puntapié inicial para poder organizarse mejor. Esta preocupación y agobio son síntomas cognitivos característicos de los trastornos de ansiedad (Bulacio, 2011)

Por último, sobre la organización de su vida y proyectos a futuro, cuenta que tiene muchos proyectos en mente y que no encuentra la forma de llevarlos a cabo de forma ordenada, ya que no tiene el tiempo suficiente para estudiar todo lo que le gustaría estudiar. Carlos es un aficionado de la fotografía, cuenta que le gustaría poder dedicarse a eso de forma profesional, pero no cree tener el equipamiento adecuado aún y tampoco

cuenta con el dinero para comprarlo. Además, está aprendiendo sobre finanzas e inversiones en acciones y criptomonedas, lo que ve como una gran oportunidad para tener una segunda fuente de ingreso. También le gustaría poder viajar y dedicarse a conocer con tranquilidad otros lugares e interiorizarse en distintas culturas, pero tampoco cuenta con el dinero ni el con el tiempo suficiente para realizar estas actividades.

Al mismo tiempo, comenta tener un estilo de vida muy desordenado, pasando noches enteras sin dormir, distraído leyendo en la computadora o mirando videos y películas, que es capaz de saltarse varias comidas durante días y que en otros momentos del día suele sentirse muy cansado. Se reconoce a sí mismo como muy distraído y disperso. Entiende que necesita una rutina que le dé un equilibrio en sus actividades para poder optimizar su tiempo. Según el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014) los trastornos del sueño, la facilidad para fatigarse y la dificultad en la concentración son síntomas comúnmente presentes en los trastornos de ansiedad.

A partir de la recolección de esta información en la entrevista de admisión y en la primera sesión, la terapeuta y el equipo sentaron la meta de generar una co-construcción de un problema claro en conjunto con el consultante, que sirva como un primer objetivo para establecer una estrategia terapéutica.

Como señala Moreno Fernández (2014), desde la presentación de la queja inicial del paciente hasta su definición concreta, puede haber un proceso más o menos largo de co-construcción del problema. Ante la pregunta de la terapeuta: “¿Para qué creés que te serviría hacer terapia?”, Carlos responde: “Para que me ayude a tratar de ordenarme, organizarme, a ver los puntos flojos en mi vida que no puedo ver. También para bajar mi nivel de ansiedad. A veces me quedo pensando, ‘y si el lápiz cae para allá y no para acá’, y ahí me pongo a sobrepensar, sobrepensar, sobrepensar y termino sobreanalizando todas las posibilidades de miles de cosas de todos los ámbitos del día a día.”. A lo que la terapeuta responde: “¿Querés decir que alguien te tiene que ayudar a interrumpir un poco tus pensamientos y a poner en acción algunas cosas?”, entonces Carlos contesta: “Sí, creo que sería una buena forma.” Aquí la terapeuta realiza una intervención general preparatoria que tiene como objetivo facilitar la co-construcción de un motivo de consulta consensuado (Fish et.al, 1984)

Luego, Carlos es interrogado por la terapeuta acerca de si existe un problema puntual, en concreto, con el que quiera comenzar, a lo que responde “Me cuesta pensar en un objetivo puntual, exacto, ahora estoy en un proceso de reinventarme, de ordenarme, de tomar decisiones difíciles, como ver qué hago con mi hermano, después el tema de la ansiedad, también poder ver qué hago con los proyectos que tengo...”. Ante la falta de claridad, la terapeuta insiste: “¿Y te acordás qué pensaste ese día que decidiste terapia, por qué motivo puntual lo decidiste?”, entonces Carlos responde: “Sigue siendo el conjunto de todo, mi hermano, la ansiedad, mis olvidos... Entonces pensé que capaz sea cuestión de focalizar, pero cómo focalizo si mi cabeza está en 70 mil millones de casas por segundo.”

En este caso se da lo que Moreno Fernandez (2014) describe como un caso difícil para construir un motivo de consulta focal y concreto, ya que el consultante trae muchos problemas diversos sin hacer foco en ninguno en particular. Ante esta situación es necesario ayudarlo a priorizar por la intensidad o el riesgo sus distintos problemas. La terapeuta le plantea una prescripción directa (Moreno Fernández, 2014) en forma de actividad: “Como tarea para la próxima sesión, debés pensar en una lista de cosas que necesitás definir hoy, en qué cosas te vendría bien focalizar, no importa qué tan extensa sea. Luego debés ordenarlas en forma de prioridades, eso te ayudará a ordenarlas en tu mente.” Así, como señalan Hirsch y Rosarios (1987), las direcciones de acción implícitas o explícitas que plantean la visión acerca de la naturaleza de una situación o problema determinan el camino para su manejo.

