

Abordaje de la Ansiedad desde la Psicoterapia Emocional Sistémica

Addressing Anxiety from the Systemic Emotional Psychotherapy Standpoint

Eduardo Torres Celdrán

Universidad Nacional de Educación a Distancia. Grupo UDICAP (Grupo Universitario para el Desarrollo y la Investigación Científica de la Asistencia Psicológica). Psicólogos Pozuelo, España

Resumen: La Psicoterapia Emocional Sistémica es un enfoque integral que dota al profesional de un marco conceptual amplio y flexible para el abordaje de problemas psicológicos y relacionales. En el contexto actual, en el que la incidencia de problemas de salud mental que afectan a la población va en aumento, es necesario desarrollar procedimientos y abordajes psicoterapéuticos contemporáneos que se adapten a las necesidades de los pacientes, sus familiares y los profesionales de la psicología. Actualmente la ansiedad es uno de los principales motivos de consulta, se calcula que afecta al 10% de la población mundial. En este artículo se exponen los principios básicos de la Psicoterapia Emocional Sistémica y su aplicación en un caso con una persona que padece ansiedad.

Palabras clave: ansiedad, psicoterapia, psicoterapia emocional sistémica

Abstract: Systemic Emotional Psychotherapy is a comprehensive approach that provides the professional with a broad and flexible conceptual framework for addressing psychological and relational problems. In the current context, in which the incidence of mental health problems affecting the population is increasing, it is necessary to develop contemporary psychotherapeutic procedures and approaches that are adapted to the needs of patients, their families and psychology professionals. Anxiety is currently one of the main reasons for consultation, estimated to affect 10% of the world's population. This article presents the basic principles of Systemic Emotional Psychotherapy and its implementation in a case with a person suffering from anxiety.

Keywords: anxiety, psychotherapy, emotional systemic psychotherapy

Eduardo Torres Celdrán es Psicólogo, Psicoterapeuta EUROPSY. Director del GRUPO Universitario para el Desarrollo y la Investigación Científica en la Asistencia Psicológica (UDICAP) enmarcado en la oficina de transferencia de resultados de investigación de la UNED. También trabaja en la UOC y en Psicólogos Pozuelo como psicoterapeuta y docente.

Para citar este artículo: Torres Celdrán, E. (2022). Abordaje de la Ansiedad desde la Psicoterapia Emocional Sistémica. *Clínica Contemporánea*, 13(3), Artículo e22. <https://doi.org/10.5093/cc2022a18>

La correspondencia de este artículo debe enviarse al autor Eduardo Torres Celdrán al e-mail: edu.torres.celdran@gmail.com



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

Los avances tecnológicos y las crisis económicas han generado cambios en nuestro estilo de vida y en nuestra manera de relacionarnos. La tendencia a establecer relaciones superficiales y a priorizar la autosuficiencia se ha extendido en la sociedad. A este contexto de crisis vincular (Torres y Bermejo, 2017) se suman los efectos derivados de la COVID que han afectado directamente a la salud mental de las personas (Hernández Rodríguez, 2020). Entre los problemas de salud mental, la ansiedad se ha convertido en uno de los más habituales y frecuentes. Actualmente, el abordaje de los problemas de ansiedad representa un desafío que trasciende a la consulta de los profesionales de la psicología.

La ansiedad se considera una respuesta psicofisiológica que nos prepara para adaptarnos de manera efectiva a situaciones cotidianas. En la mayoría de los casos suele ser adaptativa y contribuye a aumentar el rendimiento cognitivo y físico. En otras ocasiones puede representar un problema de salud mental si los niveles de ansiedad dificultan el normal funcionamiento de la persona (Ormel et al., 1994). Los problemas de ansiedad suponen un enorme coste en términos personales, comunitarios y económicos (Demertzis y Craske, 2006).

Los estudios realizados sobre ansiedad nos muestran que sus causas son multifactoriales (González Martínez, 1993). Existen algunos elementos que nos hacen más vulnerables a padecerla, como el tipo de apego, los estilos parentales, haber vivido experiencias traumáticas o determinados factores de personalidad. La ansiedad se manifiesta a través de un triple sistema de respuesta (Lang, 1968) compuesto de tres dimensiones, fisiológica, por ejemplo, agitación, palpitaciones o falta de aire; cognitiva, con pensamientos intrusivos y recurrentes; y motora, a través de conductas de evitación y huida.

A pesar de que es uno de los principales problemas de salud mental que afectan a las personas, solo 1 de cada 10 recibe un tratamiento adecuado (Alonso et al., 2018). Entre los principales problemas que encontramos en el abordaje de la ansiedad está la falta de acceso a tratamiento psicoterapéutico, la sobremedicalización mediante psicofármacos y la detección tardía. Tampoco ayuda la falta de evidencia científica sobre la eficacia de determinados procedimientos, como la combinación de psicofarmacología y psicoterapia (Garay et al., 2011), frente a otros basados exclusivamente en el abordaje psicológico o farmacológico.

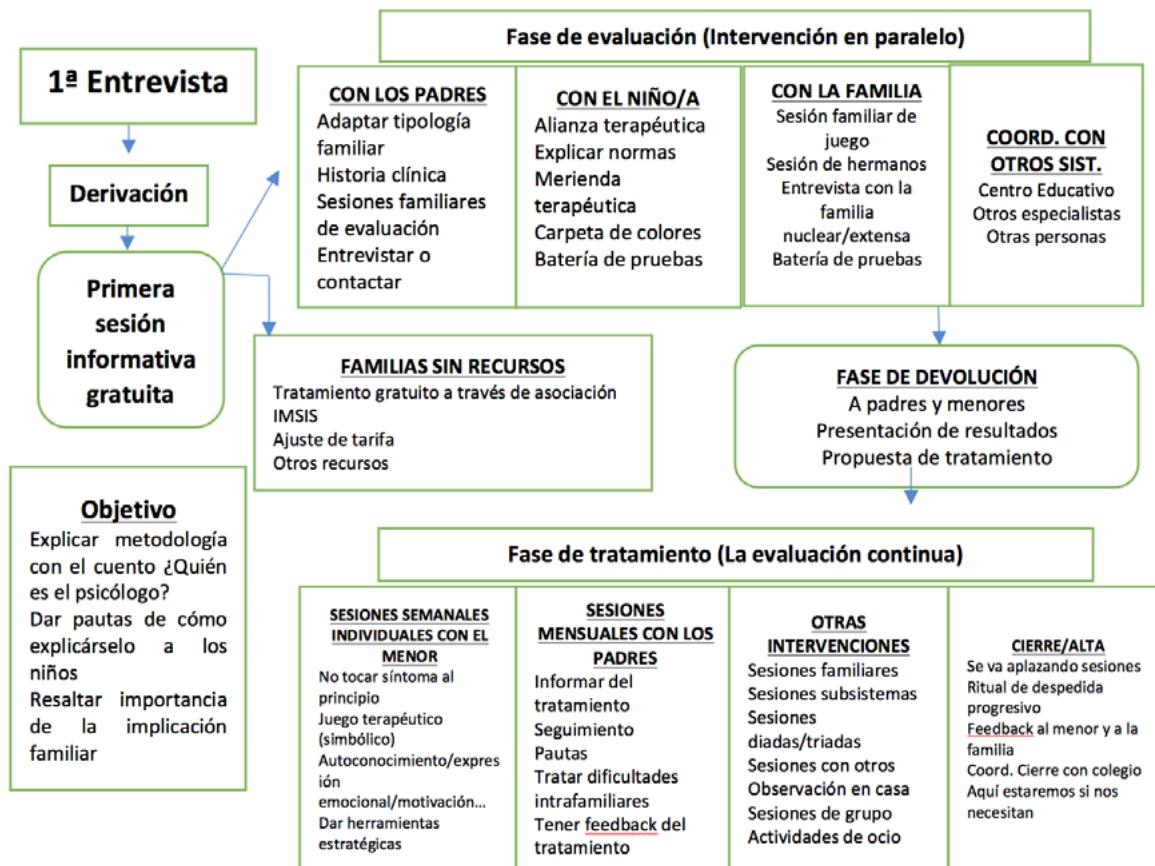
La Psicoterapia Emocional Sistémica

La Psicoterapia Emocional Sistémica (PES) surge en el año 2010 en la Comunidad de Madrid. Un equipo de psicólogos comienza a desarrollar una metodología de trabajo propia para atender a las personas que acuden al centro de Psicología en el que trabajaban. Los profesionales, divididos en tres departamentos (adultos, infantojuvenil y neuropsicología) tenían como objetivo ofrecer un servicio eficaz y comprometido en alcanzar una mayor profesionalización de la psicología en España. La diversidad cultural que había en el equipo unida a sus diferentes orígenes teóricos dio como resultado un enfoque amplio y flexible que estaba influenciado por distintas escuelas de psicología como la terapia familiar sistémica, la psicoterapia humanista o la terapia relacional.

