

Ansiedad y dificultad en la diferenciación familiar, desde un abordaje sistémico

Minutti Berra, Jaqueline

2019-09

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/4355>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial de
3 de Abril de 1981



ANSIEDAD Y DIFICULTAD EN LA DIFERENCIACIÓN FAMILIAR, DESDE UN ABORDAJE SISTÉMICO

DIRECTOR DEL TRABAJO
DR. RAÚL JOSÉ ALCÁZAR OLÁN

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO
Que para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

Presenta

JAQUELINE MINUTTI BERRA

Puebla, Pue.

2019

ANSIEDAD Y DIFICULTAD EN LA DIFERENCIACIÓN FAMILIAR DESDE UN ABORDAJE SISTÉMICO

Jaqueline Minutti Berra
Universidad Iberoamericana Puebla
Maestría en Psicoterapia

Resumen

El objetivo de este estudio es describir la implementación del tratamiento de una mujer de 19 años que asiste al servicio de Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo de la Universidad Iberoamericana Puebla, a quién se le ha asignado el pseudónimo de Sara. El motivo de consulta se asocia a una sintomatología de ansiedad y depresión junto con una dificultad para diferenciarse en el ámbito familiar. El tratamiento abarcó 10 sesiones abordado desde un enfoque sistémico. La evaluación del caso fue cualitativa y cuantitativa, los instrumentos utilizados fueron: Escala de Enojo Rasgo (Moscoso y Spielberger, 1999) Inventario de Depresión de Beck (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, y Varela, 1998), Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001) y Escala Global de Satisfacción (Moreno, 2014). En función a los objetivos planteados, los resultados reflejan una disminución en la sintomatología depresiva y ansiosa, así como la diferenciación familiar y la recolocación de la paciente en el rol familiar que le corresponde.

Palabras clave: Estudio de caso, Diferenciación, Depresión, Ansiedad, Psicoterapia con Enfoque Sistémico.

Introducción

La ansiedad es una manifestación normal ante una situación peligrosa, su base es el miedo y tiene la finalidad de movilizar al organismo para así, evitar o ayudar a enfrentar la situación amenazante, sin embargo, cuando ésta supera los límites o aparece en momentos que no representan ningún peligro, se convierte en una limitante y poco a poco en un trastorno. Una de las características esenciales de este padecimiento es una preocupación excesiva, difícil de controlar, la cual interfiere en las tareas inmediatas. Los síntomas más significativos son: inquietud o sensación de estar atrapado, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño (DSM-V, 2014). Es importante mencionar que la sintomatología anterior causa un malestar clínicamente significativo así como, un deterioro

importante en lo laboral, social, familiar o en otras áreas importantes del funcionamiento de una persona.

Para Bowen la familia es una unidad emocional y por ende, los miembros de la misma se encuentran por naturaleza conectados emocionalmente (como se cita en Rodríguez y Kerr, 2011). Estos se pueden llegar a afligir unos a otros tanto en sus pensamientos como en sus sentimientos y en sus acciones. Los individuos buscan la atención, aprobación, apoyo, etc. así como responden o reaccionan a las necesidades o expectativas que tienen los demás sobre ellos, esto ocasiona que el sistema funcione de una manera interdependiente.

Un sistema es un organismo que se mantiene vivo gracias al intercambio que existe entre cada una de sus partes. Para Garibay, el sistema familiar es “la totalidad de personas, relaciones, funciones, roles y expectativas relacionados entre sí y que comparten objetivos comunes” (2013).

Dentro del enfoque sistémico, el hombre es un ser social, un integrante activo en diferentes grupos sociales, por ejemplo, amigos, trabajo, escuela, etc. Y la familia es concebida como la matriz del desarrollo psicosocial.

Una de las principales características de los sistemas familiares es la existencia de subsistemas, que son agrupaciones de miembros. La propia familia es un subsistema de la familia extensa y de la comunidad.

Estos subsistemas favorecen la diferenciación entre los miembros y la integración de los mismos, es decir quién participa en qué y cómo. Para Villarreal y Paz (2015) los principales son:

- Conyugal
- Parental
- Filial

Para Garibay (2013) la familia como sistema posee una estructura, que se podría definir como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Estas demandas generan las pautas que establecen cómo, cuándo y con quién puede relacionarse, esto favorece la regulación de la conducta de los integrantes; logran mantenerse gracias a dos sistemas de coacción:

- **Genérico:** implica las reglas universales que organizan al sistema familiar. Por ejemplo, la diferencia en el nivel de jerarquía de autoridad entre padres e hijos.
- **Idiosincrásico:** se refiere a las expectativas que existen entre los miembros de una familia ya sean, explícitas o implícitas (Minuchin, 2003).