En la siguiente sesión, Carlos compartió su lista de prioridades, en la cual colocó en primer lugar llegar a tener tranquilidad económica para llevar adelante sus proyectos. Si bien el paciente se mantiene a la espera de cobrar una indemnización que le daría un alivio en esta tranquilidad, se propusieron elaborar en mayor medida una trayectoria clara y concreta para la concreción de estos proyectos. La terapeuta y el paciente llegan a la conclusión de que sus problemas de ansiedad son un resultado de la acumulación de preocupaciones que tiene Carlos en el momento presente, y que ésta se aliviaría en cuanto pudiera poner en orden su presente y sus objetivos a futuro.

5.3 Describir las intervenciones sistémicas estratégicas realizadas durante el tratamiento del paciente.

El proceso terapéutico de Carlos estuvo marcado principalmente por intervenciones con los objetivos de, por un lado, lograr una co-construcción de un motivo de consulta concreto en términos de que este sea alcanzable y evaluable a medida que avanza la terapia (Kopeck & Rabinovich, 2007), y por otro lado, consolidar una fuerte alianza terapéutica al inicio del tratamiento que haga posible la efectividad de la terapia (Andrade González, 2005).

En la entrevista de admisión y primera sesión, el eje principal fue la recabación de información acerca de su vida, su historia, su presente, y su decisión de comenzar terapia.

De esta manera, Alicia le pregunta en la primera sesión: “Decís que tenés una ansiedad galopante, ¿eso es lo que te trae a terapia?”, a lo que Carlos responde: “Principalmente eso, no sé qué pasó, de repente se me van incrementando temas económicos, conflictos familiares con mi hermano, tengo un problema con decir ‘no’, yo siempre estoy para todos, para todo lo que necesiten.”. Luego de escucharlo, Alicia responde: “¿Y cuál fue la gota que rebalsó el vaso que te hizo decidir comenzar terapia?”. Carlos contesta: “No tengo una respuesta concreta, porque pensándolo no sabría bien cómo ponerlo en orden, tengo un conjunto de cosas, ansiedad, olvido, que es lo que más me está jodiendo últimamente, pero creo que en cada sesión se pueden abrir muchas puertas.” Estas intervenciones generales son preparatorias, ya que todavía no cuentan con un motivo de consulta consensado y un diagnóstico claro (Fisch et al., 1984), y tienen como objetivo recabar información acerca de cómo persiste la situación no deseada y qué hay que hacer para cambiarla, buscando encontrar el círculo vicioso de la presencia del problema (Nardone, 2007)

Wainstein (2006) refiere que las intervenciones sistémicas de tipo estratégicas se focalizan en adecuar medios y fines. Ante la variedad de proyectos que el paciente comenta como preocupaciones a futuro, la terapeuta le dice a Carlos: “Hay una frase que me gusta mucho que es ‘Uno es capaz de todo, pero no todo al mismo tiempo’, a lo que el paciente responde: “Exactamente... bueno creo que esa es una de las principales razones

por las cuales empecé terapia, porque en mi cabeza quiero hacer 700 millones de cosas”. Este intento de reestructuración cognitiva (Moreno Fernández, 2014) está apuntando a poner en orden las prioridades de Carlos. A su vez, lo incita no apresurarse en la solución del problema, algo que juega en contra de su ansiedad (Fisch et al., 1984)

Más adelante, la terapeuta realiza una intervención siguiendo el mismo tema: “Supongamos que cobrás el dinero de la indemnización y que eso te daría un alivio en tus preocupaciones económicas, ¿Cuál sería el siguiente paso?”, a lo que Carlos responde: “Ciertos ingresos me darían tiempo, y ese tiempo lo usaría para viajar, recorrer, sacar fotos, conocer. Me encantan los lugares de naturaleza abierta, con poca gente, donde encuentre paz”. Aquí la terapeuta realiza una intervención de exposición gradual a la situación ansiógena (Beyebach & Herrero de Vega, 2010) ya que una de las principales preocupaciones del paciente son las económicas, y que de solucionarse este problema se imagina a sí mismo en un estado mucho más favorable. En este caso Alicia intenta lograr un re-encuadre de la situación problemática (Moreno Fernández, 2014)

Otra intervención ya comentada anteriormente realizada por la terapeuta fue la tarea directiva de hacer un listado de prioridades y temas que quiera definir en la terapia, buscando un cambio específico en el circuito disfuncional (Moreno Fernández, 2014) de su incertidumbre y confusión. Los modelos estratégicos establecen que cualquier comunicación, directa o implícita, es una intervención en sí misma, y la tarea principal de un procedimiento estratégico consiste en influir sobre el cliente para que enfrente su problema de forma diferente (Wainstein, 2006).

