Universidad Iberoamericana Puebla

Repositorio Institucional **http://repositorio.iberopuebla.mx**

Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia Tesis

La necesidad de superar el pasado con apego ansioso en la relación actual de pareja

Pérez Cisneros, Elba

2019-09

https://hdl.handle.net/20.500.11777/4360

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

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con reconocimiento de validez oficial por Decreto Presidencial de 3 de abril de 1981

LA NECESIDAD DE SUPERAR EL PASADO CON APEGO ANSIOSO EN LA RELACIÓN ACTUAL DE PAREJA

DIRECTOR DEL TRABAJO
DR. RAÚL JOSÉ ALCÁZAR OLÁN

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO

Que para obtener el Grado de

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

P r e s e n t a

Elba Pérez Cisneros

Puebla, Pue. 2019

LA NECESIDAD DE SUPERAR EL PASADO CON APEGO ANSIOSO EN LA RELACIÓN ACTUAL DE PAREJA

Lic. Elba Pérez Cisneros

Universidad Iberoamericana Puebla

Maestría en Psicoterapia

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo mostrar el caso de una paciente que acude al Servicio de Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo de la Universidad Iberoamericana Puebla. Adriana (pseudónimo) es una mujer de 31 años, quien define el motivo de consulta como: inestabilidad en las relaciones de pareja y crisis de ansiedad. El trabajo clínico se llevó a cabo a lo largo de 10 sesiones presenciales cuyo abordaje se realizó desde el Enfoque Sistémico, principalmente utilizando técnicas del Modelo Estructural y el Modelo de Terapia Breve: con enfoque en problemas y soluciones. Se analizó a la familia de origen, el estilo de comunicación, patrones de conducta, se buscaron las excepciones al problema, connotando positivamente los cambios y avances logrados. Es importante mencionar que en el Enfoque Sistémico no se asigna un diagnóstico a la problemática, sin embargo, como parte de los requerimientos del OPTA se aplicaron escalas de evaluación en tres momentos distintos (sesión uno, cinco y diez). El inventario de Depresión de Beck (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperana y Varela, 1998) y el Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001), los cuales permitieron conocer la severidad de los síntomas de ansiedad y depresión; de igual forma a través de la Escala Enojo-Rasgo (Moscoso y Spielberger, 1999) logró identificar el grado y nivel de esta emoción en sus tres dimensiones: expresión, supresión y control, y finalmente al aplicar la Escala Global de Satisfacción (Moreno, 2012) se monitoreó el funcionamiento de la paciente en las diversas áreas de la vida cotidiana; relación de pareja, familia y salud en general.

Introducción

De acuerdo a la Teoría del Apego de Bowlby (1969, 1982, citado en Noriega (2013), en los seres humanos existe una gran necesidad de crear y mantener la proximidad entre el individuo y alguna figura de apego para obtener protección y seguridad. Dicha necesidad surge en la infancia, pero se mantiene durante la vida y se ve reflejada en la manera en que los individuos se relacionan en cada una de las etapas del desarrollo. Cada individuo presenta una disposición al apego y depende para su supervivencia de algunas personas que le suministran los cuidados, y es por ello que tales personas se convierten en figuras de apego. El tipo de apego que cada individuo desarrolle posteriormente dependerá de sus experiencias con esas figuras. La Teoría del Apego distingue tres tipos de apego.

> El apego seguro que se puede observar cuando el niño actúa de manera confiada con su entorno. El apego evitativo se observa cuando el niño ha asumido que no puede contar con sus cuidadores, lo cual les provoca sufrimiento. El apego ansioso y ambivalente, el cual se manifiesta cuando el niño expresa emociones o sentimientos contrapuestos, generando frecuentemente angustia (Bowlby, 1982).

El niño no confía en sus cuidadores y tiene una sensación constante de inseguridad. Las emociones que se experimentan son el miedo y la angustia exagerada ante las separaciones, así como una dificultad para calmarse cuando el cuidador vuelve. Durante la interacción hay ambivalencia: enojo y preocupación, aunque la ausencia del cuidador genera ansiedad. Los niños con este estilo de apego vigilan constantemente a sus cuidadores con el objetivo de evitar un abandono. No suelen explorar el ambiente por estar vigilando la presencia del cuidador. En los adultos el apego ansioso-ambivalente, provoca una sensación de temor a que su pareja no les ame y en consecuencia les abandone. Lo anterior provoca en el adulto con este tipo de apego, una dependencia.

Las causas de la dependencia son variadas y discutibles, sin embargo, diversos estudios han apuntado a la Teoría del Apego de Bowlby para reconocer el origen y estilo dependiente de relacionarse en los adultos, principalmente en las relaciones de pareja. Hazan y Shaver (1987) citadas en Noriega (2013) fueron pioneras en este campo las investigaciones iniciadas aplicadas al amor de pareja, quienes sostuvieron que el comportamiento del adulto en relaciones cercanas está moldeado por representaciones mentales, cuyos orígenes se

encuentran en las relaciones del niño con sus cuidadores primarios. El estilo de apego predice las respuestas ante una separación tanto en los niños como en los adultos. Algunos estudios comparativos entre diversos instrumentos para medir el apego romántico en los adultos encontraron dos factores característicos: ansiedad y evitación, Brennan y Shaver, 1998, cita en Noriega (2013).