A continuación, se hablará acerca de algunos de los componentes estructurales de la familia.

Existen dos tipos de fronteras o límites entre los miembros de cada subsistema, estas son: rígidas o difusas. En las primeras, existe una independencia unos de otros, no hay demasiado interés por lo que le sucede al otro, lo cual en ocasiones puede ocasionar una carencia en las necesidades socio-afectivas. En cuanto a las segundas, no hay límites claros, los integrantes no conocen cuál es su rol y, por lo tanto, se dificulta la independencia.

Otro de los componentes son los roles, los cuales pueden explicarse como las expectativas y/o normas que existen hacia un individuo por la posición que ocupa dentro del sistema.

Por otro lado, llegan a generarse pautas de interacción entre los miembros de la familia. Las alianzas suceden cuando dos o más integrantes se “alían” para excluir a un tercero. Mientras que la coalición es la unión contra un tercero para “atacarlo”, “competir”, etc. Estas alianzas o coaliciones llegan a ocasionar una disfunción en el establecimiento de la jerarquía.

Bowen habla acerca de dos variables que se encuentran estrechamente relacionadas, la Diferenciación del Self y la Ansiedad Crónica; éstas dos ayudan a explicar los pensamientos, sentimientos y comportamientos de los miembros de un sistema familiar (como se cita en Rodríguez y Kerr, 2011).

La diferenciación del Self es la “capacidad para equilibrar dos elementos: a) las influencias emocionales e intelectuales en el funcionamiento cognitivo y b) la intimidad y autonomía en las relaciones con los otros” (Rodríguez y Kerr, 2011). Entre mayor nivel de diferenciación, mayor será la capacidad de la persona de generar cercanía afectiva sin perder su autonomía emocional. Por el contrario, entre menor sea el nivel de Diferenciación del Self, más dependiente será en cuanto a sus creencias, actitudes, emociones y acciones dentro de la familia.

Cuando un sistema familiar posee un bajo nivel de diferenciación, la fusión y la reacción emocional entre los individuos será muy elevada, lo que provoca que la familia se encuentre mucho más vulnerable ante las situaciones difíciles y al estrés, generando una mayor cantidad de ansiedad.

Bowen menciona que cada familia busca disminuir la ansiedad generada mediante diversos mecanismos, uno de ellos es la triangulación o la coalición entre los miembros (como se cita en Rodríguez y Kerr, 2011).

Los seres humanos mediante las relaciones interpersonales van aprendiendo los valores y creencias que deben asignar a personas, situaciones o hacia sí mismo, generando así una idea de sí mismo o autoconcepto.

La identidad se encuentra conformada por las características que tiene una persona y se forma a partir de las interacciones sociales, nuestro primer contexto es el sistema familiar. “La familia imprime en sus miembros un sentimiento de identidad independencia” (Minuchin, 2003).

Esta experiencia se encuentra directamente relacionada con el sentido de pertenencia que tenemos dentro de nuestra familia y conlleva dos elementos: un sentido de identidad y un sentido de separación.

Caso Clínico

Datos de identificación

Sara, a quien por cuestiones éticas se le ha asignado dicho seudónimo, es una mujer de 19 años de edad, soltera, católica, originaria de La Paz, Baja California. Vive en la ciudad de Puebla desde agosto del 2018 en una casa para estudiantes, en donde sólo renta una habitación. Actualmente, estudia la licenciatura en Filosofía y Letras en una universidad privada de la ciudad de Puebla.