El primer paso fue la elaboración de una metodología propia desarrollada para intervenir en el ámbito infantojuvenil denominada Modelo S.E.R (Bermejo, 2018). Desde su origen ha ido evolucionando hasta constituir la PES, un procedimiento de trabajo que se nutre de diversas metodologías y que se ha adaptado a otros ámbitos, como la intervención con adultos y la neuropsicología clínica, a través de un conjunto de principios básicos compartidos.

Principios básicos de la Psicoterapia Emocional Sistémica

En los últimos años la investigación sobre la Psicoterapia ha evolucionado hasta traernos algunas conclusiones de mucho interés clínico. Previamente el foco se había centrado en la orientación teórica del profesional. La premisa de la que partían era que determinadas técnicas o protocolos de intervención habían

Figura 1. Modelo de intervención S.E.R.

Nota. El modelo de intervención S.E.R es un procedimiento de trabajo dirigido al abordaje con población infantoyjuvenil y con su entorno (familia y otros sistemas). En este esquema podemos apreciar cada uno de los pasos que se van dando a lo largo de la intervención y vienen reflejados los objetivos y alternativas en cada uno de ellos. Adaptado de "Manual de Psicoterapia Emocional Sistémica" (p. 91), por M. Bermejo 2020, Editorial Sentir. Derechos de autor 2020 de Editorial Sentir. Reproducido con permiso.

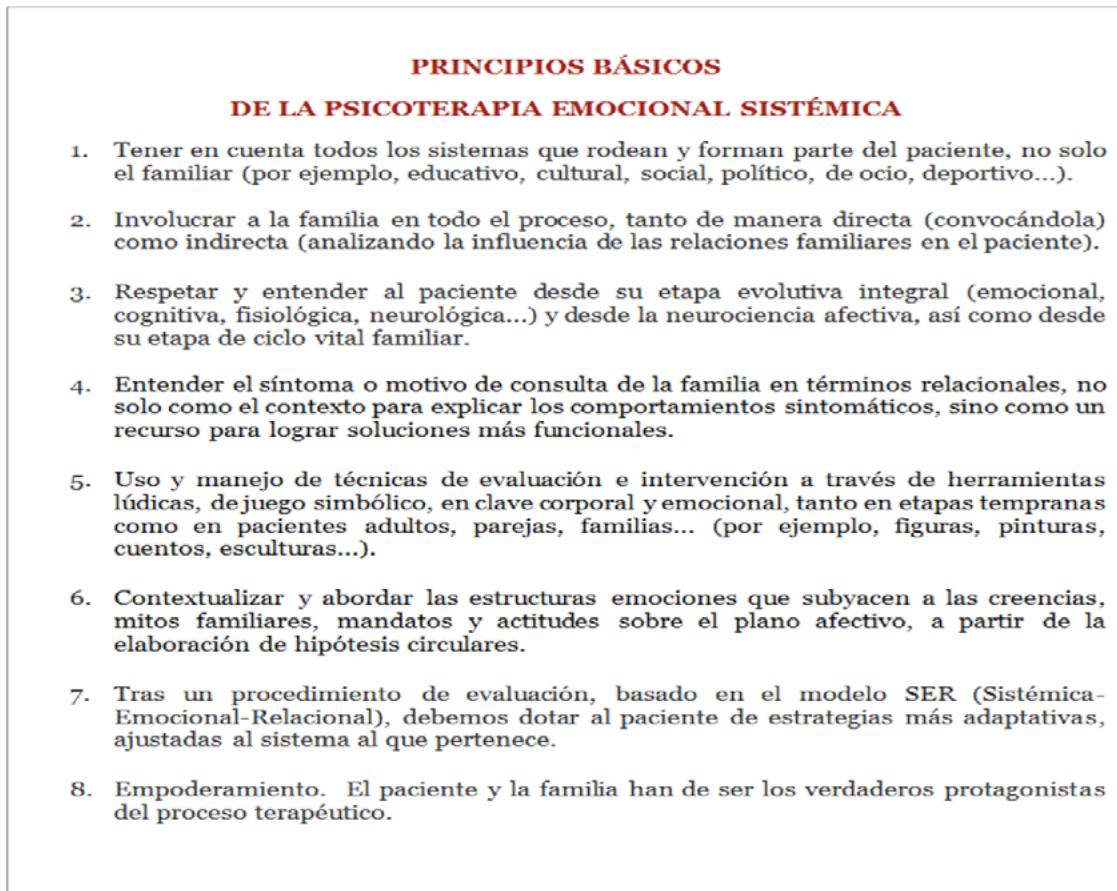
demostrado mejores resultados cuando se aplicaban en determinadas problemáticas. Esto les servía para concluir que el éxito terapéutico era atribuible a lo que denominaron las terapias manualizadas empíricamente demostrables.

En la actualidad estas afirmaciones han sido cuestionadas por varios motivos. No existe evidencia de que determinados enfoques o escuelas funcionen sistemáticamente mejor que otras (Botella y Maestra, 2016; Lambert y Ogles, 2014; Luborsky et al., 1975; Smith y Glass, 1977; Wampold e Imel, 2015). Por otro lado, estas investigaciones se centraron exclusivamente en el resultado, sin explicar los mecanismos de actuación, con lo cual no pueden afirmar que el tamaño del efecto se deba a la técnica. Hoy sabemos que hay otras variables, con independencia del protocolo de actuación que se aplique, que intervienen en el resultado (Baldwin y Imel, 2013; Castonguay y Hill, 2017). Por último, utilizar un manual estadístico, como es el DSM, como guía de tratamiento es algo controvertido en términos científicos y éticos (Tackett et al., 2019).

Como consecuencia de estos problemas y gracias a los avances metodológicos, en la literatura científica se realiza una ampliación conceptual para estudiar qué variables, además de las técnicas, son las que realmente impactan en el resultado y conocer cómo actúan (Krause y Altimir, 2016). En la actualidad sabemos que existen una serie de factores que son comunes a todas las terapias, con independencia de la orientación teórica, y que son los responsables de que la terapia funcione (Cuijpers et al., 2019; Meier et al., 2021; Wampold e Imel, 2015).

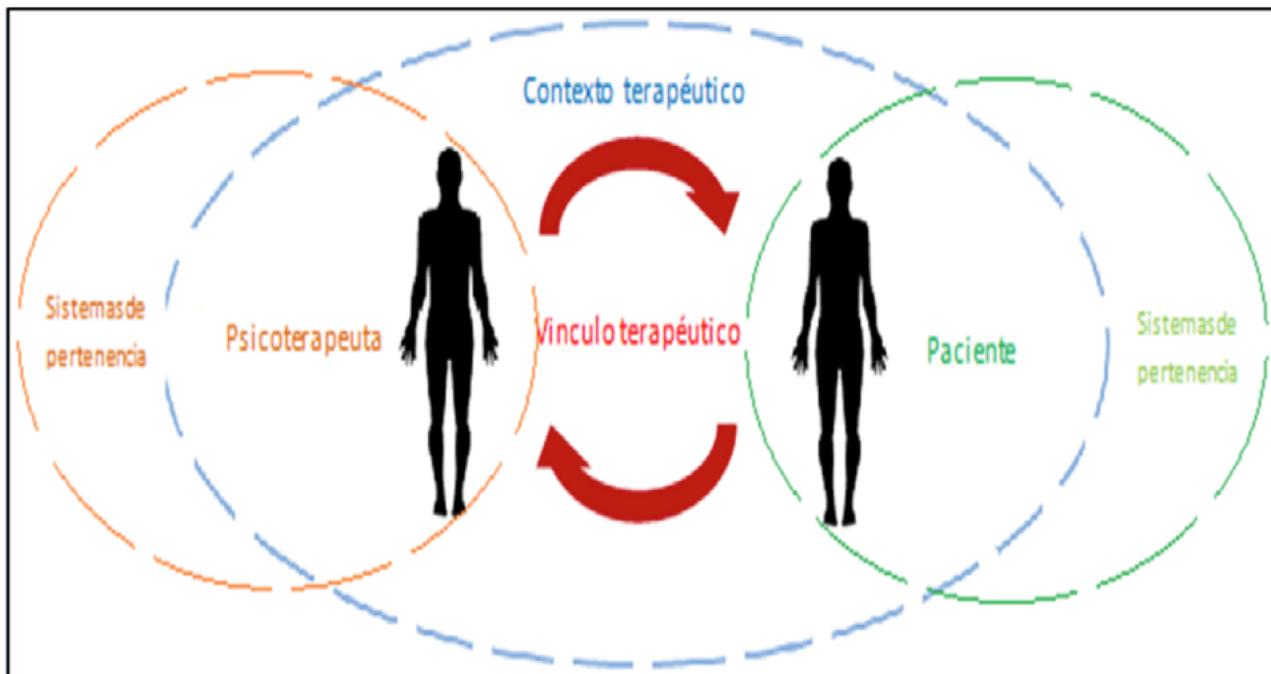
Las implicaciones clínicas de estos hallazgos obligan a que los procedimientos de intervención contemporáneos incorporen estos factores a lo largo del proceso psicoterapéutico. Por esta razón la PES es un enfoque conceptual que no permanece adherido a protocolos estandarizados de forma rígida y trata de recoger los recursos que las diferentes escuelas han ido proporcionando a lo largo de la historia. A pesar de la amalgama de corrientes que confluyen en la PES y los diferentes ámbitos y poblaciones en los que se aplica, la metodología de trabajo está cosida por una serie de principios básicos que son trasversales a lo largo de todo el procedimiento.