En el estilo dependiente de acuerdo a Riso (2013), la necesidad que motiva la relación de pareja no es la de ser amado, sino la de ser protegido. El individuo se muestra débil para que lo defiendan. En su interior cree que ama a su pareja, pero en realidad lo que demanda es seguridad, su objetivo es mantener la relación bajo cualquier circunstancia para evitar sentirse desvalidos y ser abandonados. Estas personas aparentan amor incondicional hacia sus parejas, amabilidad y desinterés, pero esta actitud esconde subordinación y dependencia. La reacción ante la posibilidad de ruptura no es la persecución o agresión física, sino la depresión y ansiedad. Las personas dependientes actúan como si su pareja fuera la única opción del universo, pero la verdadera razón es que buscar otro cuidador llevaría tiempo, y mientras tanto se quedarían solos. Cuando una persona con estilo dependiente acepta una separación de pareja es porque probablemente ya tiene sustituto.

Roehling, Koelbel y Rutgers citado en Noriega (2013) menciona que la dependencia se presente con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. Para los autores la dependencia refleja una estrategia de las mujeres basada en el estereotipo femenino para el afrontamiento de los estresores ambientales, mientras que en situaciones similares las adicciones y los trastornos de personalidad representan una alternativa de afrontamiento más acorde con el estereotipo masculino para los hombres. De acuerdo a Noriega (2013) cuando la dependencia y/o la codependencia se encuentra internalizada se manifiesta a través de pensamientos y sentimientos ambivalentes, contrarios, opuestos, provocando un malestar por la constante lucha interna que impide el sentirse en paz y ser congruente con uno mismo y con los demás. Cuando una persona vive en función de atender las necesidades los demás, en el fondo existe una parte que reprime e imposibilita a crecer/madurar y de manera dependiente sigue esperando que la cuiden, al mismo tiempo siente pánico ante la posibilidad de quedarse sola. La lucha interna puede calmarse o terminarse cuando la persona acepte su pasado, el abandono de sus cuidadores, el desapego de los más quiere o de los debieron

quererla. El cambio surge a través de la aceptación, el desafío a la aceptación es la necesidad de individuación (Noriega, 2013).

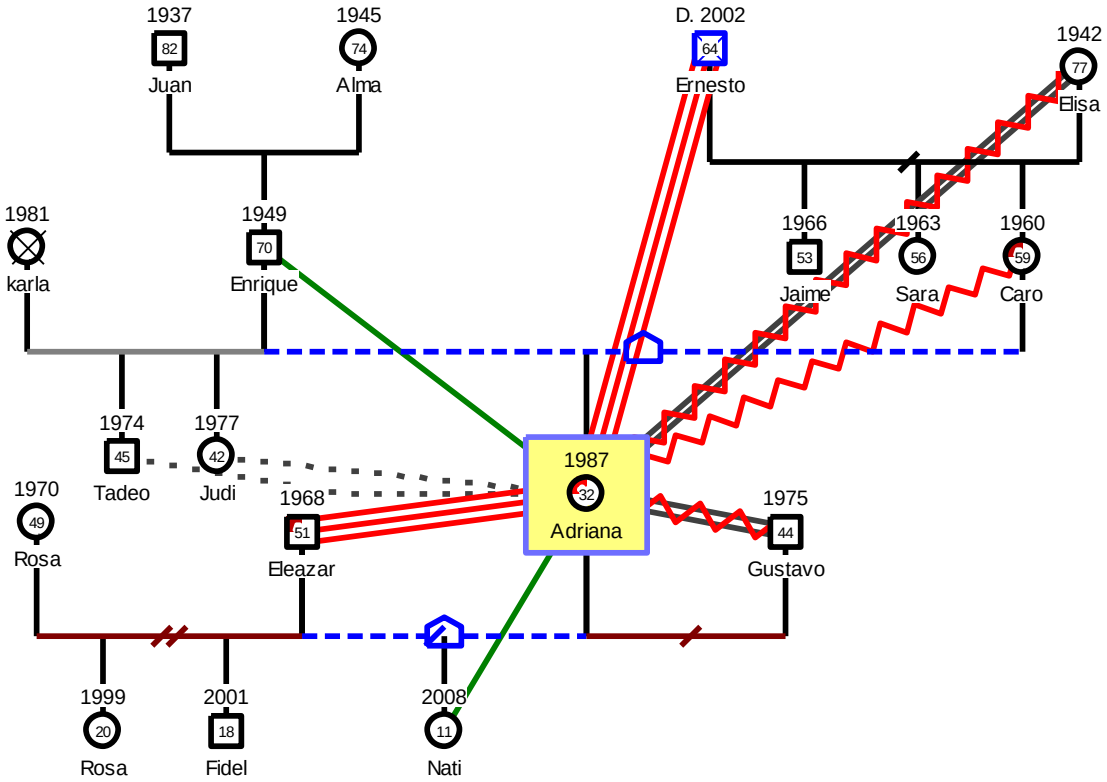
Caso Clínico

Datos de identificación

Adriana (pseudónimo), es una mujer de 31 años, de complexión robusta, mide aproximadamente 1.60 mts., tez morena clara, ojos color café, cabello ondulado y teñido de color castaño, nariz y boca pequeña para el tamaño de su cara, aparenta menor edad por la ropa que usa, no es cuidadosa en su arreglo personal. La paciente estuvo casada durante 12 años con un hombre 12 años mayor, tuvieron una hija, ella actualmente tiene diez años. La paciente refiere que durante el periodo de matrimonio experimentó violencia intrafamiliar, dependencia psicológica y económica, hace año y medio inició una relación extramarital con un hombre 19 años mayor que ella, quien actualmente está casado. Hace un año, Adriana solicitó el divorcio, el cual fue concedido un par de meses posteriores a la petición. Actualmente, Adriana vive con su nueva pareja y su hija vive con su padre, exesposo de Adriana.