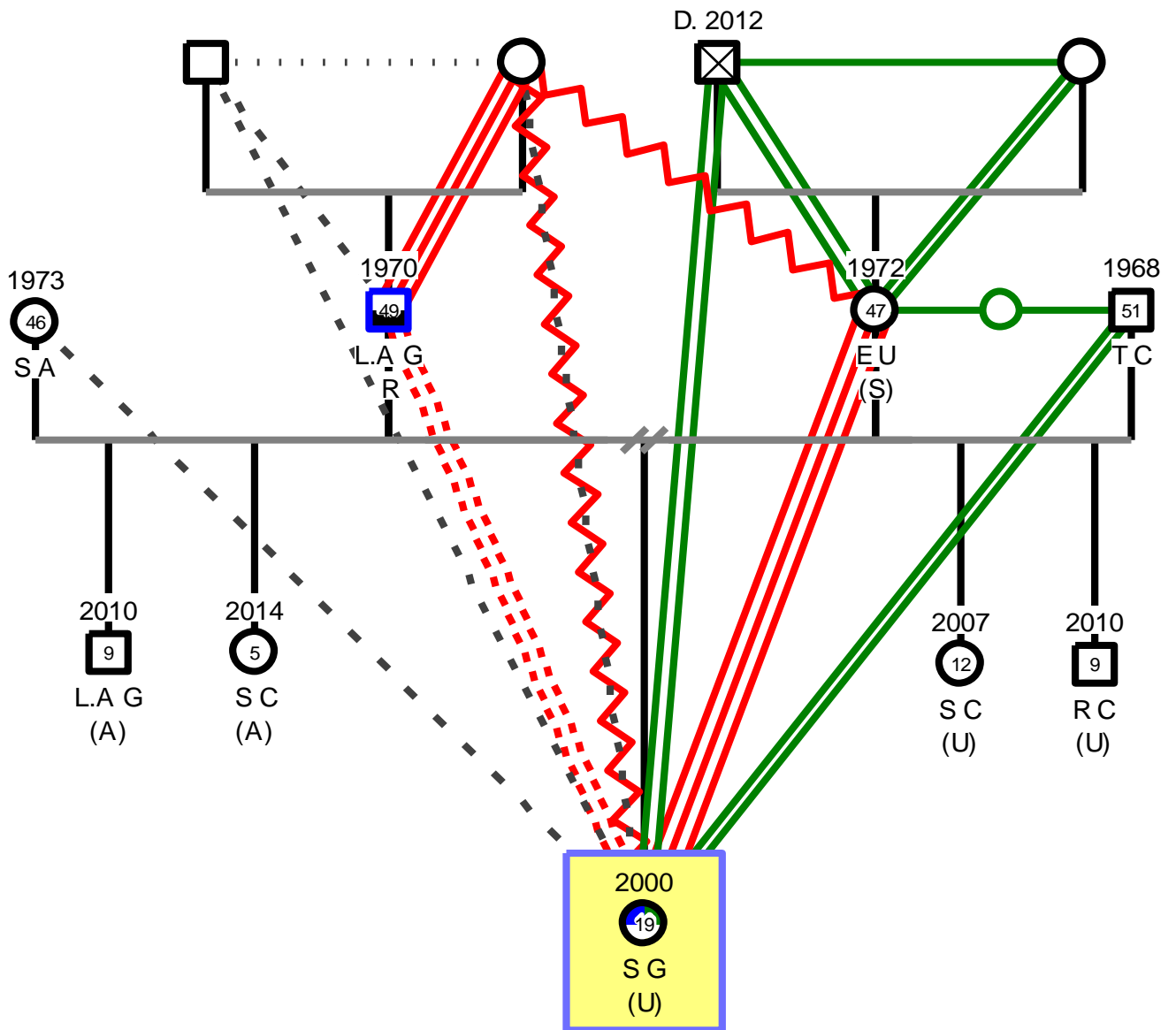
Mide aproximadamente 1.65 metros de estatura, es de complexión robusta y con sobrepeso; de tez blanca, cabello castaño oscuro y ojos cafés, utiliza lentes; su tono de voz es alto y gesticula mucho.

Sara es la única hija del matrimonio de sus padres. Al año de edad de Sara, su madre pidió el divorcio, la razón fue, el alcoholismo del padre. La relación con su madre (ama de casa) es estrecha, sin embargo, con su padre (servidor público) es conflictiva, esta es una de las razones por las cuales asiste a terapia.

Ambos padres volvieron a contraer nupcias, su madre tuvo dos hijos más, la mayor de 12 y él menor de 9. Mientras que su padre tuvo a un niño de 9 y una niña de 5. Con el esposo de su madre el vínculo es muy bueno, por otro lado, con la esposa de su padre el trato es indiferente, casi no tienen comunicación.