Figura 2. Principios básicos de la PES



Nota. De "Manual de Psicoterapia Emocional Sistémica" (p. 52), por M. Bermejo, 2020 , Editorial Sentir. Derechos de autor 2020 de Editorial Sentir. Reproducido con permiso.

La PES persigue es que el profesional aprenda a identificar e intervenir sobre todas las variables que intervienen en un proceso psicoterapéutico. Para lograrlo la escuela de PES utiliza diferentes modelos competenciales (Jennings y Skovholt, 2016; Rønnestad et al., 2019; Skovholt y Rønnestad, 1992) que ayudan a implementar competencias técnicas y competencias personales e interpersonales (Nissen-Lie.A, et al., 2017), especialmente aquellas dirigidas a establecer buenas relaciones psicoterapéuticas y mantenerlas a lo largo del proceso (Anderson et al., 2009; Bennett-Levy y Finlay-Jones, 2018). El profesional es entrenado para utilizar un mapa (Torres, 2020) donde vienen recogidos todos estos factores comunes y así controlar su impacto en el resultado.

Figura 3. Mapa del proceso psicoterapéutico

Nota. De “Manual de Psicoterapia Emocional Sistémica” (p. 271), por M. Bermejo, 2020, Editorial Sentir. Derechos de autor 2020 de Editorial Sentir. Reproducido con permiso.

Procedimiento de trabajo

La conceptualización del síntoma o motivo de consulta desde la PES se establece desde un marco multidimensional que contempla al ser humano como ser relacional. Si aceptamos la relación como una necesidad primaria, los problemas de las personas no son meras desviaciones individuales, si no que surgen en un contexto relacional específico y en un momento de su ciclo vital. En este escenario, los problemas psicológicos son, en realidad, mecanismos de adaptación con estrechas implicaciones intrapsicológicas e interpersonales y que son coherentes a su biografía y experiencia relacional.

La psicoterapia es el espacio de trabajo conjunto que persigue transformar el funcionamiento de la persona que consulta (Caillé, 1992). El cambio que se pretende lograr no se limita a la reducción o modificación de la conducta problema, se persiguen cambios estructurales que favorezcan un nuevo funcionamiento, ya sin síntoma, y que resulte más adaptativo para el paciente. Cada uno de los elementos que aparecen en la figura 4 son susceptibles de convertirse en dianas terapéuticas a lo largo del proceso psicoterapéutico.

Dentro de las competencias profesionales, el psicoterapeuta emocional sistémico empleará la PES como base conceptual para elaborar hipótesis de trabajo. Estas van a permitir analizar el problema y su papel en el funcionamiento individual e interpersonal del paciente. Establecidas las hipótesis, tras haberlas falsado durante las sesiones, podremos seleccionar aquellas que nos encaminen a diseñar estrategias para el abordaje de las dianas terapéuticas. Las estrategias afectan al recorrido y la táctica que el profesional despliega durante el proceso con distintos fines, pueden ser evaluativos, intervenciones, afectar a la convocatoria o al vínculo terapéutico.

Por último, una vez se ha desarrollado todo este recorrido, el psicoterapeuta se armará de recursos o técnicas específicas para materializar o lograr sus objetivos.

Figura 4. Competencias profesionales

Un modelo hace concreto un paradigma, es una metáfora del mismo paradigma para una lectura de la realidad. La metodología terapéutica es también la estrategia y diseña el proyecto del tratamiento. La táctica es qué hacer para realizarlo y en qué momento, y la técnica es cómo hacerlo. Las dos primeras son ciencia y las dos últimas son arte. (Canevaro, 2012, pág. 33)

Este proceso de trabajo está sustentado en un sistema terapéutico compuesto por el equipo de trabajo y supervisores externos. Desde la PES se insiste en la necesidad de trabajar con compañeros con los que se mantengan reuniones semanales destinadas a abordar conjuntamente aquellas dificultades o bloqueos que surgen en los procesos psicoterapéuticos que están inmersos. También está indicada la figura del supervisor externo, que en formato individual o supervisando a todo el equipo, ayuda a mejorar la labor profesional (Rønnestad et al., 2019).

Durante el proceso psicoterapéutico con jóvenes, adultos, parejas y familias no se distinguen etapas de evaluación e intervención. Evaluando, irremediablemente se está interviniendo, y en la propia acción de intervenir se obtiene información relevante para elaborar hipótesis, en un proceso continuo y circular. Durante el proceso se pueden diferenciar tres grandes etapas:

1. Primera llamada telefónica
2. Primera evaluación y propuesta clínica
3. Proceso psicoterapéutico

En la primera llamada de teléfono se recoge información básica para establecer las primeras hipótesis de trabajo. La persona que responde a esta llamada ya sea profesional administrativo o el propio psicólogo que le va a atender, debe estar entrenado para realizar aquellas preguntas que contribuyan a organizar el primer encuentro entre paciente y psicoterapeuta.

Durante la primera sesión informativa, que dura aproximadamente media hora, el profesional tiene la oportunidad de recoger la información que necesita para armar una propuesta psicoterapéutica y trasladársela al paciente. Para recabar información la PES se sirve de un modelo de entrevista donde figuran algunas de las preguntas que pueden ayudar al profesional.

A través de este cuestionario se pretende obtener la narrativa dominante (White y Epston, 1993), que es el relato en bruto que el paciente tiene sobre el problema, sobre la solución y sobre sí mismo. Lo interesante es utilizarlo a modo de guion y que nos ayude a explorar aspectos relevantes como el motivo de consulta, su evolución y el tipo de crisis en la que se encuentra inmerso el paciente (Pittman, 1990).

Otro de los objetivos de la primera entrevista es establecer, en coparticipación con el paciente, los objetivos del tratamiento. Estos deben ser realistas y deben estar negociados por ambas partes, si bien, el psicoterapeuta debe ser lo suficientemente flexible para no imponer su criterio, sabiendo que a lo largo del proceso habrá tiempo para realizar redefiniciones tanto del problema como de los objetivos.

Pero el elemento más importante de la primera entrevista es el establecimiento del vínculo de trabajo. Las cuatro primeras sesiones son trascendentales para la constitución de una buena alianza, por eso, en la primera evaluación comienza un proceso de acomodación (Minuchin, 2001) que se irá desarrollando en encuentros posteriores.

Figura 5. Primera entrevista departamento adultos y familia

ENTREVISTA INFORMATIVA DEPARTAMENTO DE ADULTOS PAREJA Y FAMILIA	
Nº Historia: Nombre: Edad: Ocupación: Cómo nos ha conocido: Fecha de alta: Fecha de baja:	GENOGRAMA
Motivo de Consulta: <u>Desencadenante de la situación actual ¿por qué ahora? inicio/desencadenante/evolución</u> Soluciones intentadas <u>Pregunta Mágica y objetivos del tratamiento</u> <u>Compromiso ¿Qué estoy dispuesto a hacer?</u> <u>Medicación/antecedentes de enfermedad mental</u> <u>Observaciones del profesional</u>	

Nota. Adaptado de "Manual de Psicoterapia Emocional Sistémica" (p. 287), por M. Bermejo, 2020, Editorial Sentir. Derechos de autor 2020 de Editorial Sentir. Reproducido con permiso.

Para finalizar se realiza una devolución y propuesta de tratamiento en la que se acompaña a los pacientes, como buenos anfitriones (Haley, 1980), a entender cómo funciona ese espacio terapéutico. En esta labor es imprescindible abordar sus expectativas sobre el proceso para orquestar objetivos realistas (Gaitan-Sierra y Hyland, 2015).