Cómo antecedentes importantes se encuentra que a los tres meses de edad, Adriana enfermó de neumonía, sus padres decidieron llevarla a la casa de sus abuelos maternos para que la cuidaran porque las condiciones ambientales de su casa eran más adecuadas para su recuperación. Adriana se recuperó, sin embargo, sus padres decidieron dejarla con sus abuelos, por lo que ellos la criaron. Los padres de Adriana, la visitaban diario, al igual que sus 2 hermanos, la paciente refiere que nunca se sintió cercana a ellos. Cuando ella cumplió 15 años su abuelo murió y un año posterior al fallecimiento, su abuela le pide regresar a vivir con sus padres porque teme quedarse con la responsabilidad de cuidarla en la adolescencia sin la guía de su esposo (abuelo de Adriana). Ella regresó con sus padres, sin lograr adaptarse hasta que a los 18 años inicia una relación en la que tiene un año de noviazgo y 12 de matrimonio.

Figura I. Genogroma



Motivo de consulta

Adriana acudió a consulta debido a que ha presentado crisis de ansiedad, situación que la obliga a buscar ayuda con sus padres, quienes la condicionaron para que acudiera a terapia como lo había indicado el especialista en Psiquiatría. Al iniciar la primera sesión informa que estaba en tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos, Sertralina y Alprazolam, respectivamente. Adriana refiere tres intentos de suicidio en el último año (en las dos primeras ocasiones intentó cortarse las venas con utensilios punzocortantes y en la tercera ocasión se colocó en medio de la carretera para ser arrollada por un auto), pérdida de sentido de vida, desolación, sensación de vacío, se observa una dependencia hacia las figuras de protección, incapacidad para cuidar de sí misma (arreglo personal, buenos hábitos alimenticios, rutina adecuado de sueño, falta de compromiso y disciplina en la toma los fármacos recetados por la psiquiatra), sentido de inferioridad ante las personas idealizadas, temor al abandono. Manifiesta idealización hacia las figuras masculinas parentales (abuelo materno, padre y parejas).

Instrumentos de Evaluación

A continuación, se describen las escalas utilizadas para este caso, se aplicaron en tres momentos distintos, en la sesión uno, cinco y diez.

La justificación para usar escalas sobre ansiedad, enojo y depresión es bajo el supuesto de que estas tres emociones representan los “signos vitales” de la salud mental de acuerdo con Charles Spielberger (2009). Con respecto a evaluar en la sesión, uno, cinco y diez, se hizo así para tener el mayor control posible del caso, desde una perspectiva de la psicología experimental, a lo anterior se le llama “diseño de medidas repetidas” (Arnau y Bono, 2008) o diseño intra-sujeto, en el cual la misma persona es evaluada en varias ocasiones. El momento exacto de evaluación (sesiones 1, 5 y 10) se decidió de manera arbitraria, en congruencia con las instrucciones impartidas a todos los terapeutas de la clínica OPTA.

La Escala Global. La escala global validada por Alcázar y otros (2011), es un instrumento que tiene como objetivo medir el funcionamiento en las diversas áreas de la vida personal (pareja, familia), laboral, escolar, social y salud física. Consta de 10 reactivos, cada reactivo se puntúa del 1 al 6, correspondiendo de la siguiente manera: 1 (Nada), 2(casi nada), 3 (Poco), 4 (Regular), 5 (Mucho) y 6 (Muchísimo).

A continuación, se presentan ejemplos de reactivos:

ESCALA GLOBAL

Instrucciones: Responde todas y cada una de las preguntas. Indica con una "X" la opción que mejor te describa.

Durante las últimas dos semanas, a causa de mis problemas…	**1 Nada**	**2 Casi nada**	**3 Poco**	**4 Regular**	**5 Mucho**	**6 Muchísimo**
1, Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada…						
2, Mi funcionamiento en el trabajo/escuela/labores del hogar está siendo perjudicado…						
3, Mis actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión, deporte) están siendo perjudicadas…						
4, Mi relación con mi familia está siendo perjudicada…						
5, Mi salud física está siendo perjudicada…						
6, Mi vida en general está siendo perjudicada…						
7, Mi relación de pareja está siendo perjudicada… ( ) Yo no tengo pareja.						

Figura 2: Reactivos contenidos en la Escala global.

La Escala Enojo Rasgo. Esta escala fue creada por Moscoso y Spielberger en 1999 y validada en México por Alcázar (2013). Es un instrumento que mide el enojo como un estado que varía en intensidad y que afecta en lo físico, al sistema nervioso autónomo, en la parte emocional, se presenta una activación fisiológica, en el aspecto cognitivo, distorsiona la percepción de la experiencia. La escala consta de 10 reactivos, cada reactivo se puntúa del 1 al 4, correspondiendo la puntuación del 1 (casi nunca), 2 (algunas veces), 3 (frecuentemente) y 4 (casi siempre). Algunos de los ejemplos de los reactivos son:

CÓMO ME SIENTO GENERALMENTE…	(1) Casi nunca	(2)Algunas veces	(3)Frecuen-temente	(4) Casi Siempre
1 Soy muy temperamental (enojón).				
2 Tengo un carácter irritable.				
3 Exploto fácilmente.				
4 Me enojo cuando hago algo bien y no es apreciado.				
5 Me enojo muy fácilmente.				
6 Me pongo furioso cuando me critican delante de los demás.				

Figura 3: Reactivos contenidos en la Escala enojo-rasgo.