Es la segunda ocasión que Sara asiste a psicoterapia, la primera vez fue a los 15 años, su mamá consideraba que necesitaba el apoyo psicológico, sin embargo, comenta que la experiencia no fue agradable ya que, era amiga de su mamá y la intervención no fue objetiva. Llegó al servicio de Orientación Psicoterapia y Aprendizaje significativo mencionando que no creía en la psicoterapia.

Figura 1. Genograma



Motivo de consulta

Sara al inicio del proceso terapéutico refiere *“Tengo crisis de ansiedad muy fuertes, primero empiezo a llorar y después siento que mis piernas no me sostienen y me caigo; puedo estar en el piso como media hora sin poder moverme”*.

Sara reportó enojo y decepción hacia la figura paterna debido a las altas expectativas que existen sobre él mientras que por la madre hay una fuerte protección. De igual manera, presentó tristeza y necesidad de trabajar los duelos no resueltos del fallecimiento de su tío y abuelo maternos. Sara muestra poca aceptación de sus propias responsabilidades.

Instrumentos de evaluación

La evaluación se llevó a cabo mediante el uso de herramientas cuantitativas, las cuales tienen como objetivo, medir la intensidad o frecuencia de los síntomas en las siguientes sesiones: 1°, 5° y 10°.

Se eligieron estos instrumentos ya que, miden los estados emocionales básicos de la persona con la finalidad de identificar como se encuentra; nos indican si existe la presencia de una sintomatología importante a resolver. Estos se fueron aplicando en diferentes momentos del tratamiento psicoterapéutico ya que, de esta forma se pudo ir monitoreando la salud mental de la paciente (Spielberg, C. y Reheiser, E., 2009.)

Los instrumentos que se aplicaron son:

Escala de enojo rasgo.- Fue creada por Moscoso y Spielberger en 1999 y validada en México por Alcázar en 2011. La finalidad del instrumento es medir la predisposición de la persona a experimentar enojo. Esta escala consiste en 10 ítems los cuales van desde 1= “Casi nunca” hasta 4= “Casi siempre”. Algunos de los ejemplos de los reactivos son: “Me enojo cuando hago algo

bien y no es apreciado”, “Me siento furioso cuando cometo errores estúpidos”, “Me enojo muy fácilmente”. Los puntos de corte van de 10 a 40, el puntaje igual o mayor a 23 significaría una mayor frecuencia a experimentar enojo en comparación con la mayoría de la gente. El Alfa de Cronbach es de .83 es decir, presenta una confiabilidad aceptable.

Inventario de Depresión de Beck (BDI).- Mide la intensidad de los síntomas y aspectos conductuales asociados a la depresión. Consiste en 21 preguntas, las cuales tienen 4 posibles respuestas en donde el puntaje va de 0 a 4. Se le pide a la persona que elija la opción de respuesta que mejor describa su estado durante las últimas dos semanas. Los puntos de corte son: no depresión (0-9 puntos), depresión leve (10-18 puntos), depresión moderada (19-29 puntos) y depresión severa (a partir de 30 puntos). Su Alfa de Cronbach es de .87, lo cual indica que su confiabilidad es aceptable (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loropena y Varela, 1998).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).- Su propósito es medir la intensidad de los síntomas asociados a la ansiedad. Se trata de 21 reactivos y el paciente responde en relación a las últimas dos semanas. Las opciones de respuesta son: 0= “Poco o nada”, 1= “Más o menos”, 2= “Moderadamente”, 3= “Severamente” y se evalúa de la siguiente manera: ansiedad mínima (0-5 puntos), leve (6-15 puntos), moderada (16-30 puntos) y severa (31-63 puntos). Su Alfa de Cronbach es de .84 lo que indica una confiabilidad aceptable (Robles, Varela, Jurado y Paéz, 2001).

Escala global de afectación.- Mide el funcionamiento de una persona en las diversas áreas de la vida: laboral, escolar, relaciones de amistad, familia y pareja, salud física y sexual. Consta de 7 reactivos y el paciente responde de acuerdo a cómo se ha sentido en las últimas dos semanas. A continuación, se presentan algunos de los reactivos: “Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada”, “Mi funcionamiento en el trabajo/escuela/labores del hogar está

siendo perjudicada”, “Mis actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión, deporte)” están siendo perjudicadas. Las opciones de respuesta van desde 1= Casi nada hasta 6= muchísimo. Su Alfa de Cronbach es de .84 (Moreno 2014), lo que indica una confiabilidad aceptable.