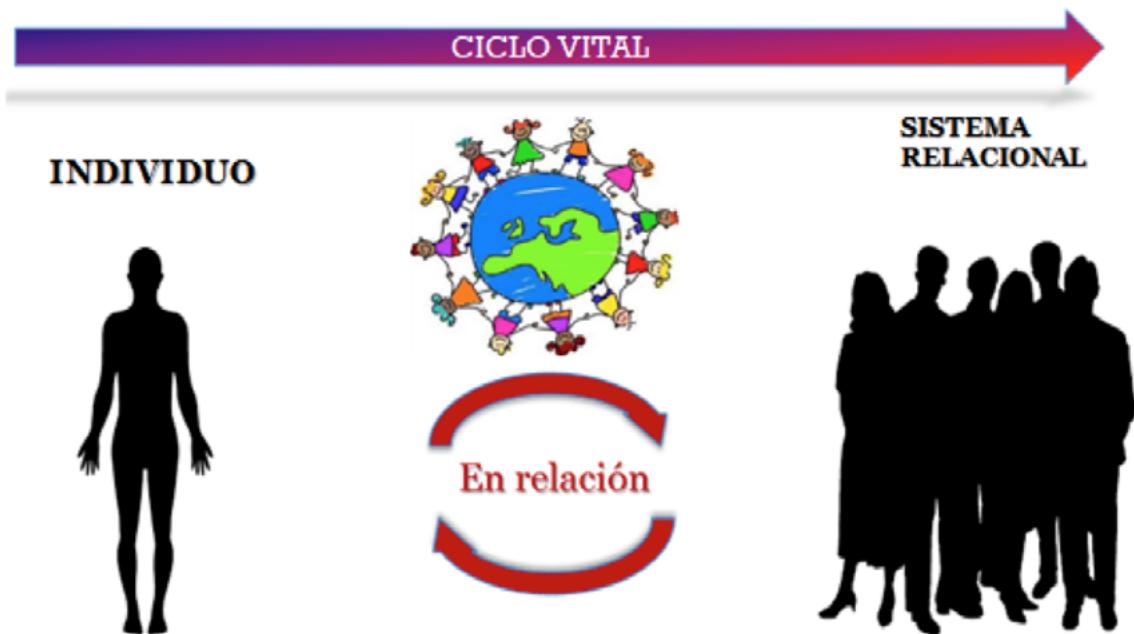
Los objetivos de la psicoterapia se pueden establecer utilizando el guion de tratamiento que se expone en la figura 6. A través de este esquema podríamos dividir las dianas terapéuticas en:

1. Dimensión individual: Toda la experiencia relacional, así como los eventos y sucesos vitales, se acumulan en la dimensión individual del ser humano. Ya sea en el plano cognitivo, en la parte conductual, o desde las estructuras emocionales subyacentes, es necesario observar aquellos procesos psicológicos que revierten en un funcionamiento desadaptativo para nuestro paciente. Particularmente relevante es abordar los procesos disociativos asociados a experiencias traumáticas (Janet, 1965) y el abordaje de la experiencia emocional, más allá de la conducta, las creencias y los mitos. Esta experiencia emocional cobra especial interés psicoterapéutico en la PES a través del abordaje del mundo interno del paciente. Desde un análisis evolutivo se explora las distintas partes que han ido conformando los diálogos internos y que dan lugar a complejos estados emocionales en los que se activan sensaciones corporales y creencias sobre sí mismo y sobre el mundo que le rodea.
2. Dimensión relacional: El funcionamiento interpersonal del individuo está ligado a sus experiencias tempranas (Barudy y Dantagnan, 2005). Las instituciones relaciones a las que el individuo pertenece se mantienen a través de una danza, o juego relacional (Selvini, 1986) en los que el síntoma forma parte. Por estas razones, analizar las relaciones que el individuo establece en la actualidad y a lo largo de su evolución ayuda a intervenir sobre elementos como la comunicación (Watzlawick et al., 2011) o la emoción expresada.
3. Dimensión familiar: La relación es el instrumento que las familias o las parejas utilizan para organizarse. Esta organización conforma una estructura (Minuchin y Fishman, 1981) que responde a las necesidades de los miembros que las componen. La estructura familiar está compuesta de elementos, como las normas, el poder o los límites, que dibujan un esqueleto con fuerte carga intergeneracional

(Bowen, 1991). En algunas ocasiones, los elementos que componen el mapa familiar contribuyen al mantenimiento del problema, y en otras, son poderosos instrumentos al servicio del cambio.

Todas estas dimensiones permanecen en constante relación y evolucionan a lo largo de la vida de una persona. Adoptar una perspectiva evolutiva (Beavers y Hampson, 1995) implica contextualizar las crisis de los pacientes y las instituciones relacionales a las que pertenecen en un momento de su ciclo vital. Con esta panorámica podremos averiguar intentos de solución eficaces e ineficaces en crisis previas y también la función que desempeña el síntoma en este recorrido vital.

Figura 6. Guion de trabajo psicoterapéutico



Caso clínico

A continuación, se hace una exposición de un caso clínico en el que se han cambiado todos los datos personales para proteger la confidencialidad de las personas que acudieron a terapia.

La primera llamada telefónica la realiza Marcela, una mujer de 54 años a la que un compañero de su trabajo le ha facilitado el teléfono. Este compañero fue en su día paciente del psicoterapeuta y recomienda a Marcela ponerse en contacto para pedir ayuda.

La llamada es respondida por el propio psicoterapeuta y en ella Marcela traslada su preocupación por su hija Carmen, de 26 años. Según cuenta, Carmen está experimentando episodios de ansiedad en el último año y medio que están afectando a su vida diaria. Parece que tiene problemas para salir a sitios donde haya mucha gente, no utiliza transporte público, su vida social está limitada y, además, evita algunos de los planes familiares, como los viajes que realizan todos juntos. Marcela se muestra molesta, especialmente por este último motivo, y traslada que no entiende la situación. Opina que su hija es muy egoísta y está demasiado sobreprotegida por su padre y por ella.

En definitiva, lo que preocupa a Marcela es que piensa que Carmen se ha estancado en su vida puesto que sigue siendo una estudiante, no trabaja y aún vive con su familia. Asegura que su hija está acomodada y a la madre parece molestarle que no se haga cargo de la situación. Durante esta primera llamada solicita acudir junto al padre antes de citar a la hija para poder hablar detenidamente y ver si el profesional puede «*ponerle las pilas*».

A la primera sesión informativa acuden ambos padres sin Carmen. El padre, Antonio, se muestra reservado y considera que no es necesario acudir a terapia. Él no piensa que yo pueda ayudar a su hija, algo que traslada calmado y convencido. Además, piensa que Marcela está exagerando en su valoración de la situación. Su opinión es que su hija está acomodada pero que simplemente tiene que espabilar. Antonio no cree que tenga ningún problema con la ansiedad y mucho menos que ellos, como padres, tengan que cambiar su proceder. Ante esta última valoración Marcela se muestra enfadada y comienzan una interacción en presencia del profesional, al que en ocasiones invitan a tomar partido por uno de los dos:

Marcela: «¿Tú no te das cuenta de que tu hija no le da la gana de buscar un trabajo, que tiene todo pagado y que la casa parece un hotel?»

Antonio: «Marcela, lo que no tiene sentido es que digas de echarla de casa. Habrá que hablar con ella y decirle que si no aprueba no le pagamos la gasolina del coche o la castigamos de otra forma.»

Marcela: «Eso ya lo hemos hecho otras veces». Mirando al Psicoterapeuta. «Mi hija hace lo que le da la gana, no trabaja, no estudia, ¿Tú no crees que le tenemos que poner un límite y decirle que se vaya de casa?»

Por lo que manifiestan esta interacción suele repetirse en casa. Los padres coinciden en que ambos están de acuerdo en la mayoría de las decisiones sobre cómo educar a sus hijos, sin embargo, Antonio manifiesta que madre e hija están discutiendo todo el día. Para él es un problema puesto que el conflicto con su mujer se inicia cuando trata de mediar entre ambas y Marcela le acusa de no apoyarle frente a su hija.

En casa viven Marcela y Antonio, que son los padres, junto a sus dos hijos, la mayor, que es Carmen, y su hermano Agustín, un año menor. Marcela trabaja en una empresa y el padre está prejubilado desde hace tres años. Agustín ha terminado sus estudios y está trabajando. Mientras, Carmen continúa estudiando su segunda carrera y tiene trabajos puntuales dando clases a niños.