El inventario de Depresión de Beck (BDI). Es una de las escalas más utilizadas en el mundo, fue construida en Estados Unidos por Beck y colaboradores en 1961, es utilizada para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas. La prueba tiene un respaldo de 25 años de estudios de investigación. El BDI representa un síndrome general de depresión que se puede dividir en tres factores altamente intercorrelacionados: actitudes negativas, deterioro del rendimiento y alteración somática. El BDI discrimina entre subtipos de depresión y claramente diferencia la depresión de la ansiedad, consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Las preguntas están relacionadas directamente con síntomas de la depresión como lo son: la desesperanza, irritabilidad, pesimismo, episodios de llanto y fatiga.

A continuación, se presenta un ejemplo de los reactivos del instrumento antes descrito:

0 YO NO ME SIENTO TRISTE
1 ME SIENTO TRISTE
2 ME SIENTO TRISTE TODO EL TIEMPO Y NO PUEDO EVITARLO
3 ESTOY TAN TRISTE O INFELIZ QUE NO PUEDO SOPORTARLO

0 EN GENERAL NO ME SIENTO DESCORAZONADO POR EL FUTURO
1 ME SIENTO DESCORAZONADO POR MI FUTURO
2 SIENTO QUE NO TENGO NADA QUE ESPERAR DEL FUTURO
3 SIENTO QUE EL FUTURO NO TIENE ESPERANZA Y QUE LAS COSAS NO PUEDEN MEJORAR

Figura 4: Reactivos contenidos en el Inventario de Depresión de Beck.

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Es una escala que mide la severidad de los síntomas de ansiedad. El cuestionario consta de 21 preguntas, éstas sugieren claramente los síntomas que podrían observarse cuando se presenta la ansiedad, por ejemplo: la incapacidad para relajarse, presencia de latidos del corazón fuertes y acelerados, nerviosismo, miedo a perder el control, temor a morir, entre otros. Cada pregunta se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "poco o nada", 1 a "más o menos", 2 a "moderadamente", 3 a "severamente". A continuación, se presenta una sección de la escala:

	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
1. ENTUMECIMIENTO, HORMIGUEO.	_____	_____	_____	_____
2. SENTIR OLEADAS DE CALOR	_____	_____	_____	_____
3. DEBILITAMIENTO DE PIERNAS	_____	_____	_____	_____
4. DIFICULTAD PARA RELAJARSE	_____	_____	_____	_____
5. MIEDO A QUE PASE LO PEOR	_____	_____	_____	_____
6. SENSACION DE MAREO	_____	_____	_____	_____
7. OPRESION EN EL PECHO, O LATIDOS ACELERADOS	_____	_____	_____	_____

Figura 5: Reactivos contenidos en el Inventario de Ansiedad de Beck

Formulación del Caso

De acuerdo a Minuchin y Fishman (2011) la familia que ha sufrido muerte o deserción puede tropezar con problemas para reasignar las tareas del miembro que falta. Los miembros de estas familias pueden vivir sus problemas como la consecuencia de un duelo incompleto. Es decir, las familias que se enfrentan a la ausencia de un integrante deberán reasignar redistribuir las tareas del miembro faltante, por lo tanto el sistema familiar probablemente tiene dificultades para reestructurase.

El Modelo Sistémico comprende la configuración familiar a partir de diferentes factores, en el caso que se presenta se enfocará en la dinámica trigeneracional. Asimismo, será objeto

de observación el síntoma que se presenta para mantener el equilibrio de la familia (homeóstasis).

La abuela se hacía cargo de la nieta (Adriana), sin embargo, protestaba porque la madre no se hacía cargo de ella, pero el abuelo no permitía dejarla ir con sus padres biológicos. De este modo el abuelo crea una alianza con Adriana. Se focalizó las primeras sesiones en conocer y reconocer en la familia de Adriana los tres niveles de jerarquía.

Adriana proviene de una familia que presenta una triangulación entre los progenitores, se forman alianzas y coaliciones entre sus miembros. Entendiendo que las alianzas son las uniones entre dos personas para darse apoyo entre sí y la coalición es la unión entre dos personas para actuar en contra de un tercero. Adriana mantuvo una alianza con su abuelo y al mismo tiempo una coalición con su padre en contra de su madre, posteriormente su alianza la hizo con su esposo y mantuvo la coalición con su padre para seguir en contra de su madre, posteriormente estos patrones de relación se modificaron cuando Adriana se divorcia e intenta hacer alianzas y coaliciones que le permitan mantener su conducta y fracasa. Busca terapia encontrar una coalición a través de este proceso y lo que descubrió fue una forma distinta de resolver sus necesidades de dependencia a través de las alianzas con ella misma y con las personas con las que convivía. Cabe mencionar que lo anterior se puedo entender a mencionar que a Adriana la entregaron con sus abuelos maternos desde sus primeros meses de edad. Ella creció con los abuelos hasta la adolescencia, ausente de sus padres, hasta la muerte del abuelo, momento en el cual la abuela regresó a Adriana con sus papás. En consecuencia, Adriana no tuvo figuras parentales sólidas. La crianza por sus abuelos fue a través de la sobreprotección, ausencia de límites, no se generó tolerancia a la frustración, etc. En su vida adulta, Adriana presenta una necesidad de cuidado reflejada en dependencia emocional de la pareja, que de acuerdo con Martínez (2017), tiene las siguientes características: idealización, relación posesiva, relación demandante, relación de control, celos y lucha de poder.