Formulación del caso clínico desde el enfoque sistémico

Cuando Sara tenía un año de edad, sus papás se divorciaron, debido al alcoholismo de su padre. A raíz de esto, se fueron a vivir a casa de sus abuelos maternos en donde vivían ellos y uno de sus tíos. La relación con la familia materna ha sido muy estrecha al igual que con su madre.

Con respecto a su padre, Sara refiere que es un “irresponsable”, “inmaduro”; ha sido tan “mal papá” para ella que no puede ni considerarlo de esa forma. Menciona que está muy enojada y decepcionada de él, no solo porque no responde como ella quisiera al rol de padre sino también por todo lo que sabe que ha hecho (infidelidades, robos, actitudes, etc.)

Ambos padres se volvieron a casar. Con el esposo de su mamá mantiene una relación estrecha a tal grado de considerarlo su papá, ellos tuvieron dos hijos con los cuales se lleva muy bien. Con la esposa e hijos de su papá lleva una relación cordial pero distante; refiere que le da mucha tristeza todo lo que experimenta la esposa de su padre estando casada con él, por ejemplo, las infidelidades.

A los nueve años de Sara, su abuelo materno fallece repentinamente por un infarto mientras que a los doce años, muere su tío materno a causa de SIDA. La paciente refiere estas dos muertes como el detonante de su sintomatología.

Lo anterior permitió formular las siguientes hipótesis:

1) La relación tan estrecha que mantiene con su madre ha conducido a que **formen una diada madre-hija aglutinada en** donde se excluye al papá y por lo tanto, este se convierte en un padre desligado (Minuchin, 2003).

2) Lo anterior ha conducido a que el subsistema padre- hija carezca de sentimientos de lealtad y pertenencia así como una gran dificultad de ambos para responder cuando es necesario (Minuchin, 2003).

3) La interacción simétrica de la familia, en donde cualquier miembro puede situarse en el mismo nivel, ha ocasionado una jerarquía difusa en donde Sara, toma el papel de hija parentalizada; los niveles de poder no se encuentran correctamente equilibrados (Garibay, 2013).

4) La organización de los subsistemas familiares es lo que proporciona el entrenamiento adecuado en el proceso de diferenciación; cuando existen miembros aglutinados dentro de una familia, estos suelen experimentar una fuerte limitación en su autonomía afectando así su propio proceso de identidad (Minuchin, 2003).

5) La dificultad en la diferenciación con sus padres ha ocasionado que Sara pierda su autonomía emocional, volviéndola dependiente en cuanto a sus creencias, actitudes, emociones y acciones dentro de la familia (Rodríguez y Kerr, 2011).

Elección del tratamiento

El caso clínico se abordó desde un modelo sistémico, debido a que la problemática que presentaba la paciente se originaba en los patrones de interacción disfuncionales que mantenía con los miembros de su familia. Es importante mencionar que el caso estuvo supervisado bajo dicho modelo.

Los objetivos terapéuticos que se establecieron fueron:

- Disminuir síntomas ansiosos
- Identificar y expresar las emociones relacionadas con el padre
- Trabajar duelos no resueltos en relación con su abuelo y tío
- Diferenciarse de la figura materna
- Asumir responsabilidades
- Reubicarse en el rol que le corresponde dentro de su sistema familiar

A continuación, se describen brevemente las técnicas utilizadas:

- Excepciones a la regla, esta técnica consiste en que nada ocurre “siempre” y los momentos en los cuales no ha ocurrido la problemática se asemejan a los éxitos del pasado (De Shazer, 1991).
- Reestructurar: busca modificar el marco conceptual o emocional en el cual la persona está experimentando la situación y conducirla a una estructura diferente, cambiando el significado antes dado (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992).
- Pregunta del milagro: preguntar hipotéticamente qué es lo que pasaría, cómo actuaría ella y las personas que se encuentran a su alrededor, si de pronto ocurriera un milagro y el problema ya no existiera; abriendo así la posibilidad a nuevas soluciones (De Shazer, 1991).
- Ubicación en una escalada: consiste en un tipo de preguntas que ayudan a establecer la intensidad del síntoma por ejemplo: “Del 1 al 10, siendo el 10 el número de mayor intensidad ¿qué tan enojada te sientes con esta situación?” (Cade y O’Hanlon, 1995).