Un elemento que se traslada durante la sesión con los padres es la necesidad de contactar con su hija. La explicación que se le proporciona versa en torno a la necesidad de atender como puede estar viviendo Carmen que estemos charlando sobre ella sin estar presente. También se plantea en voz alta el temor de que esta manera de proceder pueda contribuir a generar desconfianza por su parte o que le estemos restando autonomía y responsabilidad al no incluirla. Los padres niegan que eso ocurra, pero comprenden, al menos aparentemente, que se hace necesario que la hija pueda estar al tanto de lo que se ha charlado, y se muestran conformes con que la llame por teléfono.

Una vez finalizada la primera sesión informativa con los padres me pongo en contacto telefónico con Carmen. Después de presentarme leuento el encuentro con sus padres y le pregunto si ella tendría interés en acudir a verme. Acordamos organizar un encuentro para conocernos, saber cómo valora ella la situación y estudiar un posible tratamiento.

Durante el primer encuentro con Carmen se muestra desconfiada. Probablemente el hecho de haber recibido primero a los padres unido a que no ha sido ella la que ha pedido ayuda directamente contribuya a que se muestre incómoda. No obstante, reconoce que tiene dificultades para enfrentar situaciones y que padece de elevados niveles de ansiedad que afectan a su día a día.

En cuanto a la dinámica familiar, dice que está agotada de discutir con su madre y que con su padre tiene mejor relación. No obstante Carmen piensa que su padre tiende a posicionarse del lado de la madre cuando hay conflicto. Además, señala que Agustín es el ojo derecho de su madre y que durante las broncas no para de hacer comparaciones para ensalzar a su hermano. Su relación con el hermano es tirante y suelen tener enfrentamientos.

Carmen traslada que se encuentra bloqueada con los estudios. Tiene inquietudes profesionales y cierta vocación, pero le está costando sacar las asignaturas y dar pasos en una dirección concreta. Le gustaría no depender tanto de sus padres, algo que coincide con la visión de estos, sin embargo, siente que no puede buscar más trabajos porque son precisamente ellos los que la presionan para que se centre en los estudios.

Tiene una pareja desde hace más de un año, Ángela. No se la quiere presentar a su familia, teme que la rechacen, particularmente la madre. La pareja no tiene estudios y para sus padres, según ella anticipa, esto es un problema. En determinadas ocasiones en las que han hablado en familia de la relación Carmen ha tenido la sen-

sación de que le insinuaban que no era una buena pareja para ella. Carmen no ha querido darle explicaciones a Ángela sobre lo que sucede y por este motivo ambas discuten, puesto que a veces se siente escondida. Carmen tuvo otra pareja con la que mantuvo una relación que duró 4 años, se llamaba Almudena. Fue la primera relación que tuvo y también fue con una chica, algo que en casa nunca ha supuesto un problema para la familia ni para Carmen, según relata. Cuando terminaron la relación Carmen sintió que su madre se molestaba puesto que ella y Almudena siempre se llevaron muy bien.

A nivel social está limitada, no cuenta con muchas amistades y los planes que hace siempre son con su pareja en casa. Le cuesta salir a bares y no quiere contarte a nadie de su problema. Esto la deja bastante aislada, salvo con su chica, que si está al tanto y se siente ayudada por ella.

Tiene ideas muy rígidas y polarizadas, le cuesta ver los grises. Tiene tendencia a racionalizar durante el discurso y le cuesta mucho conectar con las emociones. Se puede adivinar un discurso adquirido de autocrítica y devaluación que, cuando se le señala, no es capaz de reconocer. Durante el encuentro se nota que está tensa por la expresión de su cara y por las respuestas monosilábicas cuando se abordan cuestiones con carga emocional, por ejemplo, en temas relativos a la familia.

Con respecto a la ansiedad dice que la siente solo en determinadas situaciones. Especialmente cuando acude a aglomeraciones. Si va a algún bar, al metro o al autobús comienza a experimentar una sensación de mareo junto a fuertes palpitaciones e hiperventilación. Cuando esto le sucede se va inmediatamente para no sufrir un ataque de ansiedad. Al explorar manifiesta haber sufrido uno hace años en un centro comercial en el que hubo un accidente, pero no da más explicaciones.

Cuando se le pregunta por los objetivos de la terapia, dice que quiere trabajar la ansiedad y las limitaciones que le genera. Además, le gustaría no discutir tanto con sus padres, especialmente con la madre.

Abordaje psicoterapéutico desde la PES

Elaboración de las primeras hipótesis y diseño de estrategias tras la primera llamada

Tras la primera llamada de Marcela y con la información que nos trasladó se plantearon dos hipótesis de partida. La primera hipótesis planteada es que las relaciones familiares juegan un papel determinante en la ansiedad de Carmen, aunque desconocemos la forma en la que lo hacen. Hablando con Marcela se detecta un conflicto con la hija por la manera que tiene la madre de contarnos el problema, puesto que parece más molesta que preocupada. Durante la primera evaluación con los padres falsaremos esta hipótesis y diseñaremos una estrategia de evaluación para conocer el papel del resto de miembros en esta disputa, el juego relacional en el que se sostiene el pulso entre ambas y qué papel juega el síntoma. Los recursos que emplearemos son preguntas circulares y el modelo de entrevista de la PES.

La segunda hipótesis de partida tiene que ver con quien puede ser la persona más motivada para cambiar y, por tanto, la compradora del tratamiento. El hecho de que llame la madre nos hace hipotetizar que la persona que está más incómoda con la ansiedad es ella. De ser así, depositar el peso del proceso en la hija, cuando no parece haberse movilizado a pedir ayuda, puede ser un riesgo. El análisis del tipo de relación que proponen los pacientes a partir de su motivación al cambio (Berg y Miller, 1996) nos permite diseñar una estrategia de convocatoria que permita apoyarnos en aquellos participantes que van a favorecer la continuidad de las sesiones en un plazo inmediato. Por este motivo la estrategia que se siguió para la convocatoria de la primera evaluación fue aceptar la petición de Marcela y recibir a ambos padres primero. No obstante, esta decisión tiene sus riesgos. No estamos seguros de que esta hipótesis sea cierta y Carmen puede sentirse desplazada o también puede pensar que nos vamos a aliar con su madre. Probablemente si Marcela no hubiera insistido en vernos primero se hubiera convocado directamente a Carmen, pero al entender que ella ha movilizado el recurso decidimos proceder así y recoger en una conversación posterior con Carmen el impacto que le haya generado.

Contrastación y ampliación de hipótesis en la primera evaluación

Una vez realizada la primera evaluación con los padres y, posteriormente, con Carmen se avanzó en el proceso de elaboración y falsación de hipótesis de trabajo.

Con respecto a la primera hipótesis, la del papel de la familia, se pudo confirmar la influencia del juego familiar y cómo funciona gracias a la información que se obtuvo con las estrategias de evaluación. Siguiendo con el guion de tratamiento (Figura 6), los aspectos de la dimensión familiar que influyen en el problema de Carmen podrían ser los siguientes:

1. La estructura familiar: El síntoma es una manera de adaptarse a una estructura que se caracteriza por su rigidez y por estar instalada en otra etapa del ciclo vital. Esto significa que el funcionamiento (normas, roles, límites, etc.) se corresponden con una etapa anterior, la de familia con hijos menores de edad. Esta situación puede estar imposibilitando la evolución de los miembros. Familia que tiende al aglutinamiento donde las fronteras entre los miembros son porosas. Esto implica que la distancia es muy estrecha, con relaciones muy fusionada que se caracterizan por la invasión y la falta de autonomía. En estos modelos prevalece la familia por encima del individuo. Se organizan a través de un juego de alianzas dentro que sostienen la estructura familiar e impiden que cambie. La madre y el hijo parecen ir por un lado mientras que Carmen y su padre, Antonio, están en el otro. No obstante, las alianzas van alternándose en función del momento y los intereses y Carmen suele quedarse apartada. La parentalidad y la conyugalidad requieren de una evaluación más exhaustiva.
2. El juego relacional: El síntoma es un instrumento para perpetuar un juego en el que Carmen es el chivo expiatorio. Gracias a la ansiedad, el discurso y la mirada se centran en la hija, protegiendo a la familia de otros problemas latentes que afectan a su estructura. El juego relacional se sostiene a través de la descalificación y por la tendencia a organizarse en triadas. Los problemas que afectan a la familia suelen activar una danza en la que los miembros no son capaces de abordarlo desde la preocupación y el cuidado afectivo y emplean estilos descalificantes que se sustentan en la búsqueda de apoyos de otros miembros.

Una vez que se tuvo oportunidad de hablar con Carmen en su primera evaluación descartamos la segunda hipótesis. Aquella en la que se hacía mención al tipo de relación con respecto a la motivación al cambio. A pesar de la desconfianza que pudiera tener, se apreció un interés real en iniciar un proceso psicoterapéutico. Estratégicamente se diseñó un encuadre clínico en psicoterapia individual al considerar que Carmen es agente de cambio.

Además de las dos hipótesis de partida, estos encuentros permitieron obtener información sobre la dimensión individual y su relación con la ansiedad. A continuación, se desarrollan ejemplos concretos:

1. El proceso de diferenciación de Carmen con su familia de origen parece estar bloqueado. Carmen se encuentra atrapada en el funcionamiento familiar y esto bloquea cualquier intento de individuación, puesto que sigue inmersa en una pelea sobre el reconocimiento a su identidad. En ese pulso, el síntoma refuerza su dependencia al sistema familia. La falta de diferenciación se observa en la alta reactividad emocional que muestra cuando se abordan cuestiones de la familia, en los que se engancha desde la rabia. También en la proyección de este conflicto en otras relaciones que actualmente mantiene, como con su pareja o el propio psicoterapeuta. En ambos tiende a sentirse cuestionada y responde defensivamente de forma automática.
2. Carmen está bloqueada en su ciclo vital. Relata que sus amigas están trabajando, viven fuera de casa y asegura, con dolor, que eso sería lo normal. Este estancamiento es coherente al de la familia, que sigue organizándose con normas y rituales propios de otras etapas. Un ejemplo es el empleo de castigos y premios por las notas o el permiso para llegar a determinadas horas a pesar de tener 26 años. El síntoma dificulta la evolución de Carmen y en otras ocasiones lo utiliza para protegerse del temor de enfrentar situaciones que supondrían un avance.
3. Dificultad para reconocer sus emociones y compartirlas. La gama de emociones es muy limitada, la rabia y la angustia son las dominantes y parecen enmascarar al resto. Se puede apreciar que a Carmen le cuesta entender la ansiedad desde estados mentales más profundos (Fonagy et al., 2018) o

desde estructuras emocionales subyacentes. Cuando se aborda tiende a protegerse o a desarrollar un discurso autocrítico y de rechazo hacia sí misma. Además, hay presencia de miedo intenso en situaciones interpersonales, como la intimidad, de la que se protege; o a exponerse a espacios cerrados. El rechazo hacia sí misma, la dificultad para conectar con otras emociones y la angustia a situaciones específicas pueden ser síntomas disociativos derivados de experiencias traumáticas a explorar.

4. Aunque pueda mostrarse defensiva en la relación psicoterapéutica, pareciera que Carmen se siente a gusto cuando se deposita una mirada de comprensión y cuidado sobre ella. Entendemos que una relación terapéutica horizontal puede contribuir a que Carmen se sienta capaz y responsable de los éxitos que se logren. Además, se parte de la hipótesis que desde esta propuesta le resultara más sencillo ir conectando emocionalmente y adquiriendo una comprensión más amplia de su ansiedad.

Desde la PES se entiende que lo importante de una hipótesis es que ayude al profesional a trabajar, lo que significa que, aunque pudieran elaborarse más hipótesis sobre la ansiedad, se considera que estas son las más útiles para seleccionar dianas y realizar el abordaje psicoterapéutico.

Selección de dianas terapéuticas para el abordaje psicoterapéutico

A partir de las hipótesis de trabajo se seleccionaron los siguientes objetivos o dianas terapéuticas:

1. Individual: Constituir un vínculo terapéutico con Carmen que sostenga el proceso. Obtener información sobre el desarrollo evolutivo, otras crisis anteriores e intentos de solución. Facilitar el proceso de diferenciación. Trabajar con las narrativas dominantes sobre el problema y sobre sí misma. Dotar de recursos a Carmen para enfrentar la ansiedad y las consecuencias de esta.
2. Familiar: Intervenir sobre las interacciones descalificantes. Acompañar a Carmen a enfrentar el juego relacional. Evaluar la evolución del sistema familiar y obtener información intergeneracional para trabajar el pulso materno-filial.
3. Ciclo vital: Trabajar con el grado de autonomía de Carmen y lograr avances en su ciclo vital.
4. Bloqueos de terapia: Diseñar estrategias para responder a los riesgos de impasse de la terapia. El principal riesgo residía en entramparse con los triángulos relaciones que hay en la familia. Las demandas que cada miembro tiene sobre el tratamiento difieren y en muchas ocasiones son trasladadas al psicoterapeuta.

Establecimiento de estrategias y selección de recursos o técnicas específicas

Para conformar el sistema psicoterapéutico se estableció un encuadre de psicoterapia individual para Carmen, que acudiría una vez por semana a 60 minutos de sesión. Para abordar las dianas familiares, en un primer periodo los padres acudieron cada quince días, alternando sesión individual con Carmen una semana, sesión con la familia la siguiente semana. Más adelante, y con el fin de priorizar el proceso de individuación de Carmen, los padres vendrían una vez al mes. En un principio se valoró complementar el recurso psicoterapéutico con psicofarmacología, sin embargo, se descartó porque los niveles de ansiedad eran sostenibles para Carmen y la evolución fue favorable.

El objetivo trasversal a lo largo de todo el proceso fue abordar el proceso de individuación de Carmen. Primero se priorizó intervenir sobre las escaladas madre-hija acompañando a Carmen a detectarlas y a desarrollar estrategias de afrontamiento que la protegieran. Nos apoyamos de recursos psicoeducativos a través dibujos en la pizarra en las que se incluían elementos de la escalada. Un ejemplo fue dibujar en forma de anzuelos aquellos acontecimientos que le hacían engancharse o saltar, como determinados comentarios en voz alta de la madre.

También se abordó a través de escenificaciones en las que se representaban las discusiones más habituales con la madre. Se puso en práctica empleando dos sillas, una frente a la otra. Carmen iba alternando su posición y primero ocupaba la silla de su madre para tratar de simular lo que esta diría y posteriormente la suya, para

contestarle. Esto se complementaba con preguntas en clave emocional y circulares para que facilitar los procesos de mentalización.

En paralelo al trabajo con Carmen se intervino en las escaladas durante las sesiones familiares. El objetivo era lograr un desequilibrio en la dinámica familiar a través del establecimiento de alianzas entre el psicoterapeuta y los miembros de la familia. Primero se apoyó el discurso del padre, que describía las escaladas como peligrosas y se puso como prioridad “proteger la familia entre todos”. Esta consigna compartida se sostenía en la alianza con Antonio, que pudo posicionarse en contra de las peleas sin ponerse en contra de ninguna de las dos. Durante estos encuentros con la familia los esfuerzos del psicoterapeuta se centraron en digitalizar el contenido analógico para trascender a los contenidos de las discusiones y centrar la conversación en lo relacional y emocional:

Psicoterapeuta: «Carmen, ¿Desde cuando tienes la sensación de que tu madre está enfadada contigo?, si se lo preguntaras a tu padre ¿Qué diría?»

Psicoterapeuta «Antonio, si le preguntamos a tu hija si sus padres se sienten orgullosos de ella, ¿Qué diría? ¿Tú crees que es algo que le preocupa?»

Trabajar con las estructuras emocionales subyacentes a la ansiedad fue el segundo objetivo trasversal. La estrategia que se empleó fue constituir una relación terapéutica en clave emocional que permitiera a Carmen sentirse lo suficientemente segura para poder conectar con aquellas emociones disociadas. A través de recursos, como el bingo de las emociones (Mitlin y Madden, 2008), y la psicoeducación, se fue facilitando ampliar las narrativas para poner en palabras determinados estados internos. Para materializar la propuesta relacional se emplearon testimonios de otros pacientes que eran atendidos por el profesional y autorrevelaciones para que Carmen pudiera identificar e identificarse en esos estados mentales.

Este trabajo emocional se complementó con un abordaje del mundo interno de Carmen. Se identificaron las distintas partes o voces que se sucedían dentro de ella y que la conectaban con sensaciones o emociones concretas. Pusimos nombre, emoción e identificamos corporalmente cada una de las voces que seleccionamos para integrar la experiencia emocional. Esto nos permitió, además, hacer un recorrido por su línea de vida para encontrar escenarios en los que hubieran aparecido estas emociones y poder detectar las creencias negativas asociadas, sobre si misma y sobre el entorno.

Para el trabajo específico con la ansiedad se utilizaron distintas técnicas. La principal fue externalización (White y Epston, 1993), que facilitó construir diálogos sobre la ansiedad sin que Carmen tuviera la necesidad de defenderse. Representamos la ansiedad a través de una fotografía de un monstruo que ella había buscado previamente por internet. Iniciamos un diálogo sobre las características de ese monstruo y estuvimos planteando que preguntas le gustaría hacerle si tuviera oportunidad de conversar con él. Estas se complementaron con otras que el psicoterapeuta formuló. Algunos ejemplos son los siguientes:

Carmen: «¿Qué quieres, a que has venido? ¿Cuándo te vas a ir? ¿Qué tengo que hacer para que te calles?»

Psicoterapeuta: «¿Qué tiene que suceder para que no grites tanto? ¿Cómo podría hacer Carmen para que chillaras todavía más?»

Una vez aplicada la externalización se enviaron autorregistros para que Carmen pudiera anotar los distintos escenarios en los que la ansiedad aparecía a lo largo de la semana y también recoger información relativa a la situación concreta, los pensamientos, las sensaciones corporales y las actuaciones posteriores.

Gracias a los registros se comprobó que la mayoría de las manifestaciones de la ansiedad sucedían en escenarios familiares o en situaciones donde había mucha gente. Otro elemento relevante del que tomó conciencia mediante los autorregistros es de la presencia de conductas evitativas como intento de solución. Al detectar altos niveles de ansiedad en escenarios muy concretos, de cara a evaluar posibles experiencias traumáticas se utilizó una línea de la vida para que Carmen pudiera ir apuntando en orden cronológico aquellas circunstancias en las que ella hubiera sentido mucha ansiedad. Con este instrumento se detectaron algunos acontecimientos relevantes, por ejemplo, un incendio en un centro comercial que generó una avalancha y en el que fallecieron 3 personas. También señala situaciones familiares en las que había habido fuertes discusiones entre ella y la madre.

Una vez que las descalificaciones en casa estuvieron más contenidas y la frecuencia e intensidad de las disputas disminuyó, se pasó a trabajar estas experiencias traumáticas en dos líneas. Una en individual con Carmen, y la otra, junto a la familia. Durante las sesiones con ella fue relatando la experiencia traumática en el centro comercial, algo que no había tenido oportunidad de contar en detalle por miedo a revivir aquel día. En el relato estuvimos recordando algunos momentos especialmente críticos en los que ella pudo ver situaciones que después se le aparecían en pesadillas. Más adelante las conversaciones se extendieron al ámbito familiar y también con su pareja, a los que pudo hacer un relato de lo sucedido, cada vez con menos reactividad emocional por su parte. En este sentido, tanto la familia como la pareja, se mostraron cercanos y comprometidos a acompañarla. Además de integrar la historia, lo realmente positivo del proceso fue que Carmen pudo darse permiso para mostrarse vulnerable y permitir que las personas de su entorno le presentaran ayuda.

Una vez finalizado este proceso, se establecieron consignas para enfrentar a la ansiedad con nuevas estrategias y con objetivos de exposición que se ordenaron progresivamente en base al nivel de ansiedad que le generaban. El objetivo que se acordó entre ambos fue romper el ciclo de evitación de la ansiedad. Se inició montando en autobús para venir a sesión y se terminó con objetivos más ambiciosos, dando por finalizado el proceso cuando Carmen acudió a un concierto en el palacio de festivales.

En paralelo, el trabajo con la familia se orientó a trabajar la parte intergeneracional para que Carmen pudiera contextualizar algunas dificultades que sus padres podrían tener e integrarlas sin rabia, y la parte estructural, para que la familia fuera acomodando su organización a la edad cronológica de Carmen, fomentando autonomía y sentimiento de capacidad.

En el apartado estructural, la primera estrategia para intervenir fue incorporar a Carmen en las sesiones familiares y darle su sitio en sesión. En un principio los padres demandaban un espacio para que ellos y el psicoterapeuta hablaran de su hija, sin estar ella presente. Al entender que Carmen tiene edad para dar su opinión, el psicoterapeuta la incorporó a las sesiones acompañando a los padres y a Carmen a darle voz a sus necesidades. Este fue uno de los puntos más complicados, puesto que el nuevo rol de la hija no fue del todo aceptado por los padres ni tampoco a Carmen le resultaba fácil intervenir cuando ellos le reprochaban algunas situaciones en casa. No obstante, estas interacciones eran escenificaciones de la danza que se producía fuera de sesión, al traerla el psicoterapeuta pudo participar tratando de generar desequilibrios. Los recursos que se utilizaron fueron intervenciones simbólicas, especialmente a través de muñecos y esculturas. Durante los ejercicios Carmen pudo proyectar la necesidad de independencia y autonomía y como le gustaría que su familia le ayudará a conseguirlo.

En lo referente al apartado intergeneracional se hizo una revisión de la historia de la familia a través del genograma. Estas sesiones familiares habían sido previamente trabajadas con Carmen en sesión. En ese trabajo previo se pretendía fomentar la curiosidad de Carmen sobre la vida de sus padres y de cómo esas experiencias habían contribuido a ser los padres que hoy son. Se elaboraron una serie de preguntas que a ella le gustaría saber sobre ellos y sobre la historia de la familia. A la sesión familiar se invitó también al hermano, de esa forma podíamos contar con la familia al completo para realizar el trabajo.

Con toda la familia en sesión, con las propuestas de la terapia trigeneracional (Andolfi y Ángelo, 1985) Carmen comenzó a elaborar el genograma en la pizarra. Durante el ejercicio la madre, emocionada, pudo relatar los problemas con su propia madre, la abuela de Carmen. Marcela tuvo que salir de casa siendo muy joven porque la abuela siempre la rechazó y la castigaba. Esto abrió la oportunidad a que Carmen y Marcela pudieran compartir el sentimiento compartido de rechazo con el que ambas lidiaban como hijas. Otro de los temas que se abordó fue la tendencia que tenía la familia de Antonio a ser una piña. En este caso fueron Marcela y sus hijos los que denunciaron que a veces eso había sido un problema puesto que en ocasiones se sentían agobiados. El valor de esta intervención está en lograr que la familia se ponga a trabajar como el instrumento más poderoso para el cambio y, siguiendo con esta idea, estas sesiones representaron un hito en el proceso psicoterapéutico.

A partir de entonces, la familia fue adquiriendo un papel más secundario durante la psicoterapia. Carmen fue abordando progresivamente aspectos más relativos a su vida, miedos y necesidades, algo que se interpreta como una señal del proceso de diferenciación y conexión consigo misma.

En la última etapa del proceso se abordaron algunas cuestiones profesionales, enfocadas a lograr autonomía económica; y otras sentimentales. En este momento se invitó a participar a su pareja a una sesión para reforzar

logros y abordar el tema de la familia. Ese espacio permitió a Carmen manifestar algunas dificultades y temores que tenía en lo relativo a su ansiedad y a realizar planes con su pareja y su familia.

Coincidiendo con el cierre de curso y la llegada de verano, se aprovechó el tiempo sin terapia para que pudiera desplegar los recursos que se habían trabajado. En su regreso tras las vacaciones se decidió dar por finalizadas las sesiones de forma conjunta y proceder a un seguimiento mensual que se prolongó tres meses. Carmen se sentía preparada para continuar sola y no veía la necesidad de seguir acudiendo al recurso. El psicoterapeuta se limitó a reforzar su decisión y a hacer un cierre en el que juntos pudieran hablar de la experiencia que habían compartido.

Para el cierre de la terapia se hizo una revisión conjunta de los 9 meses de tratamiento. En esa conversación Carmen expresó alguno de los hitos más importantes y también aquellos más complicados. Otra de las cosas que se evaluó fueron los cambios que habían sucedido durante este tiempo. Resaltó que la ansiedad ya no le impedía hacer planes y dijo que ahora podía tener temor, pero acababa por enfrentar aquellos escenarios que antes evitaba. La relación con la familia era menos conflictiva y las peleas en casa se redujeron significativamente. Carmen estaba haciendo planes de futuro entre los que figuraba su salida de casa y mayor independencia económica.

Conclusiones

La PES dota a los profesionales de un marco conceptual amplio que permite comprender los problemas de las personas en relación con el entorno. Por un lado, gracias a la guía de intervención los psicoterapeutas pueden elaborar hipótesis sobre el problema desde la función que desempeñan en diferentes dimensiones. Además, la metodología otorga una estructura de trabajo basada en la contrastación de hipótesis que ayuda a organizar el proceso psicoterapéutico y construir objetivos de intervención. Por otro lado, en el mapa del proceso psicoterapéutico podemos contemplar todas las variables que participan en el tránscurso de la terapia y controlar aquellos factores comunes que nos vayan a ayudar a lograr los objetivos terapéuticos. Por último, el marco de trabajo en equipo y apoyado de recursos dirigidos a ayudar al psicoterapeuta, como la supervisión, permite desarrollar competencias profesionales y personales para lograr mejorar los resultados de nuestras psicoterapias.

Este modelo es especialmente útil en los casos de ansiedad, que suelen ser uno de los principales motivos de consulta en el ámbito privado. La flexibilidad de la PES permite que el psicoterapeuta tenga una amplitud de alternativas a la hora de elaborar estrategias y sortear las dificultades asociadas a este problema, como los elevados niveles de angustia en el paciente. Incorporar elementos emocionales y relacionales nos ayuda a entender como la persona ha ido incorporando la experiencia relacional a lo largo de su evolución y la función que desempeña la ansiedad en su funcionamiento actual.

La intervención desde el modelo PES en los casos de ansiedad permite desplegar diferentes alternativas de tratamiento que recogen todas las dimensiones del ser humano que quedan afectadas durante los problemas de ansiedad. En el caso descrito en el presente artículo fue particularmente relevante el abordaje familiar y el emocional. Las dianas terapéuticas centradas en la familia facilitaron que se produjera un cambio en el juego relacional en el que estaba inmersa. A partir de ese momento se abrió la posibilidad de abordar el componente individual junto a la paciente integrando la experiencia emocional acumulada durante su evolución y las creencias asociadas. Desde la seguridad alcanzada se propusieron desafíos conductuales a modo de exposición frente al miedo que fueron aumentando progresivamente su dificultad. Finalmente se hizo un cierre del tratamiento que dio por finalizado el proceso psicoterapéutico.

Limitaciones

Bajo ningún concepto se puede concluir que el éxito de la psicoterapia en este caso es atribuible a la PES. El efecto de este enfoque o de los recursos y técnicas empleados en el resultado de la terapia es limitado y simplemente forma parte de las muchas variables que han contribuido a generar el cambio.

No se puede sostener que la PES tiene buenos resultados en la ansiedad. Ni la PES pretende ser una terapia estandarizada ni contempla, en sus principios básicos, que se puedan constituir modelos de intervención o terapias estandarizadas exclusivamente desde un psicodiagnóstico.

Aceptando la complejidad de todos y cada uno de los procesos psicoterapéuticos en los que un profesional se puede ver inmerso, la PES es un modelo conceptual que permite guiar la intervención adaptándola siempre a la persona que consulta. Desde este prisma, la PES es un instrumento más dirigido a que los psicoterapeutas puedan adentrarse en la complejidad y acompañar a las personas que le consultan.

Referencias

- Alonso, J., Li, Z., Evans-Lacko, D., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Bruffaerts, R., Cardoso, G., Cia, A., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., de Jonge, P. ... the WHO World Mental Health Survey Collaborators . (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety*, 35(3), 195-208. <https://doi.org/10.1002/da.22711>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. y Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755-768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Andolfi, M. y Angelo, C. (1985). Familia e individuo desde una perspectiva trigeracional. A. Ackerman y M. Andolfi, (1990). *La creación del sistema terapéutico*. Paidós.
- Baldwin, S. A. y Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methodsBergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 258–297). Wyley.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa.
- [Beavers, W. R. y Hampson, R. B. \(1995\). Familias exitosas. Evaluación, tratamiento e intervención](#). Editorial Paidós.
- Bennett-Levy, J. y Finlay-Jones, A. (2018). The role of personal practice in therapist skill development: A model to guide therapists, educators, supervisors and researchers. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(3), 185-205. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1434678>
- Berg, I. K. y Miller, S. D. (1996). *Trabajando con el problema del Alcohol: orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. Gedisa.
- Bermejo, M. (2018). *La danza de las emociones familiares: terapia emocional sistémica aplicada con niños, niñas y adolescentes*. Desclée de Brouwer.
- Bermejo, M. (Ed.). (2020). *Manual de psicoterapia emocional sistémica*. Sentir Editorial.
- Botella, L. y Maestra, J. (2016). Integración en psicoterapia en terapeutas en formación: atribución de factores comunes e ingredientes específicos en casos prototípicos de cinco orientaciones psicoterapéuticas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 39-48.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Paidós.
- Canevaro, A. (2012). *Terapia individual sistemática con la participación de los familiares significativos: cuando vuelan los cormoranes* (Vol. 1). Ediciones Morata.
- Castonguay, L. G. y Hill, C. E. (Eds.). (2017). *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-000>
- Caillé, P. (1992). *Uno más uno son tres: la pareja revelada a sí misma*. Paidós
- Cuijpers, P., Reijnders, M. y Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual review of clinical psychology*, 15(1), 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Demertzis, K. H. y Craske, M. G. (2006). Anxiety in primary care. *Current psychiatry reports*, 8(4), 291-297. <https://doi.org/10.1007/s11920-006-0065-4>

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. y Target, M. (2018). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429471643>
- Gaitan-Sierra, C. y Hyland, M. E. (2015). Common factor mechanisms in clinical practice and their relationship with outcome. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(3), 258-266. <https://doi.org/10.1002/cpp.1894>
- Garay, C. J., Fabrissin, J. H., Korman, G. P., Etenberg, M., Hornes, A., D'Alessandro, F. y Etchevers, M. J. (2011). Combinación de tratamientos y complementariedad terapéutica en los trastornos de ansiedad. *Investigaciones en Psicología*, 16(2), 63-79.
- González Martínez, M. T. (1993). Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional. *Aula*, 5, 9-21. <https://doi.org/10.14201/3270>
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Amorrortu.
- Hernández Rodríguez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594.
- Janet, P. (1965). *The major symptoms of hysteria; fifteen lectures given in the medical school of Harvard University* (2nd ed.). Hafner.
- Hafner. Jennings, L. y Skovholt, T. M. (2016). *Expertise in counseling and psychotherapy: Master therapist studies from around the world*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/mend:psych/9780190222505.001.0001>
- Krause, M. y Altimir, C. (2016). Introduction: current developments in psychotherapy process research/Introducción: desarrollos actuales en la investigación del proceso psicoterapéutico. *Estudios de Psicología*, 37(2-3), 201-225. <https://doi.org/10.1080/02109395.2016.1227574>
- Lambert, M. J., y Ogles, B. M. (2014). Common factors: Post hoc explanation or empirically based therapy approach? *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 51(4), 504. <https://doi.org/10.1037/a0036580>
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J. U. H. Shilen (Ed.), *Research in psychotherapy* (Vol. 3, pp. 90- 102). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10546-004>
- Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and all must have prizes? *Archives of general Psychiatry*, 32(8), 995-1008. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- Meier, D., Tschacher, W., Moggi, F., Frommer, A., Küttel, L. y Pfammatter, M. (2021). Empirical Conceptualization of Common Factors in Psychotherapy: Factor Structure of the WEB. *Psychiatrische Praxis*, 49(05), 262-270. <https://doi.org/10.1055/a-1673-3867>
- Minuchin, S. y Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Harvard University Press.
- Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa.
- Mitlin, M. y Madden, J. (2008). *Bingo de las emociones*. TEA.
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C. y Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 48-60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Ormel, J., VonKorff, M., Ustun, T. B., Pini, S., Korten, A. y Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA*, 272(22), 1741-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.272.22.1741>
- Demertzis, K. H. y Craske, M. G. (2006). Anxiety in primary care. *Current Psychiatry Reports*, 8, 291–297. <https://doi.org/10.1007/s11920-006-0065-4>
- Rønnestad, M. H., Orlinsky, D. E., Schröder, T. A., Skovholt, T. M. y Willutzki, U. (2019). The professional development of counsellors and psychotherapists: Implications of empirical studies for supervision, training and practice. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(3), 214-230. <https://doi.org/10.1002/capr.12198>
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1986). *Paradoja y contraparadoja*. Paidós
- Skovholt, T. M. y Ronnestad, M. H. (1992). Themes in therapist and counselor development. *Journal of Counseling & Development*, 70(4), 505-515. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1992.tb01646.x>
- Smith, M. L. y Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>

- Pittman, F. (1990). *Momentos decisivos: Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Editorial Paidos.
- Tackett, J. L., Brandes, C. M., King, K. M. y Markon, K. E. (2019). Psychology's replication crisis and clinical psychological science. *Annual review of clinical psychology*, 15, 579-604. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095710>
- Torres, E. y Bermejo, M. (2017). Crisis y terapia familiar sistémica (la crisis vincular). *Mosaico: revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 68, 68-77.
- Torres, E. (2020). Modelo de intervención con adultos, familias y parejas desde la Psicoterapia Emocional Sistémica: Intervención con adultos. En M. Bermejo (Ed.), *Manual de psicoterapia emocional sistémica* (pp. 269-263). Sentir Editorial.
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B. y Jackson, D. D. (2011). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Herder Editorial. <https://doi.org/10.2307/j.ctv9k0tj>
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos* (pp. 53-87). Paidós.

Artículo recibido: 19/09/2022

Artículo aceptado: 27/10/2022