Adriana ha buscado en sus parejas la figura parental de su abuelo, quien murió cuando ella tenía 15 años. A los 19 años decidió casarse con un hombre 12 años mayor. Su matrimonio duró 12 años y en este periodo refiere haber sufrido violencia intrafamiliar, infidelidades, dependencia económica y emocional. Estas formas de violencia también las

sufrió la abuela materna, con quien Adriana creció, actualmente repite este rol sumiso y dependiente. Cuando decide separarse es porque había iniciado una relación extramarital con un hombre 19 años mayor que ella, quien representó nuevamente una figura parental de protección, seguridad y contención. Después de un año, él le propuso terminar la relación y ella trató de suicidarse en tres ocasiones (en las dos primeras intentó cortarse las venas con utensilios punzocortantes y en la tercera ocasión se colocó en medio de la carretera para ser arrollada por un auto); finalmente, él la "entregó" a sus papás para no responsabilizarse de ella. Los papás condicionaron a Adriana para tomar tratamiento psicológico o psiquiátrico y no regresar con su pareja actual.

Desde una perspectiva de género, este caso refleja el sistema patriarcal en el que se encuentra nuestra sociedad. El dominio masculino se expresó por medio de distintas formas de violencia como la infidelidad y el rol del varón como principal y único proveedor económico. Por su parte, la abuela en su rol femenino, asumió el rol dependiente, lo cual contribuyó a "tener que tolerar" las conductas de su marido. En cuanto a la paciente Adriana, al crecer con la abuela, poco a poco adquirió los estereotipos y roles masculinos y femeninos "tradicionales" y patriarcales dentro de su contexto familiar. Como resultado esperable, Adriana repitió nuevamente los "dictados" de este sistema patriarcal, a través de ordenar, repetir y continuar los roles que aprendió con su abuela. Bajo esta perspectiva, bajo que las mujeres "tienen permiso" de sentirse mal o deprimidas, entonces Adriana buscó ayuda psicológica. Pero no sólo la conducta de Adriana fue un resultado esperado por las condiciones de su familia de origen sino también por lo que refiere Heller (1972) citado en Piedra (2013) como "cotidianidad", lo que hacemos, sentimos y percibimos de la sociedad, de las estructuras socioeconómicas de una sociedad determinada, así como la forma en que actuamos diariamente en ella, en cómo nos vinculamos a los espacios, en lo que somos y queremos ser y la articulación social que se da entre las experiencias individual y colectiva.

Desde el enfoque sistémico, la explicación es que Adriana recurre a sus síntomas (por ej. ansiedad, intentos de suicidio, como una forma analógica de comunicación (el síntoma como comunicación, Watzlawick, 1991). Además, Adriana se apoya en sus síntomas para lograr un equilibrio (homeóstasis) y reorganización de sus sistemas relacionales, con el propósito de lograr una o varias formas de relacionarse con los demás que le den mayor seguridad.

Elección de Tratamiento

El tratamiento se enfocó en diferenciar a la paciente de su familia de origen, por medio de fortalecer su autocuidado y lograr autosuficiencia económica, en lugar de depender de la pareja. Este objetivo es relevante porque durante los últimos años ha dependido siempre en lo económico y en lo emocional, buscando aprobación y cuidado de sus parejas. Su infancia, en la que creció con sus abuelos, sigue permeando sus relaciones actuales, dado que la paciente busca figuras masculinas que sean muchos años mayores que ella.

Para tratar de diferenciar a la paciente de su familia de origen (individuación), se usaron técnicas como evaluar ventajas y desventajas de continuar viviendo con sus padres, así como las ventajas y desventajas de vivir con su pareja. Se indicaron tareas paradójicas. También se implementó una técnica en que la paciente visualizara el futuro de su hija (visión de largo plazo), de manera que ella pudiera implementar acciones actualmente, que impidieran que la hija repitiera patrones de dependencia y desvalorización (no creer en sí misma o creer que no puede hacer nada). Por todo lo anterior los objetivos que se establecieron fueron los siguientes:

Cambio 1. Disminución de las ideas suicidas y la disminución de las crisis de ansiedad.

Cambio 2 Reestructurar el sistema y desarrollar en la paciente nuevas habilidades para relacionarse consigo misma y con los demás. Para ello se focalizó en:

- Generar individuación con respecto a los miembros de la familia de origen, principalmente con sus padres y abuelos.
- Generar individuación con respecto a la pareja.
- Generar alianzas y romper coaliciones.
- Resignificar el síntoma ¿qué significa la ansiedad?

Para lograr los objetivos establecidos, se emplearon diversas técnicas, algunas se describen a continuación:

- Ilusión de alternativas: presentación de alternativas, las dos son ilusorias cuando el paciente identificado siente que tiene la libertad de escoger, pero realmente solo tiene una opción. Se presiona para elegir entre dos alternativas, pero se trata de una elección que bien es ilusoria porque ninguna de las dos es adecuada o por cualquier otra razón es imposible la práctica.
- Uso de la paradoja: se prescribe la continuidad del síntoma durante un tiempo fijado.
- El derecho a la última voluntad. Esta técnica se usa con personas con ideas suicidas. Consiste en preguntar a la persona cómo quisiera vivir sus días, desde ahorita hasta su día final. El propósito de fondo es que la persona encuentre un sentido positivo a sus días, de manera que renuncie a sus ideas de muerte.
- Establecimiento de límites: incluyen el proceso por el cual el terapeuta ayuda a controlar la inclusión de los miembros de la familia. Aumentando la proximidad y experimentación entre los miembros del subsistema, es una forma de describir las transacciones moderadas entre algunos miembros con exclusión de otros.
- Analogía, parábolas y relatos: Semejanza de una cosa u otra, o se habla de ella como si fuera otra, parábola, historias que pueden ejemplificar la situación de las personas o transmitir un mensaje. Anécdotas y relatos: pretende que las personas no piensen que son las únicas que tiene el problema y presenten una solución. Se usa directamente para amplificar algo que el terapeuta quiere transmitir. Donde se pretenden eludir tendencias mentales consientes, que presenten sus propias soluciones.

Implementación del Tratamiento

El tratamiento consistió en una sesión semanal durante 10 semanas, en este periodo se trabajó bajo el Enfoque Sistémico, enfocándose en la familia de origen para lograr entender el funcionamiento de acuerdo a roles, jerarquías, reglas y la forma en que interactúan para lograr la estabilidad o el equilibrio. Como ya se ha mencionado anteriormente, en el caso de Adriana, la enfermedad, el síntoma fue la forma de regulación en su familia de origen desde que era una niña y en el presente, el síntoma sigue siendo su herramienta/mecanismo para encontrar el equilibrio, y ahora lo hace con su pareja. A continuación, se muestra el diálogo

de la sesión cinco que tuvo como objetivo trabajar y reconocer sus experiencias de autonomía y mostrarle que sí puede estar sola y hacer actividades de disfrute sin su pareja. Asimismo, hacerle ver que vivir en pareja puede ser una convicción no una necesidad. Para lo anterior, se utilizó la metáfora, técnica que se emplea para transmitir un mensaje no relacionado directamente con el problema sin que su percepción pueda bloquearse por la intervención de las funciones racionales.

Diálogo Terapeuta-Paciente

Terapeuta: Hola, pensé que no vendrías, tú eres muy puntual, ¿qué pasó?

Adriana: Es que me vine sola en camión y cuando llegué aquí no me acordaba en qué edificio, era porque siempre vengo con Ezequiel, pero ves que está de viaje y regresa hasta mañana.

Terapeuta: Sí lo recuerdo y me da mucho gusto que hayas decidido venir a tu terapia aún sin él…y dime … ¿cómo han sido tus días sin Ezequiel?

Adriana: al principio pensé que no podría…pero me di cuenta que ya no es mi sol.

Terapeuta: ¿a qué te refieres cuando dices que "ya no es tu sol?"

Adriana: pues sí, eso. que sí puedo vivir sin él…él me dijo un día…creo que Tú y Yo no nos vamos a quedar juntos, creo que Yo sólo estoy contigo para verte "volar".

Terapeuta: ¿y tú qué opinas de eso?

Adriana: ¡ay no!…Yo quiero estar con él.

Terapeuta: estás con él…podrías continuar con él…y volar juntos, o tal vez él te vea volar y tú puedes descender y encontrarlo y viceversa.

Adriana: si puede ser…no sé

Terapeuta: y en los días que no ha estado Ezequiel, ¿has volado?

Adriana: (risas) pues sí, me fui con mis amigos al teatro…llegué a mi casa hasta las 11:30, si estuviera en la casa de mis papás, ya estaría regañada y castigada.

Terapeuta: ¿qué otras cosas hiciste?

Adriana: Intenté llevar a mi hija a la escuela en camión, pero mi papá no me dejó, cuando pasó por nosotras le intenté explicar… dijo que no era necesario, que para eso él tenía coche y que además…cómo en camión, ya sabes cómo somos de familia conocida en Cholula, eso lo avergüenza

Terapeuta: ¿y a ti te avergüenza andar en camión?

Adriana: Pues…sí…un poco…bueno…no tanto… más que eso…me da miedo perderme porque casi no ando sola así, pero hoy me di cuenta que no pasa nada.

Terapeuta: ¿y si te perdieras?

Adriana: pues preguntaría o tomaría un taxi y ya…encontraría la forma de regresar a mi casa.

Terapeuta: Entonces, sí puedes andar sola, salir sola, estar sola…sí puedes volar.

Adriana: pues sí…creo que me gustó, dormí en la cama con mucho espacio, comí cuando quise y no lavé los trastes un día, salí con mis amigos, creo que me está gustando…

A continuación, se describe el trabajo realizado en las diez sesiones de intervención con Adriana.

Tabla 2. Descripción breve de los objetivos y la técnica utilizada durante las 10 sesiones del Proceso terapéutico.

Número de sesiones:	10	
Periodicidad:	semanal	
Sesión	**Objetivo**	**Técnica empleada**
1	No contradecir sus "deseos" y utilizar una expresión contradictoria que le permitiera cambiar su postura sobre su deseo de morir.	Derecho a la última voluntad Connotación positiva
2	Esclarecer que su decisión de morir tendría consecuencias graves para ella y su hija.	Elaboración de carta terapéutica, ilusión de alternativas

3	Revisión de frecuencia e intensidad del síntoma. Moverla de su rol de "víctima" y responsabilizarla de sus decisiones.	Técnica de escala Resignificación
4	Proporcionarle otra alternativa de relacionarse con su pareja.	Pregunta del milagro Reencuadre
5	Disminuir la resistencia al cambio.	Metáfora, analogía connotación positiva
6	Identificar las actividades que sí puede hacer sin necesitar a alguien.	Búsqueda de excepciones
7	Hacer evidente su avance con respecto a la disminución de ansiedad y el reconocimiento de otras formas de relacionarse.	Preguntas de escalada, establecimiento de límites
8	Hacer evidente sus herramientas personales y la posibilidad de tomarlas cuando así lo requiera.	Caja de recursos
9	Reconocerle el esfuerzo y avances que ha tenido durante el proceso.	Connotación positiva
10	Personificar a su pareja, ofreciéndole una visión distinta sobre el discurso que maneja y sus continuas demandas.	Externalización del problema

Resultados

A continuación, se presentan los resultados cualitativos y cuantitativos que la paciente a través de la psicoterapia logró durante las 10 sesiones.

Resultados cualitativos

Adriana logró reconocer las excepciones sobre la presencia o desarrollo de sus ataques de ansiedad, las cuales estaban relacionadas con las actividades y el tiempo compartido con su

hija. Asimismo, profundizó en las razones por las cuales sí quería seguir viviendo y con ello los intentos e ideas suicidas fueron disminuyendo hasta desaparecer. Es importante mencionar que el apego al tratamiento farmacológico también fue un logro que hizo posible lo mencionado anteriormente.

La paciente fue capaz de separarse de su familia de origen a pesar de la crítica y sentimientos de culpa que ello le provocaba, para después transformar la culpa en sentido de responsabilidad de sus decisiones.

Adriana empezó ser más cuidadosa con su apariencia física, cuidó su alimentación para perder peso y sentirse segura. Asimismo, logró planear y llevar acabo (después de varios intentos fallidos) la elección de una actividad que le daría como resultado la independencia económica.

Resultados cuantitativos

Tabla 1. Resultados de las escalas aplicadas durante las 10 sesiones del tratamiento.

Escalas	**Sesión 1**	**Sesión 5**	**Sesión 10**
Escala Global			
1. Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada	3	4	3
2. Mi funcionamiento en el trabajo/escuela/hogar está siendo perjudicado	5	3	3
3. Mis actividades en ratos libres están siendo perjudicadas	5	3	4
4. La relación con mi familia está siendo perjudicada	3	5	4
5. Mi salud física está siendo perjudicada	4	4	3
6. Mi vida en general está siendo perjudicada	6	6	3
7. Mi relación de pareja está siendo perjudicada	6	3	4
Escala Enojo-Rasgo	14	20	17
Inventario de Depresión de Beck	43	21	21

Inventario de Ansiedad de Beck	47	37	33

En la escala Global se puede notar el incremento de funcionalidad en los ítems 6 y 7. Con respecto al 6, el cual corresponde a la vida en general Adriana puntúa en la sesión uno el puntaje máximo de disfuncionalidad que es un 6 y al terminar el trabajo clínico en la sesión diez puntúa 3. Recordando la pérdida de sentido de vida con el que Adriana se presenta a terapia por primera vez es un avance significativo. Con respecto al ítem 7, el cual está relacionado con la relación de pareja, Adriana en la sesión 1 puntúa con 6, en la sesión 5 en la cual estaba logrando ser escuchada y había experimentado la ausencia de su pareja (porque estuvo de viaje por trabajo) sin crisis de ansiedad ella puntúa en 3, lo que nos indica un aumento considerable de funcionalidad y finalmente la sesión 10, nos marca la escala un 4, lo cual nos apunta que ha mejorado con respecto al primer momento sin embargo, podría reincidir en la disfuncionalidad nuevamente.

Escala Enojo-Rasgo- Las puntuaciones del instrumento en las sesiones programadas, 1, 5 y 10, fueron 14, 20 y 17, respectivamente, es decir el enojo fue incrementando. en este caso el caso de Adriana este aumento tiene un significado positivo, ya que en las primeras sesiones la paciente refería sentimientos de culpa con respecto a sus pensamientos (e.g., “no quiero odiar a mi madre”, “mi hija tiene razón en rechazarme porque la abandoné”, “No puedo enojarme con Gustavo porque ahora no puede verme…yo lo engañé”). Podría decir que la culpa se convirtió en enojo por las circunstancias, la aceptación de sus emociones reales no encubiertas.

Inventario de Depresión de Beck – El puntaje de la primera sesión fue de 47, esto significa que la evaluada presentaba síntomas de depresión severa. Los pensamientos sobre el pasado eran de desolación, injusticia, tristeza, principalmente por el abandono de sus padres, asimismo por la muerte de su abuelo quien había ejecutado el rol de padre y que al morir dejó a Adriana con un sentimiento de desamparo. La paciente había perdido el sentido de vida, se sentía cansada, su actividad física y social eran casi nulas. Constantemente se sentía culpable por no poder cuidar a su hija y sus pensamientos de fallo con respecto al de rol de madre eran

constantes. Posteriormente en la sesión cinco y diez, la puntuación fue de 21, la cual puede interpretarse como la disminución o interrupción de los síntomas depresivos, se pudo observar que Adriana empezó a cuidar su aspecto físico, reconoció sus recursos como madre y cuidadora de su hija, logró integrarse a algunas actividades con ella (iba a peinarla a la casa de su padre antes de ir a la escuela, la llevaba a la escuela y los días que le asignaban de visita hacían tarea juntas). Adriana recuperó energía para realizar labores del hogar y diseñar un plan que le pudiera otorgar autonomía económica.

Inventario de Ansiedad de Beck-Como se puede observar en la tabla 1 la puntuación en la sesión uno fue de 47 puntos lo que significa la presencia de síntomas de ansiedad severa. Adriana experimentaba pensamientos desalentadores sobre el futuro, no sólo de su vida con su nueva pareja, sino también de la relación con su hija, la relación con sus padres. De la misma forma le preocupaba la situación económica la cual era restringida en comparación con la que había vivido con su exesposo. Todo lo anterior valida la presencia de ataques de pánico, los cuales la paciente los refería como tener miedo a morirse. Posteriormente en la sesión cinco Adriana puntúa en 37, cifra menor a la inicial la cual no indica una mejoría significativa. Finalmente, en la sesión diez los resultados nos muestran 33 puntos, lo que significa la presencia de ansiedad moderada, la cual podía identificar y reaccionar de forma adecuada y segura, Adriana cuando sentía que podía experimentar un ataque de pánico se quedaba en casa, se tomaba el medicamento prescrito, realizaba sus ejercicios de respiración y buscaba estar acompañada.

La persona del terapeuta

Los rasgos de personalidad, formación académica y hasta la etapa en el ciclo en el que se encuentra la terapeuta influyó de forma indirecta en la intervención terapéutica con la paciente. Por este motivo, la terapeuta se mantuvo en constante supervisión y también en un proceso psicoterapéutico para que los elementos antes mencionados no determinaran el rumbo de la paciente, sino todo lo contrario, que la paciente determinara su avance, a su ritmo y capacidad de cambio.

El motivo de consulta de Adriana (Ansiedad con ataques de pánico) es un trastorno de interés para la terapeuta, lo que provocó en ella confianza para trabajar con el síntoma de la paciente, para que ella lo desplace y dejara de focalizarlo como problema. Otro elemento importante fue la escucha activa, que sin duda fue la clave de las primeras sesiones en las cuales la paciente tenía una sobrecarga de información (deseo, necesidad de vaciar), que mantenían sus pensamientos catastróficos sobre el futuro. Con lo anterior fue importante devolver a la paciente sus patrones y creencias, a través de los mensajes constantes usando su propio lenguaje, añadiendo como elemento clave el ritmo y tono de voz suave por parte de la terapeuta. La flexibilidad dentro de las sesiones de trabajo fue un elemento constante, principalmente en la duración de las sesiones, que generalmente rebasaban por 10 o 15 minutos, el tiempo estipulado por el OPTA (1 hora). En ese momento la terapeuta lo percibía como ventaja, sin embargo, tomando en cuenta que la paciente presentaba rasgos de personalidad dependiente, la terapeuta debió actuar determinante y más firme, para fomentar la autonomía en la resolución de conflictos. Por lo anterior, se considera que las áreas de oportunidad son las siguientes: hacer confrontación directa, cerrar las sesiones en el tiempo estipulado, interrumpir o detener una idea para no seguir ahondando en más de lo mismo.

Discusión

Este estudio de caso tenía la finalidad de explorar y fundamentar la eficiencia de la Terapia desde el Enfoque Sistémico con una paciente que presentaba un síntoma que se mantenía para mantener el equilibrio de la familia. Asimismo, era importante mostrar los resultados cuantitativos que las escalas y cuestionarios mostraron al aplicarlos en diferentes momentos del trabajo clínico, para ver los resultados estadísticamente, es decir, tener datos de comprobación de mejoría en los “signos vitales” de la salud mental de acuerdo a Spielberger (2009). Durante el proceso terapéutico sí se lograron los objetivos planteados, uno de éstos fue el trabajo del duelo con el abuelo materno de Adriana, que pudo notarse cuando se ella se da cuenta que en la pareja actual y con su exesposo ha buscado la figura paterna que le representó su abuelo, quien al morir deja Adriana es un estado de vulnerabilidad emocional, provocando como consecuencia la búsqueda de un protector, posteriormente una codependencia y finalmente una constante percepción de amenaza de abandono que le provocada crisis de ansiedad.

Por otro lado, se logró que Adriana asumiera la responsabilidad de sus decisiones, esto se ve reflejado cuando Adriana decide salir de la casa de sus padres para mudarse a la casa de su pareja, trabajando la diferenciación con ellos. Asimismo, la paciente inició un proyecto que le permitiría tener autonomía económica, empezó a vender tortas cerca de su casa, la actividad no duró muchas semanas, sin embargo, después buscó trabajo en una gasolinera, suministrando combustible y atención al usuario.

Es importante señalar algunas limitaciones del presente trabajo. En este estudio de caso las crisis de ansiedad estuvieron controladas por el tratamiento farmacológico, en el cual se confió, sin embargo, no se tomó en cuenta la importancia de la adherencia al tratamiento, lo que trajo como consecuencia el abandono del mismo y la presencia de crisis de ansiedad más intensas, lo anterior se presentó en la penúltima sesión, observando que los avances logrados fueron interrumpidos por la presencia del síntoma, nuevamente.

Para concluir, se considera importante destacar que el Modelo Sistémico en este caso donde el síntoma se presentaba de una forma fisiológica, debió ser apoyado por el modelo cognitivo conductual, para desde la integración de técnicas los objetivos pudieran perdurar con el tiempo.

Referencias

Alcázar, R.J., Deffenbacher, J.L. y Byrne, S.Z. (2011). Assessing the factor structure of the anger expression inventory (ML-STAXI) in Mexican simple. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11, 307-318.

Arnau, J y Bono, R (2008). Estudios longitudinales de medidas repetidas, modelos y análisis. Escritos de Psicología Universidad de Barcelona, Vol. II, no. 1. Documento en línea Recuperado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092008000300005

Haley, J. (1985). *Terapia para resolver problemas*: *nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz* .Buenos Aires, Argentina: Amorrortu

Jurado, S. Villegas, M.E. Méndez, L., Rodríguez, F., Loperana, 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.

Martínez, A. (2017). La pareja sana: enfoque humanístico y sistémico. México.

Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (2011). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós

Moreno, M. y Medina, A. (2006) Epidemiología y Comorbilidad de los trastornos de personalidad. Documento en línea recuperado en http://www.redalyc.org/pdf/582/58225137005.pdf

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.

Noriega, G. (2013). *El guión de la codependencia en relaciones de pareja: diagnóstico y tratamiento*. México: Manual Moderno

Piedra, Nancy (2013). La importancia del enfoque de género en la investigación socio-histórica. Revista de Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica, Vol. II, no. 140. Documento en línea recuperado en http://www.redalyc.org/pdf/153/15329874002.pdf

Riso, W. (2013). *Deshojando margaritas: acerca del amor convencional y otras malas costumbres.* México: Océano.

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, 211-2018.

Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (2017). *Teoría de la Comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas.* España: Herder.