- Bola de cristal: esta técnica busca conducir a la persona a una visión de éxito cuestionándose cómo sería el mundo sin el problema, el ejemplo de cómo podría ser utilizada es el siguiente: “¿Cómo serían las cosas para usted y para los otros cuando el problema quede resuelto?” (De Shazer, 1991).
- Prescripción de tareas: consiste en una petición al paciente con la finalidad de que pueda experimentar comportamientos diferentes que lo ayuden a romper con las pautas de interacción previamente externalizadas (Watzlawick y Nardone, 1992).
- Haga algo diferente: Se le prescribió que “hiciera algo diferente”, al no mencionar una acción en concreto lleva a la persona a intentar nuevas soluciones espontáneas (De Shazer, 1991).
- Intervenciones paradójicas: esta técnica consiste en prescribirle al paciente que aumente su síntoma (Minuchin y Fishman, 2004).

Implementación del tratamiento

Sara estuvo en el proceso psicoterapéutico durante diez sesiones, asistiendo una vez por semana; del mes de Agosto y al mes de Diciembre del 2018

Tabla 1. Tratamiento por sesiones

Sesión	Tema
1	Crisis de ansiedad
2	Relación con el padre y con la familia paterna
3	Procesos de duelo por fallecimientos de su tío y su abuelo maternos
4	Relación con el padre
5	Relación con el padre

6	Problemáticas en la pensión donde vive
7	Relaciones de pareja
8	Cosas que ha dejado de hacer y que le gustaría retomar
9	Devaluación hacia ella misma
10	Devaluación hacia ella misma

A continuación, se presenta un fragmento de la sesión número cinco en donde el objetivo fue, utilizar la resistencia del paciente y prescribirle su propio síntoma. Se empleó la técnica de la paradoja.

Paciente: En la semana me habló mi papá, se me hizo bastante raro porque es algo que normalmente no sucede.

Terapeuta: ¿De qué estuvieron platicando?

Paciente: Me preguntó acerca de cómo me iba en las clases, sobre mis tareas, cómo me siento con las niñas de la pensión por los problemas que habíamos tenido con ellas y creo que ya.

Terapeuta: En otras sesiones habíamos hablado acerca de lo importante que es para ti sentir que tu papá está presente, no solo en la parte económica sino que se muestre interesado en ti.

Paciente: Si pero no sentí nada, no siento nada con mi papá; si me habla o no me da equis, si me pregunta cómo estoy o cómo me va en la escuela me da lo mismo; siempre habla de él y de su trabajo.

Terapeuta: hace unos momentos comentabas que te preguntó sobre ti, sobre tus clases, tus tareas, sobre las chicas de la pensión.

Paciente: Si, pero no me siento escuchada por él y me enoja y también es muy decepcionante darte cuenta que a tu propio papá claro, si es que puedo llamarlo así, no le interesas.

Terapeuta: Parece ser que lo que dices es contradictorio, por un lado no sientes NADA por tu papá, te da lo mismo sin embargo, ahora comentas que sientes decepción y enojo hacía él. ¿Cómo es eso?

Paciente: o sea si siento cosas por mi papá pero todas son negativas, no encuentro ni un punto bueno.

Terapeuta: Las personas o situaciones no son sólo blancas o negras, también existen matices, por ejemplo, si elegimos un verde o un rosa, estos tienen diferentes tonalidades. Cuando hablas de tu papá ¿en qué punto crees que este? Porque mencionas que habla de su trabajo y de él mismo pero que también te pregunta acerca de ti, de cómo te sientes.

Paciente: Pues con mi papá siempre es negro (se ríe), como te dije la sesión pasada, siento que lo odio, no tiene nada bueno ni como persona ni como padre, no me gusta ni llamarlo así.

Terapeuta: **Bueno si es así entonces está bien, sigue odiándolo, ha sido un pésimo padre.**

Paciente: (pone cara de confusión y se queda callada por unos minutos) **Pero es que me quiere...**

Terapeuta: **Entonces parece ser que no TODO es o ha sido negro como tú lo dijiste.**

El resultado obtenido de esta intervención se vio reflejado tanto en esta sesión como en las siguientes ya que, Sara comenzó a reconocer que su papá también tenía características positivas y que no todas las acciones que realizaba eran negativas. Después de esta sesión poco a poco fue mejorando la forma en la que se comunicaba con él.