Más adelante, y siguiendo en la búsqueda de una co-construcción de un motivo de consulta concreto, Alicia pregunta: “¿Qué tendría que estar pasando de acá a 15 o 20 días para ver un avance o progreso en vos mismo, para ver una mejoría?”. De esta manera la terapeuta continúa interviniendo buscando en Carlos una reestructuración cognitiva en alternativas para modificar el circuito de mantenimiento del problema (Moreno Fernández, 2014)

En relación a la sintomatología de los olvidos presentes en Carlos, Alicia comenta en la entrevista que tenía entre sus anotaciones intervenir sugiriendo una interconsulta con un neurólogo para descartar cuestiones orgánicas. Otra hipótesis de la terapeuta que refiere en la entrevista es que la ansiedad, al llevar una excitación

determinada, influye en los procesos de atención, y de esta forma puede impedir el correcto almacenamiento de información en la memoria.

Como se comentó previamente, el otro eje sobre el cual se determinaron las intervenciones terapéuticas fue el consolidar una alianza terapéutica que haga posible el tratamiento, ya que este es el elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio (Bordin, 1979)

Horvath y Bedi (2002) consideran que la característica más destacada de la alianza terapéutica es su énfasis en la colaboración y el consenso que debe existir entre los participantes. En un momento de la terapia, Carlos es consultado acerca de cómo ve el proceso terapéutico hasta el momento (este punto se desarrollará con mayor precisión en el desarrollo del siguiente objetivo), a lo que responde “Creo que es un lugar donde puedo expresarme libremente (...) lo tomo como un espacio mío como para pensar en voz alta y que vaya saliendo lo que vaya saliendo (...) me siento cómodo en este formato, siento que hay un ida y vuelta”. Estas respuestas dan cuenta de lo que Friedlander et al. (2009) llamarían “enganche en el proceso terapéutico” y “seguridad dentro del contexto terapéutico”

De este modo, la alianza hace referencia a la calidad y a la fuerza de esta relación de colaboración entre paciente y terapeuta la cual incluye, por un lado, un vínculo afectivo positivo entre ellos y por el otro, elementos de carácter cognitivo -consenso acerca de las metas a conseguir y los medios para alcanzarlas- (Horvath & Bedi, 2002).

Según Andrade González (2005) es muy importante establecer una fuerte alianza terapéutica al inicio del tratamiento psicoterapéutico, ya que el momento crítico para ello se sitúa entre la tercera y la quinta sesión, es por esto que esta pregunta acerca de cómo evalúa la el proceso terapéutico se da en la cuarta sesión.

Acerca de la alianza terapéutica, la terapeuta refiere en la entrevista que en este caso le resultó dificultoso trabajar en conjunto con el equipo de terapeutas, ya que se vio obligada a congeniar con algunas intervenciones en las que no estaba de acuerdo, como el insistir tanto en lograr un motivo de consulta claro y preciso. Según sus palabras “Creo que Carlos estaba en una etapa precontemplativa, todavía no tenía del todo claro para qué estaba haciendo terapia. Creo que se lo apuró demasiado, y que deberíamos haber respetado más sus tiempos”.

5.4 Analizar la evolución de la problemática del paciente al finalizar el tratamiento de tipo sistémico estratégico breve.

Cabe la aclaración inicial para el desarrollo de este objetivo que si bien el enfoque terapéutico estratégico es normalmente breve (Casabianca & Hirsch, 2009; Watzlawick & Nardone, 1993) en este caso la brevedad de la duración del proceso terapéutico no se debió al encuadre en este modelo, sino a que el proceso terapéutico se vio interrumpido por abandono del paciente, luego de tan solo cuatro sesiones.

Al inicio de la cuarta y última sesión, Alicia pregunta a Carlos si se había quedado pensando en algo de lo que habían hablado en la sesión pasada, a lo que el consultante responde que no recuerda de qué habían hablado en esa sesión.