Resultados del tratamiento

Respecto a los resultados cuantitativos, el puntaje de la Escala Global de Afectación (Moreno, 2012) se muestra que en el único ítem en donde no existió cambio alguno fue en “Mis actividades en mis ratos libres (salidas, cenas, diversión, deporte) está siendo perjudicado” el malestar generado se mantuvo en “casi nada”. Pese a que en los ítems “Mi relación con mi familia está siendo perjudicada...” y “Mi vida en general está siendo perjudicada...” se observa un aumento en las sesiones intermedias, al concluir el proceso se registró una mejora. En el área de vida social, trabajo/escuela y salud física con el paso de las sesiones el puntaje fue disminuyendo.

En cuanto a la Escala de Enojo Rasgo (Moscoso y Spielberger, 1999), se observa que al iniciar el proceso la paciente se encontraba en un Enojo Rasgo bajo sin embargo, al concluir las sesiones Sara se ubicó como una persona con un Enojo Rasgo “promedio”.

Tanto en el Inventario de Depresión de Beck (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998) como en el Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001) se puede ver que en la sesión inicial el puntaje obtenido indica la presencia de sintomatología moderada. Para la sesión final, la colocaron en un rango de síntomas leves.

Tabla 2. Resultados cuantitativos del instrumento Escala Global.

Instrumentos de Evaluación	Puntaje		
	Sesión 1	Sesión 5	Sesión 10
1.- Mi vida social habitual (relaciones de Amistad) está siendo perjudicada...	2	2	1
2.- Mi funcionamiento en el trabajo/escuela/labores del hogar está siendo perjudicada...	3	3	2

3.- Mis actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión, deporte) están siendo perjudicadas...	2	2	2
4.- Mi relación con mi familia está siendo perjudicada...	3	5	2
5.- Mi salud física está siendo perjudicada...	3	2	2
6.-Mi vida en general está siendo perjudicada...	4	5	3
7.- Mi relación de pareja está siendo perjudicada...	n/a	n/a	n/a
Escala de Enojo Rasgo	15	19	10
Inventario de Depresión de Beck	24	15	10
Inventario de Ansiedad de Beck	27	10	8

Los resultados cualitativos logrados durante la intervención consisten primero en, la percepción de poder controlar de mejor forma sus emociones ya que, en un inicio sentía que la sobrepasaban causándole “crisis de ansiedad”, estas últimas se encuentran en remisión total.

Logró identificar situaciones de dependencia en cuestión a las interacciones que tenía tanto con su familia paterna como con su padre, por ejemplo, la sensibilidad que presentaba ante la crítica negativa de ellos, Sara menciona que “ya no tienen tanto poder sobre ella”.

De igual manera, se situó en el rol familiar que le corresponde, diferenciándose de la madre para así poder mirar a su padre de una manera mucho más objetiva; provocando que los sentimientos negativos que tenía hacia a él disminuyeran considerablemente, ella desea que su relación mejore. Comenta que quiere conversar con él acerca del trabajo realizado durante la intervención con la finalidad de aclarar y resolver algunas cuestiones con él.

Por otro lado, la paciente identificó sus características negativas y positivas sin que se presentara la devaluación e inició una relación de pareja.

La persona del terapeuta

A partir de la retroalimentación obtenida durante la supervisión en casos y al proceso de autoobservación, se identificaron algunos elementos asociados al terapeuta que fungieron como variables que ayudaron a que sucediera el cambio y al logro de los objetivos planteados. Las fortalezas que se hicieron presentes son las siguientes:

- Empatía
- Calidez
- Contención
- Escucha atenta
- Buena postura
- Buen manejo de la voz
- Respeto de silencios
- Capacidad de análisis
- Uso del lenguaje del paciente

En cuanto a las áreas de oportunidad del terapeuta, son las siguientes:

- Trabajar con juicios de valor ya que, en una ocasión la paciente mencionó que quería matar a su papá, esta frase pudo ser una herramienta de trabajo desde el significado que le daba ella a “matar a su papá” sin embargo, mi reacción fue dirigida a que no era correcto que pensara de esa forma.
- Implementación de metáforas,
- Mayor conocimiento del modelo sistémico

Es importante mencionar que el terapeuta mantuvo un proceso de psicoterapia con la finalidad de trabajar los elementos contra-transferenciales del caso que pudieran afectar la intervención.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue exponer la aplicación de un tratamiento psicoterapéutico desde el enfoque sistémico en un caso de ansiedad acompañado de dificultades en la diferenciación familiar, en una joven de 19 años de edad. Se llevó a cabo en diez sesiones.