La terapeuta y su equipo se cuestionan durante el break de la sesión si la terapia le está sirviendo y ayudando. Preocupados por su ausentismo -anteriormente canceló dos sesiones-, sumado a la percepción de falta de compromiso y la dificultad en la co-construcción de un motivo de consulta, deciden preguntarle acerca de cómo ve el proceso terapéutico hasta el momento. Es importante remarcar que para el modelo sistémico de psicoterapia es de gran importancia la evaluación de la información concreta de los cambios cognitivos y los patrones de mantenimiento de los problemas que presenta el consultante (Casabianca & Hirsch, 2009). Luego del break se da la siguiente conversación:

- Alicia: “¿Cómo ves el proceso de terapia hasta ahora, te está ayudando, te viene sirviendo? ¿Es la terapia el camino?”

- Carlos: “Sí, creo que sí, yo soy bastante nuevo en esto y estoy viendo qué me va pasando, cómo me voy desarrollando, no exactamente para saber en qué me está ayudando puntualmente, sino que lo veo como un proceso en donde van saliendo capas que quizás no tenía en cuenta y me ayuda para descubrirme. Creo que es un lugar donde puedo expresarme libremente sin tener que estar conteniendo a alguien, o teniendo cuidado con las palabras, o que no se ofenda a nadie. Hoy lo tomo como un espacio mío como para pensar en voz alta y que vaya saliendo lo que vaya saliendo.”

- Alicia: “¿Y en este formato te sentís cómodo?”

- Carlos : “Sí, totalmente, siento que hay un ida y vuelta. No me está pasando pensar en la semana ‘tengo que hablar de esto específicamente con la terapeuta’, hoy no tengo eso, pero capaz hasta que encuentre algún tema, mientras tanto trato de pensar en mí, focalizarme, mejorar... siento que es mi espacio en donde trato de pensar en mí. Por ejemplo, la otra vez hablando de María - su esposa fallecida -, pensé ‘puedo hablar acá libremente sin tener que estar conteniendo a nadie’. Esto me sirve, recordarla ese día me hizo muy bien.”

Más adelante, Carlos cuenta que consiguió el dinero de la indemnización y por eso se siente más tranquilo. En cuanto a sus proyectos refiere sentirse más organizado y focalizado. Cuenta que con ese dinero pudo pagar deudas, separar lo que necesitaría para el corto plazo e invertir el resto. Refiere que gracias a esta situación tiene una menor sensación de ansiedad. En este caso se podría observar una cierta extinción de la sintomatología con resolución de parte de la problemática (Watzlawick & Nardone, 1993)

Carlos no se presentó a la quinta sesión. Esta es la tercera ocasión en las que el consultante no se presenta a la sesión ni contesta los mensajes. La terapeuta cuenta en la entrevista que se logró contactar con una vez más, avisándole que debería abonar por la sesión que no se llevó a cabo. El consultante no contestó el mensaje. Dos semanas después, la terapeuta vuelve a escribirle preguntándole si quería retomar la terapia, Carlos no responde, y la terapeuta da por finalizado el proceso terapéutico.

En la entrevista, la terapeuta refiere que quizás un terapeuta varón, con un estilo más directivo, hubiera sido más adecuado para él, y que eso pudo haber atentado contra la alianza terapéutica. Como señala Andrade González (2005) es muy importante establecer una fuerte alianza terapéutica al inicio del tratamiento psicoterapéutico, y que existe un acuerdo significativo de las investigaciones en que el momento crítico para ello se sitúa entre la tercera y quinta sesión, ya que de lo contrario existiría el riesgo de que el paciente decida finalizar la terapia de forma prematura, tal como sucedió en este caso.

Por último, la terapeuta en la entrevista supone que el hecho de haber conseguido el dinero de la indemnización tuvo en sí mismo un efecto tranquilizador y ordenador para Carlos, y que la terapia pudo haber servido como un espacio de contención hasta que pudo conseguir ese dinero. En este sentido, la terapia pudo haber funcionado removiendo

obstáculos del camino y ayudando a seguir adelante sin la ayuda del terapeuta (Kopec & Rabinovich, 2007)

6. Conclusiones

Este trabajo se centró en el tratamiento de un hombre de mediana edad que acude a psicoterapia al encontrarse atravesando problemáticas relacionadas a la ansiedad, y fue abordado desde el enfoque sistémico estratégico breve.

Con respecto a descripción de la queja inicial y la co-construcción del problema de consulta (Moreno Fernandez, 2014), se ha visto que el consultante presenta ante la terapeuta una multiplicidad de temas que le producen malestar psicológico: una relación problemática con un hermano menor, la pérdida de su esposa, dificultades económicas para llevar adelante sus proyectos personales, percepción de falta de organización en su vida, y olvidos recurrentes. Estas cuestiones le producen un sentimiento de ansiedad muy alto, que se manifiesta en síntomas tales como preocupación excesiva, palpitaciones, tensión muscular, opresión en el pecho, hipervigilancia, sensación de inquietud, dificultad en la atención, concentración y memoria (American Psychiatric Association, 2014; Bulacio, 2011). Ante esta variedad de temas expuestos en la queja inicial, la terapeuta se encuentra con el desafío de lograr una co-construcción del problema de consulta que sea focal y concreto (Moreno Fernandez, 2014).

Por otra parte, se han analizado las intervenciones sistémicas estratégicas realizadas durante el tratamiento del paciente. En efecto, a partir de la recolección de la información en la entrevista de admisión y en la primera sesión acerca de la queja inicial, la terapeuta y el equipo sentaron la meta de generar una co-construcción de un problema claro en conjunto con el consultante, definiendo un objetivo en términos que lo hagan alcanzable y evaluable (Kopec & Rabinovich, 2007) para establecer una estrategia terapéutica. Éste, junto con consolidar una fuerte alianza terapéutica al inicio del tratamiento que haga posible la efectividad de la terapia (Andrade González, 2005), fueron los dos ejes sobre los cuales se plantearon gran parte de las intervenciones terapéuticas. La mayoría de estas intervenciones fueron generales y preparatorias (Fisch et al., 1984), prescripciones directas de tareas (Moreno Fernández, 2014) y direcciones de

acción explícitas (Hirsch y Rosarios, 1987). En relación a la consolidación de una alianza terapéutica (Bordin, 1979) fuerte al inicio del tratamiento (Andrade González, 2005), se realizaron intervenciones buscando la colaboración y el consenso acerca de las metas a conseguir y los medios para alcanzarlas (Horvath & Bedi, 2002).

Con respecto a la evolución de la problemática del paciente al finalizar el tratamiento, se observó que al finalizar el proceso terapéutico el consultante refiere sentirse más tranquilo que cuando inició el tratamiento, con un menor nivel de ansiedad. También cuenta sentirse más organizado y focalizado. Podría observarse entonces una cierta extinción de la sintomatología con resolución de parte de la problemática (Watzlawick & Nardone, 1993). El proceso terapéutico se desarrolló mediante modalidad virtual debido a las circunstancias de distanciamiento social obligatorio, y tuvo una duración total de cuatro sesiones, sumadas a la entrevista de admisión previa, y fue interrumpido por decisión del consultante.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, se pueden señalar varias cuestiones. En primer lugar se hallaron algunas limitaciones teóricas, por la dificultad de encontrar material bibliográfico que diera cuenta del abandono de la terapia dentro del modelo terapéutico en cuestión. Por otro lado, las mayores limitaciones prácticas se dieron por causa de la escasez de intervenciones principales por no contar con un motivo de consulta consensuado (Fisch et al., 1984) y un diagnóstico claro del circuito de mantenimiento del problema (Moreno Fernández, 2014). Por este motivo, también fueron limitadas las intervenciones de re-formulaciones y re-encuadres cognitivos, prescripciones directas y paradójales, sugerencias de conductas alternativas disfuncionales e intentos de bloqueos del circuito de mantenimiento del problema (Moreno Fernández, 2014). Otra limitación práctica fue que no se contó con información certera acerca del por qué Carlos abandonó el tratamiento.

Además, se señala que estuvieron ausentes intervenciones psicoeducativas en relación a la ansiedad, que le expliquen al consultante que su ansiedad seguramente sea causada por la gran cantidad de preocupaciones que tiene rondando en su cabeza, y cómo es el proceso mediante el cual sus pensamientos le generan una sobreestimulación que le termina afectando en todo su cuerpo. Este tipo de intervención permite al terapeuta proporcionar al paciente la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus recursos para que

ellos puedan realizar conductas más adaptativas (Bulacio, 2006). También podrían haber sido útil la transmisión de herramientas prácticas de respiración diafragmática que lleve a una relajación progresiva de los músculos para regular las alteraciones de ansiedad (Mitte, 2007)

Una pregunta que surge del análisis de este caso es si al consultante se lo presionó demasiado para que brinde un motivo de consulta claro, puntual y conciso, y que esta presión haya atentado contra la alianza terapéutica y le haya llevado a la decisión de abandonar la terapia. En la última sesión se da una situación contradictoria en la que, por un lado el consultante da un feedback positivo acerca del rumbo que va teniendo la terapia, pero por otro lado, sumado a su falta de compromiso en asistir a las sesiones, deja de contestar los mensajes para coordinar una nueva sesión. La terapeuta refiere en la entrevista que en este caso le resultó dificultoso trabajar en conjunto con el equipo de terapeutas, ya que se vio obligada a congeniar con algunas intervenciones en las que no estaba de acuerdo, como el insistir tanto en lograr un motivo de consulta claro y preciso.

Una sugerencia para este caso podría ser que se debería haber respetado los tiempos del consultante para sentirse cómodo en el espacio terapéutico y lograr mayor claridad acerca de las cuestiones que quería resolver en la terapia. En efecto, cuando fue cuestionado acerca de si el proceso terapéutico le estaba sirviendo, el consultante refiere que valoraba la oportunidad de tener un espacio personal en donde poder expresarse libremente, para pensar en voz alta y escucharse a sí mismo. En relación a esto, otra pregunta que surge es si el modelo de terapia breve puesto en práctica de una forma rígida sea lo mejor para este consultante, ya que en este enfoque no se concibe a la psicoterapia como un espacio de descubrimiento de sí mismo y con la noción de que las dificultades psicológicas se relacionaban con los grandes problemas existenciales (Wittezaele, 1994).

Con respecto al estilo personal de la terapeuta, ella comenta en la entrevista que quizás un terapeuta hombre con un estilo más directivo hubiera sido más adecuado para el consultante. Otra sugerencia podría haber sido el darle la oportunidad de cambiar de terapeuta ya en las primeras señales de falta de compromiso del consultante con el proceso terapéutico.

En una nueva línea de abordaje del trabajo, este caso se podría investigar cambiando la perspectiva que pone foco en la ansiedad del paciente, abordando más específicamente las causas por las cuales los consultantes deciden abandonar los procesos terapéuticos, las distintas perspectivas sistémicas acerca de esta cuestión, y la propia del modelo estratégico breve.

7. Referencias Bibliográficas

- Agencia Laín Entralgo (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Agencia Laín.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5° ed)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992) *El cliente es el experto: Un enfoque de la terapia del no saber. Therapy as Social Construction*. London: Sage.
- Andrade González, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 99-29.
- Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Beyebach, M. & Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. España: Herder.
- Bordin, E. S. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Bulacio, J. M. (2011). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica. Un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Akadia.
- Casabianca, R. & Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia: Un registro para el Modelo MRI*. Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe
- Cía, Alfredo H. (2000). *Estrategias para superar el pánico y la agorafobia: Manual práctico de recursos terapéuticos*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitiva de trastornos de ansiedad*. New York: Guilford Press.

- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 19(2), 205-221. ISSN: 0212-9728
- Erazo, A. (2015) Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38 (3), 248-53.
- Fernández Liria, A. & Rodríguez Vega, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Fernández López, Odalis, Jiménez Hernández, Bárbara, Alfonso Almirall, Regla, Sabina Molina, Darelys, & Cruz Navarro, Julia. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *MediSur*, 10(5), 466-479.
- Fisch, R., Segal, L. & Weakland, J. (1984). *La táctica del cambio: Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Friedlander, M., Escudero, V. & Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (1973). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortueditores.
- Hirsch, H. & Rosarios, H. (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales*. Buenos Aires: Nadir.
- Kopec, D. & Rabinovich, J. (2007) *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*. Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Marks, I. (1986). *Tratamiento de neurosis*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mitte, K. (2007). Comparando la eficacia de la terapia cognitiva comportamental y la psicofarmacología en los trastornos de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI (1), 69-74.
- Nardone, G. (2016). *La terapia de los ataques de pánico*. Barcelona: Herder.
- Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea]. <<https://dle.rae.es/ansiedad>> [Fecha de consulta: 10/09/2021].
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2016). *Escritos de Psicología Social*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P. & Nardone, G. (1993) *Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Milán: Raffaello Cortina Editore.

Watzlawick, P. (1974). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*.
Buenos Aires: Editorial Herder.