Los cambios que apuntan a una mejoría, se respaldan en los datos adquiridos mediante los instrumentos de carácter cuantitativo que fueron aplicados en las sesiones 1, 5 y 10 del proceso terapéutico. Estos muestran una disminución en el grado de afectación en las diferentes áreas de la vida así como en la ansiedad y depresión, sin embargo, en cuanto al enojo rasgo existió un aumento.

Finalmente, en cuanto al enfoque sistémico podemos observar que fue eficiente ya que, el asumir la posición correspondiente a hija dentro de su sistema familiar invita a Sara a no apropiarse de los conflictos paternos, modificando la relación que mantiene con ellos para así lograr un proceso de diferenciación y solidificar su propia identidad; esto secundado por lo que nos

menciona Minuchin (2003) acerca de cómo la organización de los subsistemas familiares proporciona el entrenamiento adecuado en el proceso de diferenciación; los miembros aglutinados suelen experimentar una fuerte limitación en su autonomía afectando así su propio proceso de identidad.

De igual manera, los cambios se pudieron observar en relación a la sensación de control que ahora tiene sobre sus emociones ya que, antes sentía que tenían el poder sobre ella, que la sobrepasaban. Esto ha generado que la sintomatología ansiosa y depresiva haya disminuido considerablemente, esto secundado por lo que nos menciona Bowen (como se cita en Rodríguez y Kerr, 2011) que entre mayor nivel de diferenciación exista, mayor será la capacidad de la persona de generar cercanía afectiva sin perder su autonomía emocional.

De igual manera, Sara logró hacer conscientes los pensamientos devaluativos que constantemente aparecían en relación con ella y con los otros (familia, amigos, etc.) Esto invitó a la reflexión de las habilidades, conductas y logros para resignificarlos y reconocerlos. Lo anterior pudiera conducir a la paciente a relacionarse de una forma más saludable con las personas que la rodean

Por lo antes expuesto, se recomienda que la paciente incorpore el enfoque terapéutico gestáltico como forma de tratamiento, con la finalidad de seguir trabajando su estructura e identidad propia para así movilizar otros cambios.

Referencias

- Alcázar, R. J., Deffenbacher, J. L. y Byrne, Z. S. (2011). Assessing the factor structure of the anger expression Inventory (ML-STAXI) in a Mexican sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 307-308.
- Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5°), 5° Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. 2014.
- Botella, L. y Vilaregut, A. (2001). *La perspectiva sistémica en la terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evaluación*. Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació Blanquerna Universitat Ramon Llull. Consultado en: https://www.academia.edu/15311889/La_perspectiva_sist%C3%A9mica_en_terapia_familiar_Conceptos_b%C3%A1sicos_investigaci%C3%B3n_y_evoluci%C3%B3n.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. España: Paidós.
- Feixas, G., Muñoz, D., Campañ, V. y Montesano, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Universitat de Barcelona. Consultado en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistemic_Enero2016.pdf
- Garibay, S. (2013). *Enfoque sistémico: una introducción a la psicoterapia familiar*. México: Manual Moderno.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.

- Minuchin, S. (2003). *Familia y Terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Moreno, M. (2014). *La percepción del paciente sobre su terapeuta en la primera entrevista, el número de sesiones que asisten los pacientes y los resultados del tratamiento*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia. Universidad Iberoamericana Puebla, México. No publicada.
- Moscoso, M. S y Spielberger, C.D. (1999). Evaluación de la experiencia, expresión y control de la cólera en Latinoamérica. *Revista Psicología Contemporánea*, 6, 4-13.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Depresión. 27 de Abril del 2019, de OMS Sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.
- Rodríguez, M. y Kerr, M. (2011). Introducción a las aplicaciones de la teoría familiar sistémica de Murray Bowen a la terapia familiar y de pareja. *Cuadernos de terapia familiar*, 77, 7-15.
- Spielberg, C. y Reheiser, E. (2009). Assessment of Emotions: Anxiety, Anger, Depression, and Curiosity. *Applied psychology: Health and well-being*, 1 (3), 271-302.
- Villarreal, D. y Paz, A. (2015). Terapia familiar sistémica: una aproximación a la teoría y la práctica clínica. *Interacciones*, 1(1), 45-55.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (1992). *El arte del cambio: manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1992). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder