De trastornos a problemas de salud mental

- Principios para la integración
- Problemas de ansiedad

Jorge Fernández Moya
Federico G. Richard

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

De trastorno a problemas de salud mental 1

Jorge Fernández Moya - Federico Richard

De trastornos a problemas de salud mental 1

Principios para la integración
Problemas de ansiedad

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

Fernández Moya, Jorge
De trastornos a problemas de salud mental : principios para la integración : problemas de ansiedad / Jorge Fernández Moya ; Richard Federico Guillermo. - 1a ed. - Mendoza : Universidad del Aconcagua, 2025.
Libro digital, PDF
Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-4971-82-1
1. Psicología. 2. Psicoterapia. 3. Psicofarmacología. I. Federico Guillermo, Richard II. Título
CDD 158.1

Diagramación y diseño de tapa: Arq. Gustavo Cadile.
La imagen que ilustra la portada ha sido descargada de Pixabay, pertenece a Quimono y ha sido modificada por el diseñador.

Copyright by Editorial de la Universidad del Aconcagua.
Catamarca 147(M5500CKC) Mendoza.
Teléfono (0261) 5201681.
e-mail: editorial@uda.edu.ar.

Queda hecho el depósito que marca la ley 11723.
Impreso en Mendoza – Argentina.

Primera edición: septiembre de 2025.
I.S.B.N.: 978-987-4971-82-1

Miembro de

REUP
Red de Editoriales de Universidades Privadas

Reservados todos los derechos. No está permitido reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información ni transmitir ninguna parte de esta publicación, cualquiera sea el medio empleado –electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc.–, sin el permiso previo de los titulares de los derechos de propiedad intelectual.

A nuestras familias

Nuestro agradecimiento

Al señor Rector de la Universidad del Aconcagua,
Dr. Rolando Galli Rey;

Al señor Decano de la Facultad de Psicología,
Mgter. Hugo Luipiañez;

A la Editorial de la Universidad del Aconcagua,
en la persona del Arq. Gustavo Cadile;

A la Dra. Silvia Riba;

Al Mgter. David Venturini.

Índice

Palabras preliminares **15**

Prólogo **17**

Los orígenes de la psicoterapia 17

Prólogo 19

1- Integración entre psicoterapia sistémica y psicofarmacología **23**

Introducción 23

¿Problemas o trastornos? ¿De trastornos a problemas? O bien: ¿de problemas a trastornos? 27

La construcción conjunta de un diagnóstico psicopatológico 31

Primer nivel de integración: del circuito intrapsíquico al circuito interaccional 33

Segundo nivel de integración: de los circuitos del terapeuta a los del consultante 37

Tercer nivel de integración: los siete circuitos, sus posibles secuencias de activación y la propuesta de cambio .. 38

Cuarto nivel de integración: la interdisciplina 40

2- Abordaje sistémico y psicofarmacológico de los trastornos de ansiedad **45**

Introducción 45

Fundamentos neurobiológicos de la ansiedad 48

El Sistema límbico, la amígdala y el miedo 49

El Hipotálamo, el estrés y la ansiedad 50

Neurotransmisores 51

Perspectiva sistémica de los trastornos de ansiedad: familia, improntas relacionales y personalidad 52
Periferia y centro 57
El tiempo en que los cambios tienen lugar..... 58
Los recursos disponibles 58
Cuando el cambio es la norma 59
El reconocimiento 59
El contexto cultural 60
La flexibilidad o rigidez en los sistemas de creencias 61
Patrones de sobreinvolucración y sobreprotección: 61
Cuando la acción llevada a cabo genera un resultado inesperado y no deseado..... 62
Elementos teóricos mínimos: Cinco pautas para una comprensión sistémica de la ansiedad 62
Pauta 1: anticipación 65
Pauta 2: obsesiones..... 71
Pauta 3: Miedos..... 73
Pauta 4: Evitación..... 77
Pauta 5: pánico 80
Abordaje psicoterapéutico y farmacológico de la ansiedad: aspectos generales que deben considerarse para la intervención 83
Un caso clínico..... 88
Algunas consideraciones sobre la evaluación sistémica..... 91
Crianza, socialización e improntas relacionales 93
Azucena..... 97
Vicente..... 100
Víctor..... 102
Eugenia..... 103
Florencia..... 103
Ernesto..... 104
Principales intervenciones sistémicas..... 105
Estrategias terapéuticas para el abordaje de la ansiedad..... 114
Estrategias para abordar la pauta 1: anticipación..... 116
Estrategias para abordar la pauta 2: obsesiones 117
Estrategias para abordar la pauta 3: miedos..... 119
Estrategias para abordar la pauta 4: evitación..... 119
Estrategias para abordar la pauta 5: pánico..... 119

Algunas maniobras generales y específicas 120
Directivas 123
Connotación positiva de la conducta..... 124
Connotación positiva del síntoma 124
Prescripción del síntoma 125
Redefiniciones..... 127
Analogías, encuadres metafóricos, metáforas 131
Maniobras generales..... 132
Tareas 133
Maniobras provenientes de otros modelos sistémicos 133
El arte del terapeuta: la vinculación entre estrategias y maniobras..... 134
Trastornos de ansiedad: consideraciones desde la perspectiva cognitivo-conductual 138
Abordaje psicofarmacológico básico de los trastornos de ansiedad..... 142
Integración y conclusiones..... 144

Bibliografía 147

Palabras preliminares

A principios de julio del año pasado Ricardo Sardi tuvo la gentileza de invitarnos a Jorge Fernández Moya y a mí a tomar un café en su mesa habitual del café La Barca. Le habíamos comentado de nuestro proyecto editorial, y propusimos ampliarlo en una conversación personal, para conocer su opinión sobre nuestras ideas y eventualmente invitarlo a sumarse de la forma en que a él le pareciese conveniente. Ricardo aceptó el desafío de inmediato y puso manos a la obra. Las páginas que siguen a estos párrafos son el resultado de la búsqueda y articulación que la lectura de nuestro trabajo generó en él.

No hace falta presentar a Ricardo. Médico, psiquiatra, logoterapeuta y docente de fuste de nuestra Universidad y otras casas, su más reciente reconocimiento fue como "Maestro de Medicina", el año pasado, en la tradicional ceremonia de imposición de delantales blancos que llevó a cabo nuestra Facultad de Ciencias Médicas en un acto dirigido por su Decano, el Dr. Ángel Pellegrino. Los aportes que el homenajeado ha realizado por la salud mental y la formación en medicina y psicoterapia son simplemente enormes. El grado en que ha contribuido a la formación humana de quienes estamos cerca de él, también. Resulta difícil poner en palabras el deleite al escucharlo en tantas conferencias y clases magistrales; su erudición excede el campo de la medicina porque el campo de interés de Ricardo es simplemente mucho más amplio: lo espiritual y lo humano.

Jorge Fernández Moya suele decir "soy un mal psiquiatra" en una humorada referida a que no suele medicar a sus consultantes, expresión que para mí refleja su humildad basal y su constante reconocimiento ético de sus propias limitaciones. Ricardo, en un acto isomórfico, me dijo y me insistió sobre su prólogo –me permito la infidencia–: "podés borrar lo que quieras". Por su-

puesto me negué de plano, dejé todo escrito como estaba, y sólo pensé en escribir estas mínimas palabras preliminares a sus propias palabras preliminares, con el objetivo de homenajearlo, agradecerle, y dar un breve contexto al lector de lo que nuestro prologuista leyó, procesó y nos devolvió con su acostumbrada sabiduría y generosidad.

Voto porque las palabras de Ricardo inviten a nuevas generaciones de médicos psiquiatras –dedicados a la ciencia pero antes que nada interesados por lo humano–, a interiorizarse en las experiencias que buscamos ordenar y transmitir. Acaso ello les permita toparse con libros como éste y, como hacía Sócrates siguiendo la analogía de su propia madre partera –referencia por cierto recurrente y plena de sentido en las presentaciones de Ricardo–, sacar a la luz sabiduría de donde no la hay.

Federico G. Richard

Prólogo

Los orígenes de la psicoterapia

Ricardo Joaquín Sardi

Es arte difícil el cuidado de la realidad ajena.

Marco Tulio Cicerón
107–43 a. de C.

El Rey **Merikara** (Egipto, 2100 a.C.) dice a su hijo: ¨Sé un artesano de la palabra para que puedas prevalecer, porque el poder del hombre está en la lengua y el poder de la palabra es más fuerte que el de cualquier combate¨.

En relación con la enfermedad, la palabra es usada en el epos homérico con tres intenciones distintas: una impetrativa, otra mágica y otra psicológica o natural. La palabra impetrativa es la plegaria; la palabra mágica es el ensalmo o conjuro; la palabra de intención psicológica es el decir placentero o sugestivo

Antifon (…..) o **Antifonte**, a él competió ser el inventor de la psicoterapia. Dice de él Filóstrato que: ¨anunció unas sesiones de alivio del sufrimiento por la palabra, en la seguridad de que no podría hablársele de un dolor tan terrible que él no pudiese expulsarlo de la mente¨. Filóstrato. Vida de los sofistas.

El Pseudo-Plutarco dice: ¨En Corinto puso una consulta en una casa cerca del mercado y escribió en la puerta que curaría con sus palabras a todos los que se sintieran agobiados por sus penas. Y, haciendo preguntas, encontraba la causa y consolaba a los deprimidos¨.

Diógenes Laercio dice: ¨Antifonte, el sofista es seguramente el que practicaba la curación mental en Corinto¨. ¨El buen médico no prescribe nada al enfermo

–dice Platón– mientras no le ha convencido (de la eficacia de su tratamiento); y sólo entonces, teniéndole ya ablandado por la persuasión, trata de llevar a término su obra, restituyéndole la salud¨.

Franz Anton Mesmer, nacido 23 de mayo de 1734 en Iznang de Bodensee.

En 1781 se establece definitivamente en Viena. Se recibe en Ingolstadt de emerito studiosus en Teología e investido del grado de doctor en Filosofía. Continúa sus estudios de Derecho y el 27 de mayo de 1766 proclamado solemnemente Doctor Medicinae. Descubre el Magnetismo.

Se traslada a París en 1778. El Rey nombró una comisión investigadora por su pretensión de haber descubierto un nuevo fluído físico. Desapareció de París en 1785. Marchó a Suiza y murió el l5 de marzo de 1815.

Le siguió el Marqués de Puysegur (1751-1825) que practicaba el sonambulismo artificial. Después Liébeault (1823-1904) y Bernheim (1840-1919). J.M. Charcot (1825-1893).

James Braid al sonambulismo artificial dio el nombre de **hipnotismo** en 1843. Se puede trazar una línea de evolución continua entre el exorcismo y el magnetismo, el magnetismo y el hipnotismo, el hipnotismo y las psiquiatrías dinámicas modernas.

Felipe **Melanchton** en 1550 introdujo la palabra “psicología”.

Dice **Kaplan** en su Psiquiatría que Walter Cooper **Dendy** (1794-1871) introdujo el término “psicoterapia”.

La palabra “psicoterapia” fue utilizada por primera vez en 1803 por J. C. **Reil** (1759-1913) en su libro **Rapsodien** en un artículo “Rapsodias en la aplicación de métodos psíquicos en el tratamiento de enfermedades mentales.” También creó la palabra “psiquiatría.” José **Guimon**, Mallorca, 1990.

La psicoterapia propiamente dicha aparece por primera vez en Argentina en una tesis de Juan A. **Agrelo**.

Prólogo

> *Psicoterapia es la aplicación metódica de técnicas psicológicas en el tratamiento de los trastornos mentales.*
>
> Tizon, 1982.

> *Psicoterapia significa la aplicación planificada y documentada de técnicas derivadas de principios psicológicos establecidos por personas cualificadas, entrenadas y experimentadas en la comprensión de estos principios y en la aplicación de éstas técnicas, con la intención de ayudar a los individuos a modificar aquellas características personales, tales como sentimientos, valores, actitudes y conductas que son juzgadas por el terapeuta como inadaptadas o desajustadas.*
>
> Meltoff Y Korneich, 1970.

La tarea de los psicoterapeutas es ingente. Todos ejercemos nuestra profesión desde alguna escuela a la que adherimos. Hay cientos de ellas.

Esto da origen a la polémica de los métodos, que queda desdibujada por las cifras comparativas de los resultados y eficacia terapéuticas. El 80 por ciento de los pacientes tratados, más allá del tipo de tratamiento, experimentan alivio y mejoría de los síntomas que los llevaron a recurrir a un psicoterapeuta. Esta paradoja nos enfrenta con la pregunta sobre el papel que juega la personalidad del terapeuta en la dinámica de la psicoterapia.

En el mundo hay un millón de psiquiatras.

“En Estados Unidos, el país más rico de la historia y el epicentro del sistema económico globalizado, el 60 % de los adultos tiene una enfermedad crónica, como la hipertensión o la diabetes, y más del 40% acumula dos o más. Casi el 70 % de los estadounidenses toma al menos un fármaco recetado; más de la mitad toma 2. En todo el hemisferio occidental se han disparado los diagnósticos de salud mental en jóvenes, adultos y ancianos. En 2.019, más de 50 millones de estadounidenses, más del 20 % de la población adulta del país, sufrieron un episodio de enfermedad mental.

Un informe de 2019: La gestión de las universidades nos pone enfermos: examen de la crisis de salud mental entre estudiantes. ”Datos tomados del

libro “El **mito** de la normalidad” de Gabor Maté, MD., Tendencias, Bs. As., 2024.

Los autores de este libro que prologamos demuestran su conocimiento y dominio de la Psicopatología, no como los redactores de la actualmente vigente Ley Nacional de Salud Mental que demuestran su ignorancia, creyendo que desde los derechos humanos podrían regular la salud mental.

Desde el libro de Robert Burton “Anatomía de la Melancolía”, Oxford, 1621, donde relata su triste pero vigorosa descripción de la “melancolía del erudito” y propone una explicación física de la melancolía. Burton analiza también la experiencia de la angustia, incorporándola correctamente a su descripción de la depresión, y dice por fin, que la melancolía es en realidad una enfermedad del cuerpo y del alma; y que es “un fallo de la imaginación más que de la razón “.

La palabra “suicidio” parece haber sido acuñada poco después de la magna obra de Burton. (Tomado de “El demonio de la depresión “de Andrew Solomon, Printing Books, Bs. As., 2.002).

El segundo gasto sanitario del mundo desarrollado lo genera la depresión mayor. Solomon, pag. 552.

Al comienzo de nuestra Era, **Epicteto** describió la **Ansiedad** “como miedo, no a la enfermedad, al dolor o a la muerte, sino al miedo.”

Este es el mayor desafío en los tratamientos, conseguir aliviar a los pacientes de su miedo a…. **nada** !!!!. Es lo que constituye la **propatía**, el temor a lo que puede sobrevenir, con estas respuestas inadecuadas o desproporcionadas a una situación o un suceso, frecuentemente entroncados con conflictos anteriores.

Para comprender estas dinámicas psíquicas es fundamental tener en cuenta la **anticipación**, como se describe en este libro y vigente desde el magnífico estudio de **Jean Sutter** en Actas de Psiquiatría Española en 1.956 y **L’anticipation**. Presses Universitaries de France, 1990.

En reunión de psicoterapeutas en Madrid preguntan a Gustavo BALLY de Zurich sobre un tratamiento dificultoso y contesta: ” Acaso no ha amado usted bastante a su enfermo…”

Como alguien comentara el giro que ha sufrido en los últimos años uno de los principales problemas de la psicoterapia, el de la “transferencia afectiva” diciendo: “En fin de cuentas, de lo que se trata es de volverse un poco Ángel Guardián”, Bally replicó con el gesto de quien aleja de la reunión un importuno: “ Sí, en cierto modo así es, pero no conviene concretar en una imagen lo que estamos haciendo. Tan pronto se teoriza, tan pronto se habla demasiado de la esencia de lo que estamos haciendo, dejamos de hacerlo bien”. Rof Carballo, Entre el silencio y la palabra. Espasa Calpe, pag. 72.

Hago votos para que los autores de este libro no dejen nunca de pertenecer a la logia de la **Philomatía**, como llama **Platón** al amor por la enseñanza.

Ricardo Joaquín Sardi
Mendoza, marzo de 2025

1- Integración entre psicoterapia sistémica y psicofarmacología

Jorge Fernández Moya,
Federico G. Richard
con la colaboración de Silvia Riba

Introducción

Todo médico psiquiatra con un mínimo de experiencia puede enumerar una serie de circunstancias del entorno de sus pacientes que favorecen o desfavorecen la evolución de un cuadro clínico, cualquiera sea su naturaleza. Esa influencia puede tener que ver con aumentar o disminuir la adherencia al tratamiento, pero también incidir en el cuadro en sí a través de mecanismos de activación o desencadenamiento de sintomatología en los que el entorno interpersonal gatilla de alguna manera procesos químicos cerebrales vinculados al cuadro clínico. Más adelante desarrollaremos la idea de que la cronicidad de los problemas, pueden ser base y origen de trastornos en salud mental.

Al mismo tiempo, estos profesionales conocen bien el impacto positivo que algunas intervenciones psicosociales, formuladas oportunamente por ellos mismos, tienen sobre esa misma dinámica química. La escucha empática durante un tiempo suficiente acerca del padecimiento, la construcción a lo largo de las consultas de una relación de confianza, cierta explicación oportuna y comprensible para el paciente de lo que le está ocurriendo, son ejemplos de esa influencia. También incide en ese sentido la comprensión del médico de cuánto y cómo influye el ambiente interpersonal (familia, trabajo) sobre el cuadro del paciente, y a su vez el modo en que el paciente y su cuadro

influyen sobre ese entorno. La experiencia del profesional incluirá posiblemente la provisión de ciertos consejos valiosos acerca de cómo conducirse en determinadas situaciones cotidianas, relacionadas o no con la medicación. Esas situaciones pueden vincularse a factores que el médico puede definir como estresantes en general (por ej. carga laboral), y muchas de ellos se vinculan más específicamente al ambiente interpersonal, es decir a la interacción con personas significativas del entorno del paciente. La influencia de esas relaciones interpersonales resulta tan poderosa que, en muchas ocasiones, basta el recuerdo, o una serie de pensamientos y sentimientos ligados a otras personas significativas –personas que pueden estar lejos o muertas, por ejemplo, en ciertos duelos–, para desencadenar esos sutiles desequilibrios en la química cerebral que aparecen como síntomas en la experiencia.

Estas ideas han sido para nosotros el punto de partida para imaginar una obra –o más bien una serie de aportes sucesivos, vinculados entre sí e integrados eventualmente en una obra más amplia–, donde eventualmente puedan ordenarse experiencias acerca de la relación recíproca entre el ambiente interpersonal y la sintomatología en ciertos cuadros clínicos. De la mano de ello, sistematizar también algunas conceptualizaciones acerca de esos cuadros, así como ciertas estrategias y técnicas que, dirigidas a o motorizadas desde ese ambiente interpersonal, han mostrado un impacto favorable sobre las personas que consultan a profesionales de la salud mental.

Muchas intervenciones que provienen del pensamiento sistémico pueden sumar al repertorio de herramientas psicosociales de los médicos psiquiatras. Eventualmente, algunas de estas consideraciones podrán ser útiles también para médicos de familia y clínicos que trabajan en atención primaria de la salud, en la medida en que muchos de estos profesionales se encuentran en la primera línea de atención y abordan con frecuencia casos de salud mental, derivando a partir de ciertos grados de severidad y complejidad a especialistas en psiquiatría. Sea que intervengan como médicos tratantes, que propongan una interconsulta con el especialista o bien que deriven al paciente, ciertas herramientas podrían maximizar su capacidad de influencia y contribuir por lo tanto a la efectividad de la intervención médica. A su vez, cuando se trabaja en equipo con un enfoque interdisciplinario, el médico estará en mejores

condiciones para comprender las intervenciones psicosociales propuestas por otros miembros, especialmente psicólogos y trabajadores sociales.

Por otra parte, y en relación con la interacción entre profesionales, cabe considerar un principio básico que proviene de la psicología organizacional: la participación de los miembros de un equipo durante un proceso de toma de decisiones fomenta que ellos perciban la decisión (que en nuestro caso puede ser de tipo diagnóstica o terapéutica) como *propia*. Este hecho sutil pero fundamental redunda en dos consecuencias inmediatas y evidentes: a) el mayor compromiso de los integrantes con las acciones que se ha de emprender o continuar, y b) la ausencia de ciertas acciones (u omisiones) que pueden afectar a las acciones y objetivos perseguidos. El modo de actuar de quien no se siente parte pueden ir desde bienintencionados esfuerzos por alcanzar los mismos objetivos a través de caminos incompatibles con la estrategia delineada por el o los profesionales, a francos y abiertos intentos de sabotaje. De todo esto se desprende la importancia que tiene, en todo equipo, compartir un código común, arribando a una construcción conjunta y consensuada. En un equipo profesional consagrado a la salud mental, ese consenso tiene que ver básicamente con la realidad del paciente, su entorno y el tratamiento.

Además de estas consideraciones acerca del equipo profesional[1] en su conjunto, diremos que, desde la perspectiva de quienes ya cuentan con una formación específica en psicoterapia, nuestra propuesta puede constituir un aporte a su repertorio personal de estrategias y maniobras o técnicas terapéuticas. Si el equipo completo comparte ese bagaje común, la comunicación que el psicólogo mantenga con el o los médicos tratantes se verá favorecida.

Ahora bien: los aportes que deseamos hacer no implican que el médico psiquiatra deba formarse necesariamente en estrategias y técnicas de la psicología clínica, ni mucho menos que ejerza el oficio de psicoterapeuta. Hacerlo es una posibilidad que le brinda la legislación actual y que se ve posibili-

1 El mismo principio de construcción conjunta se aplicará, como el lector podrá constatar a lo largo de toda la obra, al necesario consenso que debe arribarse con los consultantes, pacientes y su entorno significativo. Las consecuencias de no conseguirlo (incluido el sabotaje) se constatan en pacientes e integrantes clave de ese entorno. Algunas de las maniobras que desarrollaremos apuntan específicamente a este punto.

tada por la formación personal que el médico haya obtenido. Por supuesto, tampoco el psicólogo debe prescribir medicación: no sólo porque dicho tipo de intervenciones no resultan posibles desde el punto de vista legal (las incumbencias de su título habilitante) ni desde los conocimientos que posee en su formación de grado. Ahora bien: muchos psicólogos mejoran sus conocimientos acerca de la bioquímica cerebral y terapéutica psicofarmacológica, ya sea a través de formación de posgrado, ya mediante la experiencia del trabajo interdisciplinario con médicos generosos y dotados de capacidad didáctica que hacen docencia con el resto de los miembros de su equipo. Claramente esta situación no habilita al profesional a una prescripción, pero sí lo pone en un papel privilegiado para comprender las intervenciones de los médicos, para aportar a las decisiones terapéuticas del mismo (proveyendo información específica) y para realizar sus propias intervenciones psicosociales de manera sinérgica y maximizadora de beneficios para la situación clínica de quien consulta, asumiendo por supuesto que el caso requiera medicación.

El médico psiquiatra, como decíamos, puede intervenir a través de técnicas psicoterapéuticas, en función de su formación; pero nuestro propósito y el alcance de este trabajo son más reducidos que sumar a esa formación técnica, aunque el psiquiatra que ejerce como psicoterapeuta podrá legítimamente tomar nuestros aportes y utilizarlos. Nos daremos ampliamente por satisfechos si logramos la meta mínima de sistematizar algunos conocimientos derivados del pensamiento sistémico en general y algunas corrientes de psicoterapia sistémica en particular, que le permitirán optimizar su herramienta principal y más frecuente –la prescripción específica de la medicación psiquiátrica cuando ésta es necesaria–, para favorecer los resultados sobre el paciente y, en un sentido más amplio del concepto de salud, de su entorno, que comprende a la familia, su trabajo y su comunidad.

En esta obra intentaremos entonces fundamentar y explicar cómo desde el pensamiento sistémico, en sus diferentes modelos de abordaje, resulta posible trabajar terapéuticamente los *problemas* que se plantean a partir de los diferentes trastornos del DSM 5, haciendo foco especialmente en aquellos en que aparece de un *problema relacional*. Sabemos que frente a algunos de los trastornos sistematizados en dicho manual tenemos poco que hacer, al

ser de corte netamente biológico, pero también sabemos que estas patologías ejercen una importante influencia en la familia y en el contexto, a la vez que estos últimos ejercen, recíprocamente, una clara influencia sobre el curso de los trastornos, con lo cual el aporte psicosocial resulta sumativo y, en ocasiones fundamental.

Por otro lado, creemos que resulta igualmente importante acompañar a los miembros de la familia y a otros integrantes de una comunidad para influir sobre ellos con el propósito de facilitar los tratamientos específicos Para ello debemos reconocer *cómo ellos piensan* en general y acerca del problema/diagnóstico/trastorno (algo que desarrollaremos más adelante como circuito intrapsíquico o autorreferencial) y el modo en que esas ideas se manifiestan en el *cómo se hacen* las cosas en relación a esos constructos que agrupamos como problema/diagnóstico/trastorno. Esto involucra las conductas de quienes participan de una relación de manera frecuente, que mantienen y muchas veces agravan el o los problemas, con independencia de las buenas intenciones de pacientes, familiares, docentes, compañeros de trabajo, etc. Estas interacciones integran parte de lo que llamaremos *circuito interaccional*.

Tanto para profesionales de la medicina como de la psicología, resulta fundamental comprender estos circuitos de ideas y emociones por un lado, y de comportamientos y comunicación por el otro, pues de la misma manera en que ciertos funcionamientos mantienen y agravan los problemas y cuadros clínicos, así también ciertos cambios en la manera de pensar y en la manera de conducirse contribuirán a resolver de manera positiva el motivo de consulta, ya sea mediante intervenciones que influyen directamente sobre el problema, ya mediante cambios en la manera de afrontar un tratamiento farmacológico.

¿Problemas o trastornos? ¿De trastornos a problemas? O bien: ¿de problemas a trastornos?

Muchas de las personas que concurren a una consulta presentan *dificultades* a la hora de aceptar que están enfermos, y algunas pueden sentirse más cómodas con la idea de un "trastorno" que con el rótulo de "enfermedad mental". No podríamos desarrollar aquí el tema, pero es ampliamente sabido que los trastornos mentales presentan en nuestra cultura una historia larga y penosa cargada de connotaciones morales.[2] Todo consultante, sin embargo, está dispuesto a reconocer que lo que le ocurre es un *problema* o como mínimo presenta problemas asociados. Si el terapeuta enfoca su trabajo en la solución de problemas –como en algunos modelos sistémicos–, probablemente le costará menos al paciente involucrarse en una *construcción conjunta* (una nueva definición de lo que está ocurriendo) que le permita trabajar para una mejora. En esas ocasiones, suelen relacionar lo que les ocurre con algún acontecimiento de su historia personal, familiar y/o de círculo relacional íntimo o próximo. En muchos de esos casos podemos partir de una base biológica, comprobada o supuesta,[3] que será foco de la observación y el abordaje por parte del profesional médico.

En la psiquiatría, a diferencia de la mayoría de las otras especialidades, se piensan y se abordan no sólo trastornos puramente biológicos (en ese caso, se corresponderían al concepto clásico de "enfermedades") sino también síntomas que no tienen una causa biológica por lo menos conocida hasta ahora, como son los trastornos de ansiedad, adaptativos, algunos trastornos de personalidad. Puede tratarse desde problemas genéticos no detectables al momento del nacimiento, o infecciosos, o perinatales debido a un sufrimiento fetal durante el parto cuyo alcance para el desarrollo neurológico posterior no puede ser establecido en ese acto, etc. Acompañando a cualquiera de estas si-

2 Richard, F. *Soluciones intentadas al problema de la esquizofrenia. La información como*

3 La mayor parte de los diagnósticos psiquiátricos ofrecen todavía teorías acerca de la etiología, aunque se conozca muy bien la etiopatogenia de estos. El terreno de las "causas biológicas" resulta espinoso, así como la delimitación de trastornos orgánicos de aquellos considerados "funcionales".

tuaciones debería agregarse un nivel de análisis que los sistémicos llamamos *ciclo vital familiar*.

El ciclo vital puede entenderse como una sucesión de etapas de estabilidad y cambio (o crisis) que necesaria e inevitablemente tienen lugar en una familia.[4] La importancia de estas etapas para la comprensión de un cuadro clínico presenta dos vertientes para los clínicos, sea que provengan de la psicología o de la medicina.

Por un lado, ciertos cuadros o condiciones no detectables previamente se empiezan a manifestar en un momento determinado del ciclo vital. Por ejemplo, dificultades en el control de impulsos en el ingreso de un hijo a la adolescencia. Por el otro, y de la mano de esa manifestación de comportamientos disruptivos, las consultas de salud mental se realizan habitualmente en los momentos de cambio de etapas denominados habitualmente *crisis del ciclo vital*.

Además de ello, y desde el punto de vista psicológico, ciertos tipos de cogniciones (entre otras: expectativas y atribuciones)[5] tendrán su peso específico independientemente del factor biológico que podríamos llamar "objetivo". Una madre preocupada por la posible "inmadurez" de su hijo, por ejemplo, podrá "hacer de más" en su relación con él, con lo cual el niño, de manera complementaria, hará menos, lo cual dificultará a su vez la adquisición de ciertas habilidades. En ciertos casos, en ausencia de una certeza diagnóstica, la sola convicción por parte del entorno (la familia, pero también otros) de que esa eventual condición médica existe, puede actuar como una fuerza poderosa que llevará al sistema a la sobreprotección, limitando la autonomía de un hijo. El concepto de profecía autocumplida se aplica en estos y otros casos en que personas del entorno se comportan de cierta manera ante la posibilidad de un acontecimiento, como si el mismo ya hubiese ocurrido; con lo cual, a partir de los mensajes recibidos por el individuo, el mismo termina por comportarse de manera congruente, cumpliendo la profecía.

4 Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

5 Las expectativas se refieren a acontecimientos futuros posibles; las atribuciones son explicaciones causales que formula el individuo.

Así, ciertos presuntos diagnósticos y/o cuadros clínicos, mayor o menormente basados en evidencia clínica, adquieren forma y significado para la familia, constituyendo en ocasiones, en sí mismos, *improntas relacionales* que tienen lugar a lo largo del proceso de crianza y socialización del individuo.

Esas improntas influirán en la manera de pensar y actuar del individuo en general, y en particular en lo referente al cuadro clínico y su impacto en la vida actual y en las relaciones con sus contextos significativos. Este concepto, desarrollado por nosotros en otro lugar, refiere a acontecimientos del pasado que generaron un cambio en la manera de pensar y de relacionarse de las personas.[6] Un clínico sistémico construirá con estos elementos (ciclo vital, improntas relacionales) y otros que presentaremos más adelante (circuitos intrapsíquico e interaccional o mantenedor del síntoma, narrativa del paciente y de los miembros de su familia) un escenario mínimo y un libreto básico con que conducir el proceso terapéutico. Semejantes construcciones pueden ayudar a comprender la forma en que los problemas se perpetúan y eventualmente devienen cuadros clínicos en la medida en que las conductas adquieren estabilidad, en tanto se mantiene la misma clase de relación (de dependencia en el ejemplo anterior) para con los miembros de la familia, y/o bien con otros significativos (maestros, amigos, compañeros).

Por otra parte, el pensamiento sistémico tiene una fuerte influencia de las corrientes epistemológicas conocidas como constructivismo y del construccionismo social, de lo cual se deriva la importancia de una activa participación de las personas que concurren a la consulta. La construcción de la realidad, desde estos modelos, es siempre producto de un *consenso*; de ahí la importancia de conocer cómo piensan y cómo actúan los pacientes y las personas relevantes de su entorno, pues esto influirá directamente en el modo en que unos y otros valorarán las intervenciones propuestas, ya sea la prescripción de un fármaco o una intervención psicosocial. Si el clínico cuenta con esta clase de información, podrá realizar una propuesta que resulte *aceptable*, que al ser considerada como una propia reducirá –en línea con lo que decíamos

6 Para profundizar remitimos al lector al libro: Fernández Moya, J. y Richard, F. (2017). *De crianzas y socializaciones. La impronta relacional en la evaluación clínica*. Mendoza. Universidad del Aconcagua.

más arriba acerca de la participación–, al mínimo la resistencia, fomentando en el paciente y su familia la adherencia al tratamiento.

Como conclusión parcial diremos, aunque parezca una obviedad, que *todo diagnóstico en psiquiatría es en sí una construcción social*, producto del consenso entre miembros de una comunidad profesional. Cuando esa construcción es adecuadamente comunicada, teniendo en cuenta las creencias y valores del paciente y su familia, éstos hacen propio el diagnóstico, y el mismo se convierte en una herramienta para la mejoría del paciente y la solución de los problemas que el mismo experimenta. Veremos a continuación algunas consideraciones útiles para este proceso, pero antes de avanzar sobre nuestro modo de entender los diagnósticos como construcciones, cabe comentario final sobre el título de este apartado. La primera pregunta apunta a una distinción de tipo epistemológico plena de consecuencias para la práctica clínica, algunas de cuyas implicancias fueron muy bien ilustradas por Paul Watzlawick en un artículo denominado "La construcción de realidades clínicas"[7]. La segunda pregunta ilustra un pasaje deseable desde nuestra perspectiva, *sacando el foco de la enfermedad o trastorno y orientándolo a problemas susceptibles de ser resueltos por las personas*, así como a los recursos que ayudan a ese proceso. La pregunta final del título constituye actualmente una hipótesis de trabajo que esperamos esta obra en su conjunto ayude a formular, y eventualmente investigaciones más sistemáticas contribuyan a contrastar. *Pensamos, a partir de nuestra experiencia clínica, que cuando las personas y sus sistemas significativos no pueden resolver problemas simples y de poca severidad, en ocasiones estos devienen problemas complejos y severos*. Algunos de ellos, *con el tiempo, terminan por generar síntomas que configuran trastornos en salud mental*. La efectividad de una intervención puede detener el proceso, previniendo entonces que un problema de la vida cotidiana se transforme en un trastorno. Por supuesto, no cuestionamos con esta hipótesis la existencia de numerosas condiciones nosológicas, de probada o hipotetizada causa biológica, pero asumimos que en muchos casos el hecho de que un problema no sea resuelto gatilla o activa cierta disposición, convirtiendo a una persona sana en una persona enferma.

7 Watzlawick, P., Nardone, G. (2012) Terapia breve estratégica. Barcelona.

La construcción conjunta de un diagnóstico psicopatológico

Consideramos que para construir conjuntamente (o co-construir) entre profesionales y consultantes un sistema que integre la psicopatología con las relaciones interpersonales, deberemos contar con un mapa que distinga una serie de elementos y relaciones mínimos. El orden de los mismos resulta arbitrario y responde a fines didácticos, ya que se presentan de manera simultánea. Con el término "elementos" nos referimos a subsistemas que, entendidos de manera dinámica y diacrónica pueden ser considerados circuitos.

- *El circuito intrapsíquico o autorreferencial* que anticipábamos más arriba consiste en un recorte hecho por el terapeuta de una sucesión de ideas, verbalizaciones (abiertas, o bien subvocales, que el paciente o consultante, al pensarlas, se dice a sí mismo) y sentimientos que van de la mano de esas verbalizaciones. Pensamientos y sentimientos se presentan de manera simultánea, aunque unos puedan resultar más intensos en la experiencia que los otros, y son por lo tanto más advertidos por la consciencia, lo cual redunda en que sean más fácilmente expresados en forma digital (expresión verbal) cuando el individuo habla acerca de lo que le ocurre. Además, y en otro nivel, tiene lugar la comunicación analógica bajo la forma de expresión emocional, que puede ser menos advertida por el individuo, pero resulta inevitablemente leída por el profesional. Por supuesto, entre ambos niveles de comunicación puede existir congruencia o no, y ello aporta valiosa información a la evaluación que hace el profesional y a la co-construcción. El circuito intrapsíquico ocurre en todo momento y circunstancia, pero con diverso grado de intensidad y ajuste respecto de la situación en la que el individuo se desenvuelve. El atributo de "autorreferencial" se refiere aquí a que los pensamientos inician y terminan en el individuo, sin la posibilidad inmediata de validación de esos pensamientos con indicadores externos, en la interacción.
- El *circuito narrativo* del o los consultantes. Entendida en un sentido amplio, la narrativa es la manera en que las personas *dicen las cosas*, incluyendo la forma en que cuentan su propia historia y, en particular,

cuando se refieren, en un contexto clínico, al problema o a la sintomatología que los aqueja. Cuando lo hacen en primera persona podemos considerar que están definiendo su propia identidad al considerar sus recuerdos y las percepciones de su vida actual. La narrativa incluye, a su vez, los papeles o roles que el individuo juega en grupos, instituciones y en las relaciones sociales en general. Asimismo, se derivan posibles lecturas de los acontecimientos presentes que determinarán el protagonismo del individuo en el futuro imaginado. Para el pensamiento posmoderno, las historias o narrativas conforman la matriz de conceptos y creencias a partir de las cuales comprendemos nuestra vida y el mundo donde estas transcurren. Así, el relato muestra, con independencia de los hechos, cómo estos fueron vivenciados por el individuo, y cómo impactan en el presente de este.

- Si atendemos al presente del individuo cobra relevancia el *circuito interaccional*, es decir *la manera de actuar* del individuo ante las diversas situaciones, que incluye la forma en que el comportamiento de los demás retroalimenta el propio. Este circuito, en muchas ocasiones y entendido dentro de un abordaje clínico, puede funcionar también *el circuito mantenedor del síntoma o problema* por el que se consulta. Esto ocurre cuando el individuo y/o personas de su entorno intentan repetidamente soluciones que no sólo resultan fallidas, sino que, además, mantienen el *statu quo*.

Dados estos primeros tres elementos, podemos plantear un primer nivel de integración que facilite la comprensión de los siguientes.

Primer nivel de integración: del circuito intrapsíquico al circuito interaccional

El circuito interaccional, dado por la conducta observable, tendrá estricta relación con la manera de pensar y sentir, por un lado, y de relatar los sucesos por el otro, es decir con los circuitos intrapsíquico y narrativo. Ahora bien: además de lo que decíamos acerca de la expresión emocional y su coincidencia o no con el lenguaje digital, en ciertas ocasiones puede presentarse también un desfasaje entre cómo *se relata* aquello que *se piensa* y las conductas que *se muestran* al actuar. Esta brecha resulta, como veremos en diversas partes de nuestro desarrollo, de particular interés para el trabajo del clínico.

Por otra parte, la manera de pensar, narrar y actuar de una persona se vincula a ciertas experiencias de la crianza y la socialización que denominamos improntas relacionales. A partir de estas experiencias, únicas o repetidas, el individuo *aprendió* una cierta manera característica de pensar y relacionarse. Esas improntas del pasado son activadas o gatilladas en el presente ante situaciones relacionales similares.

A su vez, las situaciones que gatillan improntas, con las maneras de pensar, narrar y relacionarse asociadas (en los tres circuitos antes descriptos), tienen lugar en el contexto de una etapa de estabilidad o de cambio del antes mencionado *ciclo vital familiar*.

Veamos algunas consideraciones mínimas acerca del funcionamiento de los circuitos hasta aquí presentados. Cuando una persona dice algo a otra, esta última manifiesta inevitablemente acuerdo o desacuerdo. Puede hacerlo de manera verbal o a través del lenguaje no verbal (corporal, gestos, silencios, etc.). La información que el hablante recibe de su interlocutor le da información acerca de la valoración que el mismo realiza sobre lo expresado por el primero (a nivel del circuito interaccional), pero también sobre lo que dice (narrativo) y lo que piensa (intrapsíquico), generando ajustes en los tres niveles. Así, por ejemplo, un niño de nueve años que regresa a su hogar apesadumbrado por haber obtenido una mala nota en la escuela podrá manifestar su

pena ante su madre y hermana a través del llanto, expresando su enojo por lo injusta que, según él, fue su maestra, así como su preocupación por lo que su padre le dirá, una posible penitencia, etc. La respuesta no verbal de la madre y la hermana, empática y de contención, fomenta que el niño se exprese. Los mensajes verbales van en la línea de que nada grave ocurrirá, que podrá mejorar su nota porque tiene un buen rendimiento, que su padre no se enojará, etc. A partir de ello, posiblemente, en el circuito narrativo del niño asumirá la responsabilidad de no haber estudiado lo suficiente, y empieza a pensar cómo estudiará para obtener un resultado diferente. De haber obtenido una respuesta diferente por parte de su familia –por ejemplo, si en lugar de encontrarse con la madre y la hermana, lo hubiese recibido un padre enojado–, persistiría quizás la atribución del fracaso a una causa externa (la "injusta" docente), y la manifestación emocional podría haberse reducido (ante la falta de empatía en su interlocutor), o bien amplificado, por ej. en un ataque de ira, con llanto incontrolado.

Este breve ejemplo de una situación cotidiana pretende ilustrar cómo aumenta la complejidad de cualquier manifestación individual, a la vez que se favorece significativamente la comprensión, cuando incluimos la interacción en el análisis y desglosamos los circuitos presentados hasta aquí.

Pasemos ahora al mayor nivel de complejidad que supone una situación clínica. Si entendemos los problemas y la psicopatología como fenómenos interaccionales, y consideramos que el proceso terapéutico tiene lugar en una relación como mínimo entre dos personas (profesional-consultante), resulta necesario considerar cómo se presentan estos tres circuitos al interior del subsistema –dentro del sistema más amplio que estamos abordando– conformado por el médico o psicólogo responsable del tratamiento:

- El *circuito intrapsíquico* del profesional comprende las hipótesis que el mismo formula en tiempo real, es decir simultáneamente, mientras atiende al circuito narrativo del o los consultantes. En caso de contar con datos previos (surgidos de haber hablado por teléfono o intercambiados mensajes antes de la primera consulta), incluirá también necesariamente esos elementos. A su vez, mensajes provenientes de otros profesionales, recibidos antes de la primera entrevista, pueden sumar

a este circuito. Durante cada encuentro, y eventualmente entre los mismos, la información recibida de pacientes, consultantes, derivantes, otros profesionales, etc. seguirá retroalimentando este circuito, modificando lo que se piensa, eventualmente ampliando y precisando a la vez sus ideas acerca del paciente y los tres circuitos de este (narrativo, intrapsíquico e interaccional) en línea con la integración que propusimos más arriba. El circuito intrapsíquico del profesional comprende, así, una serie de elementos básicos que estructuran la información recibida: desde su propia formación a las experiencias previas a nivel personal y profesional, incluyendo la supervisión. Podemos hablar entonces de esquemas o constructos cognitivos mediante los cuales ordena la información y le da un sentido terapéutico. Un punto que, aunque no desarrollaremos aquí no menos importante (sobre todo a los fines de supervisión y formación de profesionales) es el nivel de flexibilidad del pensamiento del propio profesional, es decir qué tan fácil o difícil le resultará modificar sus pensamientos con el ingreso de nueva información.

- A nivel de la relación, el terapeuta participa inevitablemente con una propuesta en el *circuito interaccional*, realizando maniobras[8] en pos de resolver el problema. El médico, por su parte, indicará cierto/s fármaco/s cuando su diagnóstico lo amerite, y posteriormente deberá chequear si en el circuito interaccional del consultante y su familia esa intervención fue cumplida, modificada (por ej. implementada parcialmente, alterando la dosis indicada, los horarios de ingesta, etc.) y si se obtuvo los resultados deseados a nivel del comportamiento, es decir del circuito interaccional del consultante. En este punto debemos destacar nuevamente que la información aportada por la familia, toda vez que esté disponible y sea estimulada por parte del profesional, amplía sustancialmente las posibilidades diagnósticas, terapéuticas y pronósticas. No será lo mismo, claramente, contar únicamente con el relato del paciente que con las opiniones y datos aportados por quienes conviven

8 Llamamos *maniobras* a las acciones dotadas de sentido que propone el terapeuta para promover el cambio. Para una sistematización posible, sugerimos la lectura del cap. 14 del libro *En busca de resultados*, IV Edición.

y eventualmente otras personas significativas (por ej. compañeros de trabajo). Además de la respuesta explícita e intencional por parte del profesional (un mensaje verbal por ej. acerca del modo de administrar la medicación), el mismo retroalimentará todo el tiempo, de manera no verbal, los tres circuitos del consultante. Un silencio respetuoso, los ojos muy abiertos, una pregunta que, independientemente del contenido, cambia de tema, por ejemplo, influirán de maneras diferentes y específicas en el interlocutor.

- Para cerrar con el enfoque en el terapeuta, diremos que el *circuito narrativo* del profesional comprende las verbalizaciones que éste realiza a partir de lo que observa en la sesión, incluyendo lo que pensó durante la misma y lo que venía pensando a partir de los datos previos y pudo corroborar –es decir todo lo abarcado por el circuito intrapsíquico del terapeuta–. La narrativa es tal en la medida en que la expresa, con lo cual podemos incluir una serie de verbalizaciones realizadas en un contexto profesional –diálogo con colegas u otros profesionales que intervienen con la misma familia o paciente, supervisiones, etc.–.

Segundo nivel de integración: de los circuitos del terapeuta a los del consultante

En el interjuego de sus tres circuitos, el terapeuta utilizará las improntas relacionales del consultante para la construcción del libreto mínimo de la conducta relacional que explica y mantiene el problema. Para rastrearlas, hará foco en algunos elementos de los circuitos narrativo e interaccional del consultante y propondrá una hipótesis que será contrastada con el mismo, y utilizada sólo en la medida en que haya consenso. Si la persona se reconoce en las improntas relacionales propuestas, identificando algo de la experiencia pasada en la interacción actual, las mismas podrán ingresar a su narrativa facilitando los cambios deseados. Ahora bien: el trabajo del terapeuta, mediante una serie de maniobras que desarrollaremos en apartados específicos de los tomos que siguen, consistirá en parte en destacar aspectos de las improntas

relacionales que resulten facilitadores, posibilitadores de nuevos relatos que impliquen posibilidades terapéuticas. El consultante podría, por ejemplo, quedarse en aspectos inmodificables de experiencias pasadas que se repiten en interacciones presentes; el desafío del profesional pasará por reconocer ese isomorfismo en las relaciones, pero iluminando aspectos de la experiencia que eventualmente impliquen la posibilidad un cambio o, como mínimo, cierta capacidad de resistencia, tolerancia, abnegación, etc. Nunca el hecho de trabajar con improntas relacionales implicará la repetición irreflexiva y perpetuadora de disfuncionalidades sistémicas.

Por otra parte, y como decíamos, el ciclo vital familiar constituye un marco, un contexto para las improntas relacionales. Es utilizado por el terapeuta como "telón de fondo"[9] del problema que ha sido co-construido, a la vez que de las intervenciones que el sistema terapéutico llevará a cabo.

Todas estas relaciones pueden ser englobadas, en otro nivel, en un séptimo circuito que comprende a los anteriores, que tienen lugar de manera simultánea, y que denominaremos

- *Circuito del sistema terapéutico*. Los seis circuitos anteriores pueden ser hilvanados de muchas maneras posibles y en secuencias diferentes que exceden la limitada sucesión en que los hemos presentado. La aplicación del pensamiento sistémico, en este sentido, a diferencia de otros modelos de pensamiento, *no pasa por descubrir una realidad* sino por *construir un consenso* útil para los fines terapéuticos. Así, a partir de la manera en que un paciente cuenta las cosas, el terapeuta imagina un circuito intrapsíquico posible, es decir cómo piensa en general acerca del mundo, y cómo piensa en particular el problema que lo trae a la consulta. Ese recorte, insistimos, no es más que una *hipótesis* del terapeuta que deberá ser constatada a nivel interaccional.

9 Haley. J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Tercer nivel de integración: los siete circuitos, sus posibles secuencias de activación y la propuesta de cambio

La secuencia u orden de activación entre los distintos circuitos depende siempre de una *elección arbitraria* del terapeuta. El mismo podrá partir de la observación de una pauta interaccional: por ejemplo, los pedidos de ayuda de un paciente con ataques de pánico, incluidas las respuestas por parte de su entorno significativo y el mantenimiento de los síntomas que de ella se deriva. A partir de allí, el clínico podrá inferir el circuito intrapsíquico: por ejemplo, la aparición de los síntomas a partir de las percepciones, los pensamientos y las emociones que en cierto orden también arbitrario generan y agravan los ataques a través de mecanismos de retroalimentación positiva vinculados a la atención selectiva y demás aspectos del procesamiento de la información.

En todo momento, el terapeuta puede advertir *inconsistencias* entre los tres circuitos del consultante; las mismas representan puntos de acceso privilegiados para las maniobras. Por ejemplo, en el trabajo con familias es común observar que las mejores intenciones de una persona encuentran una forma de expresión que genera resultados alejados y hasta contrarios a los deseados.[10] Si el terapeuta observa esto en una interacción familiar, puede utilizar esta información y pedir que el paciente exprese de otro modo su pedido, introduciendo inevitablemente un cambio a nivel del circuito interaccional, que retroalimentará a su vez la manera de pensar y narrar del consultante.

Finalmente, el terapeuta que reúne estos elementos necesitará una teoría mínima y parsimoniosa –es decir: lo más simple posible– acerca de cómo se forman los problemas. La propuesta de Watzlawick, Weakland y Fisch plasmada en el libro *Cambio*[11] distingue tres mecanismos básicos. Los esbozaremos aquí mínimamente a los fines de nuestra exposición. Remitimos por supuesto al lector a ampliar en el libro de referencia.

10 En el libro *De crianzas y socializaciones* agrupamos en una dimensión específica las improntas relacionales asociadas a este tipo de desenlaces.

11 Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1976). *Cambio.* Barcelona: Herder.

> En la *terrible simplificación* no se emprenden, o bien se postergan acciones que sería necesario llevar a cabo para resolver el problema Ejemplos típicos de este mecanismo son la dieta que no se emprende, la materia que no se comienza a estudiar, la verdad que no se dice, la deuda que no se paga, etc.
>
> El *síndrome de utopía* consiste, a la inversa, en que se anticipa acciones antes de que el problema se presente. La persona que restringe su libertad encerrándose por temor a ser asaltado, como aquél que no viaja por temor a un posible accidente aéreo ilustran esta forma de construir y mantener un problema basada en expectativas extremas de seguridad, meticulosidad, desempeño.
>
> Por último, las *paradojas* consisten en un mecanismo por el cual las soluciones que se pone en práctica se encuentran en un nivel lógico que no se corresponde con el del problema.[12] Un ejemplo de esta trampa relacional se aprecia en la insatisfacción que experimentan unos bien intencionados padres que esperan que su hijo estudie por propia iniciativa, y que cuando éste lo hace le objetan que su dedicación es producto del insistente pedido que ellos hicieran, y no de la propia motivación del joven. El joven realiza el comportamiento esperado, pero queda atrapado relacionalmente en la medida en que los motivos por los que lo hace son, a juicio de quienes esperan ese comportamiento, equivocados. Aun cuando tiene éxito (aprueba un examen) fracasa, pues el problema para sus padres es su falta de deseo por estudiar.

A partir de este mínimo marco conceptual, el terapeuta podrá identificar, en su propia lectura del circuito del sistema terapéutico, uno o más de estos mecanismos, y tendrá así, en su mapa del circuito del sistema terapéutico, pensamientos, narrativas e interacciones sobre las que intervenir de la manera más efectiva y eficiente que resulte posible, rompiendo esos mecanismos y generando circuitos de pensamiento, narrativas e interacciones más posibilitadores que excluyan los problemas por los que se consulta en general y la sintomatología en particular.

12 Daremos un desarrollo mayor a estos conceptos cuando abordemos los cuadros clínicos y cómo los conceptualizamos habitualmente desde la clínica sistémica.

Cuarto nivel de integración: la interdisciplina

Veamos un ejemplo. Un profesional joven, padre de hijos pequeños, que ha sido recientemente promovido a un puesto de mayor jerarquía, consulta al médico psiquiatra por haber presentado recientemente crisis de ansiedad. Si no se consideran estos elementos y el profesional se limita al diagnóstico psiquiátrico (por ej. "ataques de pánico"), las posibilidades de intervención serán limitadas. El uso de ansiolíticos como el alprazolam, por ejemplo, proporcionará un rápido alivio, pero si el paciente y eventualmente su pareja no introducen ciertos cambios en la relación (circuito interpersonal), y si el paciente no modifica su manera de pensar previo a, y en el momento de los ataques (circuito intrapsíquico), vivirá con la expectativa del próximo ataque (que puede ser conceptualizado en términos del *síndrome de utopía* que presentamos más arriba) y eventualmente desarrollará un nivel variable de dependencia de la medicación.

Sobre lo dicho anteriormente, debemos considerar que el paciente, y eventualmente quien o quienes consultan preocupados por él, contarán la historia de una manera particular (circuito narrativo), y mostrarán al terapeuta elementos de lo que podrían ser improntas relacionales que puedan servir a la propuesta terapéutica.

¿Cómo se interviene desde el pensamiento sistémico frente a este panorama complejo? El paciente concurrirá posiblemente solo al encuentro de un profesional de la salud mental. Su pareja podrá involucrarse más o menos en conseguir el turno (puede encontrarse muy preocupada por lo que observa en su esposo), y hasta acompañarlo al encuentro. Eventualmente podrá ingresar a la consulta a fin de brindar información al profesional y conocer acerca del diagnóstico y pronóstico del problema.

Claramente, dadas estas posibilidades, el abordaje será diferente según la profesión y formación del clínico: un médico tenderá a conceptualizar el motivo de consulta en términos de sistemas biológicos, y el psicólogo sistémico hará lo propio desde los elementos enumerados más arriba, atendiendo especialmente a los siete circuitos antes detallados, al momento del ciclo vital que

atraviesa la familia y sus particularidades, a las posibles improntas relacionales del consultante y su relación con el problema actual, y a uno o más de los mecanismos de formación de problemas posiblemente involucrados.

Las lecturas e indagaciones de ambos profesionales, psicólogo y médico resultan igualmente válidas y complementarias para la comprensión de los ataques de pánico del paciente. Sin embargo, si de intervenciones se trata, las indicaciones terapéuticas (medicación por parte del médico, maniobras por parte del terapeuta) podrán seguir caminos diversos, que pueden ser complementarios y sinérgicos, y en algunas ocasiones hasta opuestos.

En casos severos del tipo de trastorno de ansiedad mencionado en nuestro ejemplo, la medicación posibilita la intervención psicosocial, y sin ella el terapeuta tendría muchas dificultades para lograr los objetivos terapéuticos que pasarán por la reducción del síntoma y su posterior desaparición. Ello permitirá al psicólogo, por ejemplo, aplicar una maniobra llamada prescripción del síntoma, que consiste en sugerir la aparición del mismo, pidiéndole que se lo provoque de manera voluntaria, o que se permita tenerlo cuando aparezca. No entraremos en esta introducción en el detalle de esta clase de maniobras, que fundamentaremos en el tomo correspondiente a los trastornos de ansiedad; sólo diremos que, si una intervención de este tipo es adecuadamente propuesta y aceptada, la persona dejará de lado, a nivel del pensamiento y la interacción (circuitos intrapsíquico e interaccional), aquellas *autoverbalizaciones y comportamientos* que desencadenan y agravan la sintomatología. Cuando el paciente rechaza los pensamientos que desencadenan la ansiedad, los está evocando, y con ello desencadena sin querer la temida reacción; al echar mano a las acciones que supuestamente evitan el ataque, una vez más, lo evoca y lo precipita. Si el terapeuta logra, entonces, modificar estos pensamientos y comportamientos, el paciente obtendrá la deseada reducción de la sintomatología.

Elegimos este tipo de trastorno, de relativamente baja complejidad y cuyo pronóstico suele ser favorable, para ilustrar un principio general de la interdisciplina en salud mental que esperamos desarrollar a lo largo de los diversos capítulos en que abordaremos los distintos grupos de trastornos, contando con la colaboración de profesionales de la medicina en apartados clave de nuestro desarrollo. Independientemente del diagnóstico, los profesionales

que intervienen, médicos y psicólogos, deberán actuar de manera coordinada, a fin de que la intervención de uno no vaya en desmedro del objetivo terapéutico del otro.

Eventualmente, en un informe, y en el diálogo entre los profesionales, se mencionará que el paciente cumple con los criterios para el diagnóstico de tal o cual trastorno, pero será de gran utilidad agregar información relevante sobre los circuitos que desde una perspectiva sistémica contribuyeron a la formación y el mantenimiento del *problema*.

Ahora bien: un número importante de consultas a profesionales de la salud, especialmente de la salud mental, no guardan relación con sintomatología psiquiátrica ni cumplen criterios diagnósticos para un cuadro clínico definido por un manual. Se trata de *problemas*, más o menos severos, que tienen que ver con situaciones propias del ciclo vital y sus crisis, o bien con sucesos inesperados que requieren esfuerzos de adaptación por parte de los consultantes. Por poner sólo algunos ejemplos mencionaremos dificultades en la crianza de los hijos, separaciones, fallecimiento de un familiar. En estas situaciones, como en muchas otras, el clínico debe distinguir cuidadosamente entre una manifestación de malestar y desacuerdo ante un acontecimiento no previsto y no deseado, de un *síntoma* que remite a una *enfermedad*. Así, que una esposa se deprima ante al fallecimiento de su marido, o que un estudiante se sienta ansioso frente a un examen, resulta *funcional y esperable* dentro de ciertos márgenes de intensidad del malestar, duración del mismo en el tiempo, y grado en que afecta a otras áreas de la vida del individuo y a otras personas de su entorno.

A modo de cierre, diremos que el tema de los diagnósticos psiquiátricos habilitaría una discusión que excede este primer volumen introductorio y a la obra misma. Sólo deseamos volver sobre la idea de que felizmente cada vez más, en el ámbito de la salud mental, los diagnósticos son formulados de manera *provisional*, con posibilidades de cambiar en el tiempo. En ese sentido, los terapeutas sistémicos preferimos el término *evaluación*, pues refleja cabalmente la idea de un *proceso* y evita la cristalización de la persona en una entidad nosológica toda vez que la misma puede generar desesperanza y limitar las posibilidades de cambio.

Los diagnósticos son necesarios en muchas ocasiones, y en algunas de ellas pueden ser una entidad estable (por ejemplo, la esquizofrenia), y ello ayuda, desde la perspectiva de quienes sufren (pacientes y su entorno) a poner un nombre a algo incomprensible para todos, a la vez que contribuye a la adherencia del tratamiento. A su vez, usar sistemas clasificatorios resulta valioso para la comunicación entre profesionales y con otros sistemas (judicial, educativo, laboral, etc.) a través de informes, siempre con la debida precaución de que el nombre colocado como diagnóstico no represente un "rótulo" estigmatizante que pueda perjudicar al paciente y sus posibilidades de mejoría.

En un siguiente volumen nos ocuparemos de los ***problemas relacionales*** *en el marco de la familia, y posteriormente abordaremos los problemas vinculados a las parejas, sean matrimonio o no, pero con hijos. Los* ***problemas relacionales*** *de éstos, o con sus familias de origen y/o políticas pueden derivar en última instancia en trastornos. Ya que es posible que ciertas características de la pareja y largos procesos faciliten el surgimiento de otro tipo de trastorno. La aparición y luego el mantenimiento de los* ***problemas relacionales*** *se pueden cristalizar sobre un sustrato que predisponga y facilite la presencia de ese posible trastorno.*

A continuación desarrollaremos los problemas ligados a los trastornos de ansiedad. Posteriormente abordaremos el amplio terreno de los trastornos del estado de ánimo y continuaremos con los trastornos psicosomáticos, en sucesivas entregas, posteriormente con otras agrupaciones sintomatológicas en que los terapeutas sistémicos podemos realizar aportes de diverso nivel de impacto y valor relativo en el contexto de los objetivos terapéuticos.

En cada uno de los volúmenes esperamos presentar agrupaciones sintomáticas específicas ofreciendo una comprensión mínima del sustrato biológico de ese tipo de problemas, y otra dedicada al abordaje médico de los mismos. Entre otros aspectos, esperamos graficar mínimamente cuándo es necesaria la medicación y cuáles son los esquemas de tratamiento más frecuentemente utilizados y efectivos. Estos apartados resultarán de mayor interés para el lector de formación psicológica, mientras que el médico, por su parte, experto en esos contenidos, encontrará información más relevante en el resto del desarrollo, donde intentaremos sistematizar los siete circuitos mencionados,

las consideraciones referentes al ciclo vital de la familia y sus crisis, las improntas relacionales compatibles con ese tipo de problemas, así como lo básico de la estrategia terapéutica y las maniobras que en nuestra experiencia resultan más efectivas.

Nuestro objetivo es, una vez más, que a partir de un conocimiento más integral de lo que realizan unos y otros profesionales, podamos contribuir a esquemas más integrales y sinérgicos de los problemas más frecuentes en las consultas de los profesionales de la salud mental.

2- Abordaje sistémico y psicofarmacológico de los trastornos de ansiedad

Jorge Fernández Moya
Federico Richard,
con la colaboración de
Silvia Riba y Daniel Venturini.

Introducción

El DSM-5[13] define a la ansiedad como: "una respuesta anticipatoria a una amenaza futura" y la distingue del miedo, que consiste en "una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria". Agrega que es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar, ya que el miedo se asocia a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida. La ansiedad, en cambio, se asocia a tensión muscular, estado de alerta o vigilancia con relación a un peligro futuro, que muestra comportamientos cautelosos y/o evitativos. A veces, el nivel de miedo o de ansiedad se ve reducido por conductas de evitación generalizadas.

Más allá de estos conceptos básicos, podemos decir que la *ansiedad* es un síntoma tan generalizado como el dolor, que en ocasiones puede alcanzar la dimensión de un trastorno. Como *síntoma*, aparece en la mayoría de los apartados abordados por el manual de la APA, obra que en sus diferentes ediciones ha ido registrando cambios, particularizando o destacando ciertos tipos de

13 American Psychiatric Association (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

trastornos, agrupándolos a partir de criterios que han ido experimentando modificaciones en línea con los cambios culturales en general y a nivel de las comunidades profesionales en particular. Así, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y sus trastornos relacionados adquieren una entidad particular en la última versión del DSM, saliendo del marco de los trastornos de ansiedad. Los autores reconocen, sin embargo, la estrecha relación entre ambos grupos de entidades. Como adelantamos en este tomo, esta obra no pretende transponer el manual de la APA en clave sistémica: simplemente buscamos sistematizar algunos elementos básicos para la comprensión interaccional de los trastornos, agrupando dentro ciertos límites arbitrarios estrategias y maniobras de probada efectividad clínica. Entre otras licencias que nos permitimos a partir de este enfoque, volveremos en un aspecto la sistematización de la anterior versión del DSM, incluyendo el TOC y los trastornos relacionados en este apartado, en la medida en que algunos comportamientos repetitivos, en ocasiones ritualizados, pueden ser comprendidos como intentos de reducir la ansiedad.

En términos adaptativos y desde el punto de vista de la especie, la ansiedad es una respuesta del organismo frente a una amenaza real o potencial que en apariencia desborda los recursos del mismo. Más allá de esta noción biológica, las tipologías médicas y el abordaje clínico, lo cierto es que la ansiedad juega un papel en la vida cotidiana. Por un lado, la palabra "nervios" es una expresión frecuentemente utilizada por muchas personas para referirse a la forma en que experimentan la ansiedad. Como decíamos en la introducción, la ansiedad entendida como síntoma puede vincularse, como cualquier otro, a un problema por el cual las personas consultan, aunque no llegue a cumplir criterios para un trastorno. Por el otro, algunas de las manifestaciones subjetivas de la ansiedad aparecen en circunstancias habituales de la vida, sin que ello implique un problema para la persona que las experimenta, sea que ella consulte o no a un profesional. Así, cuando el individuo puede canalizar la ansiedad en una acción necesaria para llegar al objetivo deseado –por ejemplo estudiar para aprobar un examen, manifestar a su pareja su descontento con cierta situación–, recupera un estado de equilibrio y experimenta una disminución en la intensidad del malestar que experimenta. La ansiedad entendida de este modo, como el dolor, *es parte de la vida*, y como él juega un papel adaptativo como respuesta del organismo. Sólo a partir de cierto

nivel afecta el desempeño, llega a comprometer la adaptación de la persona, y en grados extremos puede tornarse incapacitante para ella. Más adelante, en el apartado correspondiente al correlato neurofisiológico de la ansiedad, ampliaremos estas ideas y volveremos sobre el valor adaptativo de las respuestas vinculadas al miedo.

En tanto parte de la vida, la ansiedad es abordada por los individuos y sus personas significativas (familiares, compañeros de trabajo, etc.) de manera espontánea, a partir del sentido común. Cuando esos intentos de solución no resultan satisfactorios, en general después de una serie de repeticiones de las mismas acciones fallidas, se abre la posibilidad de un abordaje clínico.

En consideración de lo anterior, desde un punto de vista sistémico *la ansiedad puede ser entendida como el resultado de intentos fallidos de solución a ciertas dificultades.* Un estudiante que posterga durante todo el día la acción de estudiar –pues al hacerlo experimenta ansiedad–, la sentirá en mayor grado al final de la jornada, cuando registre que el tiempo que le queda hasta el examen le resultará insuficiente. La postergación como intento de solución da lugar así a un nuevo problema, adicional al anterior, que a su vez conduce a nuevos intentos de solución bajo la forma de comportamientos que en general van en la misma línea. Podrá entonces estudiar por la noche, lo que afectará el rendimiento en la siguiente jornada, aplazando a su vez el inicio de la misma. El intento resultará de ese modo igualmente fallido, agravando el nuevo problema y agregándole un nivel adicional de complejidad. A la ansiedad por el tiempo perdido se sumará el estado de somnolencia, con una necesaria disminución en la concentración, que a su vez redundará en un rendimiento deficitario.

Además de una consecuencia indeseada de intentos fallidos aplicados a cierta *dificultad*, a ansiedad puede ser vista también como un intento de solución en sí, como un medio (no ya una consecuencia o resultado) no deseado, toda vez que proporciona al individuo algún resultado relativamente beneficioso en el corto plazo; por ejemplo, atraer la atención de otras personas, o un comportamiento eventualmente devenido hábito que le brinda satisfacción momentánea, como es el caso de la ingesta de comida o de sustancias psicoactivas.

Esta manera de entender la ansiedad ya sea como un resultado de intentos fallidos de solución, ya como intento de solución en sí, nos lleva a la consideración de los diversos circuitos en juego, y a la elección por parte del clínico de cuál o cuáles de ellos serían los más adecuados para intervenir de manera eficaz, efectiva y eficiente.

En los próximos apartados presentaremos una síntesis de los fundamentos neurobiológicos y sistémicos de la ansiedad, así como las estrategias terapéuticas desde un punto de vista sistémico, incluyendo algunas técnicas o maniobras específicas que en nuestra experiencia han favorecido buenos resultados.

Fundamentos neurobiológicos de la ansiedad

por Silvia Riba

Las distintas áreas que forman la red neuronal involucrada en la fisiopatología de los trastornos de ansiedad están muy relacionadas con las que intervienen en la fisiopatología de los estados depresivos y en procesos fisiológicos normales, como el procesamiento emocional y la respuesta al estrés.

La expresión de la sintomatología va a depender de variaciones individuales dadas por la interacción gen-entorno: tanto las experiencias de vida como la predisposición genética afectarán de manera distinta para cada persona, a diferentes áreas cerebrales dentro del circuito implicado.

Si bien excede los alcances de este texto, estudios recientes focalizan en los cambios epigenéticos relacionados con el estrés en las etapas tempranas de la vida la discusión sobre las posibles etiologías de los trastornos de ansiedad, e incluso se han publicado trabajos sobre la transmisión hereditaria de los cambios epigenéticos: la denominada epigenética transgeneracional.[14]

14 Nota de J. Fernández Moya y F. Richard: un tópico sumamente interesante, que también excede el alcance de esta obra y del apartado específico desarrollado por la Dra. Riba es hasta qué punto una serie de patrones de comportamiento susceptibles de ser explicados por la epigenética pueden ser producto de transmisión a través de formas sutiles de comunicación entre las generaciones. Toda vez que falte evidencia incontrastable de estudios ge-

El Sistema límbico, la amígdala y el miedo

El principal circuito involucrado en el procesamiento de las emociones es el sistema límbico, y dentro de este sistema cobra protagonismo la amígdala como componente central en el circuito neuronal que subyace a la ansiedad y el miedo. Se trata de un centro cerebral localizado cerca del hipocampo, y tiene conexiones que le permiten integrar información sensitiva y cognitiva y después determinar si habrá una respuesta de miedo.

Una característica del miedo es que se lo puede asociar fácilmente con estímulos inocuos mediante el aprendizaje. En los seres humanos, una vez producida esa asociación, estos estímulos pueden ser poderosos desencadenantes de recuerdos emocionales a largo plazo,[15] y es este temor aprendido un componente crucial del pánico, de las fobias, de otras formas de ansiedad y del trastorno por estrés postraumático (TEPT). Es la amígdala la que cumpliría un papel fundamental en ciertos tipos de memoria implícita o no declarativa (recuerdos privados de consciencia pero con carga emotiva) e intervendría en los recuerdos vinculados al temor y en el procesamiento no consciente de los indicios del miedo. También es la encargada de coordinar la activación de las áreas que intervienen en la expresión somática de las emociones (también en ausencia de la consciencia, mediante áreas del hipotálamo y núcleos del tronco encefálico) y de la experiencia emocional consciente (cortezas de hipocampo, la ínsula y Corteza Prefrontal) La existencia de dos vías separadas, una que pasa por la corteza y otra que la evita, determinará que la evaluación no consciente de un estímulo que causa temor preceda a la evaluación consciente.

La preocupación que puede incluir tristeza ansiosa, expectativas aprensivas, pensamiento catastrófico y obsesiones está relacionada con la corteza prefrontal y los circuitos cortico-estriado-talámico-corticales.

néticos que pueda explicar inequívocamente un patrón de comportamiento, el investigador debería, desde nuestro punto de vista, considerar como hipótesis esta vía de transmisión e influencia en el marco de la interacción familiar.

15 Nota de J. Fernández Moya y F. Richard: la relación entre esa clase de aprendizaje (condicionamiento clásico o respondiente) con el constructo de impronta relacional que utilizamos en el ámbito de la psicología clínica reviste para nosotros de gran interés. La investigación desde una perspectiva interdisciplinaria aportaría a nuestra propuesta.

El Hipotálamo, el estrés y la ansiedad

El hipotálamo se encuentra anatómicamente en el centro del sistema límbico, y si bien se considera una estructura en sí, desde el punto de vista fisiológico es uno de sus elementos centrales, siendo su principal vía eferente. Está íntimamente conectado con estructuras del tronco encefálico y la amígdala, y coordina el flujo de salida autónomo y endócrino por lo que es el actor principal en la expresión somática de las emociones.

El modelo que nos sirve para comprender la sintomatología característica de los trastornos de ansiedad es el conocido como *modelo del estrés*. En su definición más integrada McEwen lo define como "una constelación de eventos, que consisten en un estímulo (estresor), que precipita una reacción en el cerebro (percepción y evaluación del estrés), que luego activa sistemas fisiológicos de lucha o fuga en el cuerpo (respuesta de estrés)". Entonces estrés no es la situación que lo origina sino la constelación de eventos que ocurren en el organismo frente a la percepción de un estímulo amenazante o estresor: cuando se expone el cuerpo a un daño o a una amenaza, el resultado es un conjunto de cambios fisiológicos que se conoce generalmente como respuesta al estrés —o simplemente estrés—. La reacción emocional a esa amenaza es el miedo, que sirve para protegernos, es más primitivo y, como se planteaba al inicio de este trabajo, posibilita la supervivencia de la especie. Esta función adaptativa es llevada adelante a través de la reacción de lucha o huida, que es biológicamente heredada.[16] A corto plazo, el miedo produce cambios adaptativos que ayudan al animal a responder ante el estímulo estresante (por ejemplo, huir ante la visión de un predador). Sin embargo, a largo plazo, el estrés puede producir cambios desadaptativos en el organismo y ser generador de síntomas.

16 Nota de J. Fernández Moya y F. Richard: compartimos esta afirmación en cuanto a la reacción en sí, es decir a sus aspectos fisiológicos y a algunos comportamientos básicos. Sin embargo, debemos afirmar que el modo en que la reacción es llevada a cabo por un individuo singular se explica en buena medida por procesos de modelado del comportamiento. En términos de la experiencia y del uso clínico de algunos aspectos de esos procesos de aprendizaje, el constructo de impronta relacional ha mostrado utilidad para nosotros.

Los primeros cambios fisiológicos que tienen lugar frente a la percepción de una amenaza derivan de la activación del sistema nervioso simpático a través de neuronas noradrenérgicas (Nad) ubicadas en el Locus coeruleus (LC) del tronco cerebral, lo que va a producir dilatación pupilar, taquicardia, aumento de la presión arterial y de la frecuencia respiratoria, palidez y piloerección entre otras manifestaciones. Todos estos cambios son necesarios para la respuesta de lucha o huida, pero si las respuestas autonómicas son repetitivas o crónicas como en los trastornos de ansiedad, se puede incrementar el riesgo de hipertensión, arteriosclerosis, infarto de miocardio, etc.

Así, en primer lugar, actúa como mediador la noradrenalina y posteriormente se activa el eje Hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA) liberando cortisol por parte de las glándulas suprarrenales.

El cortisol, liberado en dosis adecuadas y durante poco tiempo, recupera la energía utilizada durante la fase de lucha regulando el metabolismo del organismo y facilitando la respuesta inmunitaria y la neuroplasticidad. Sin embargo, si el cortisol continúa elevado puede ser perjudicial para diferentes aparatos y sistemas, incluidas zonas del cerebro como el hipocampo. Es entonces de fundamental importancia que los corticoides no permanezcan elevados por mucho tiempo.

Mc Ewen afirma que éste es uno de los mecanismos que marca el paso de *alostasis* (respuesta fisiológica al estrés de carácter adaptativo y funcional) a *carga alostática* (situación que ocurre cuando la respuesta al estrés es excesiva o prolongada).

Neurotransmisores

El procesamiento de la respuesta del miedo es regulado por numerosas conexiones neuronales que fluyen dentro y fuera de la amígdala y que van a utilizar neurotransmisores específicos principalmente GABA, 5HT Y NAD. La DA podría estar implicada en los circuitos cortico-subcorticales que subyacen a la preocupación.

Cada sistema monoaminérgico regula la actividad de estructuras neurales específicas siendo noradrenalina (NAD) y serotonina (5HT) los principalmente estudiados.

El 70% de la NAD se produce en el LC. La anormalidad de la regulación de este sistema con aumento de la liberación de NAD en la Amígdala subyace a la mayoría de las respuestas de ansiedad.

La serotonina (5HT) es sintetizada en los Núcleos del Rafe, y los circuitos en los que interviene han sido asociados a la modulación del miedo, la ansiedad anticipatoria, las respuestas autonómicas asociadas al pánico, y a la modulación del comportamiento cognitivo y motor, incluyendo la huida. El rol de la 5HT no ha sido completamente dilucidado, y su efecto dependería de las vías y tipo de receptores involucrados.

Respecto al sistema gabaérgico (GABA) y su relación con la ansiedad, sabemos que el GABA es el más potente sistema inhibidor del SNC. Las neuronas gabaérgicas inhiben la liberación de 5HT por el Núcleo dorsal del Rafe, disminuyendo así la estimulación del complejo amigdalino, lo cual genera una disminución de la Ansiedad y la inhibición de los procesos de memoria emocional.

Cada uno de estos sistemas de neurotransmisores serán los fundamentos por los cuales se utilizarán en el tratamiento de estos trastornos los distintos grupos de fármacos, que presentaremos en el apartado correspondiente.

Perspectiva sistémica de los trastornos de ansiedad: familia, improntas relacionales y personalidad

Cualquier clínico con cierta experiencia mínima en terapia familiar identificará algunas regularidades entre las familias de personas que, desde el punto de vista de la psicopatolgía, cumplen criterios de cierto tipo de trastorno de ansiedad.

Sobre una base genética que para el consenso de la comunidad científica resulta indudable –pero que todavía hoy no es posible determinar ni manipular

en términos clínicos–, la crianza y la socialización en general, y la idiosincrasia familiar en particular *moldean* maneras de hacer frente a las demandas ambientales. Este lento proceso tiene lugar a través de interacciones repetidas, y resulta en lo que podríamos entender como un continuo de respuestas que va desde un hipotético nivel de máximo control, al desborde que implicaría la pérdida total del mismo. Ese modo determinado de afrontar el estrés puede ser mantenido y exacerbado en otros contextos como el escolar y el de diversas organizaciones a las que el individuo pertenece. Si bien la familia es el ámbito en el que más tempranamente y con mayor grado de influencia se aprenden estos patrones, otros ámbitos de socialización toman la posta en el proceso de moldeamiento de la respuesta ante el estrés.

La tradicional controversia acerca del origen genético o ambiental de una condición psicopatológica carece de sentido en el trabajo del clínico frente a un consultante. Como observador del sistema familiar y/o del individuo mismo, el profesional puede registrar numerosos antecedentes de, por ej. trastornos de angustia en la familia de éste, y atribuirlos a una "base genética" inespecífica que explica el bajo umbral de respuesta del individuo a ciertos acontecimientos del ambiente. Ahora bien: si el clínico, a partir de su formación y experiencia, tiende a dirigir su atención a las interacciones entre los consultantes, observándolas e indagando sobre aquellas que tienen lugar fuera de la consulta, podrá hipotetizar que la angustia como síntoma, e incluso como mensaje en una interacción, constituye un patrón enseñado y aprendido entre las generaciones a lo largo del continuo proceso familiar. Este clínico entenderá el supuesto bajo umbral como producto de una acumulación de interacciones similares que actuaron como improntas relacionales y dejaron como resultado un aprendizaje. Una crianza en que se brinda respuesta inmediata sistemática a las demandas de un niño, por ejemplo, puede moldear con el tiempo un patrón de respuesta ansiosa ante la demora de lo que el individuo desea y no se concreta. Esa crianza a su vez, como cualquier conjunto de comportamientos, es modelada[17] y transmitida con cierto margen de variación

17 Los términos modelado y moldeado son tomados en ocasiones como sinónimo en el campo de psicología del aprendizaje a partir de errores de traducción de obras originales en inglés. Los términos *shaping* (moldeamiento) y *modeling* (modelado) poseen significados específicos y responden a paradigmas diferentes: el aprendizaje operante y el aprendizaje social

de generación en generación, lo que explica para el clínico –sin necesidad de pensar en términos de genes– la prevalencia de la ansiedad como síntoma, y eventualmente como trastorno, entre los miembros de una misma familia.

Lo importante para nosotros desde el punto de vista de la intervención es que el clínico que adhiera a la teoría genética pensará más en términos de una intervención individual, farmacológica y/o psicosocial dirigida al individuo; el profesional que piense en términos de patrón familiar, en cambio, podrá delinear estrategias de intervención que aborden un sistema más amplio.

Como decíamos, no es necesario, para intervenir, contar con una confirmación sobre uno u otro origen de un trastorno. De hecho, los sistémicos consideramos que en algunas personas puede suponerse un nivel de reactividad elevado debido a factores biológicos de origen genético, y ello no va en absoluto en desmedro del planteo de la estrategia terapéutica ni de las intervenciones particulares. Aun sabiendo o suponiendo este factor biológico, el clínico puede aportar a una construcción conjunta del problema a partir de explicaciones que hacen foco en la interacción, fomentando con ello un sentido de agencia –o control sobre los propios recursos– en los consultantes, es decir saber que ellos pueden hacer algo para modificar su situación. En términos motivacionales, este tipo de atribución hará posible que el consultante se comprometa con los cambios cognitivos e interaccionales necesarios para reducir la sintomatología. A su vez, al pensar y actuar de esta manera, y lograr algunos cambios positivos, tenderá a observar, a nivel de la experiencia, evidencias de esos cambios, lo cual retroalimentará la motivación, los pensamientos y los comportamientos proclives al cambio. Por otra parte, la indicación misma de medicación debe tener lugar, en los casos en que resulta necesaria, en el contexto de esa motivación, de la percepción del consultante acerca del control de sus propios recursos, del carácter activo de sus esfuerzos en el proceso terapéutico, y no queda limitada a un modelo terapéutico imitado a variables biológicas, ajenas al control del individuo que perdería todo el potencial de cambio antes descripto entre cogniciones, comportamientos, motivación y experiencia.

respectivamente. En nuestra obra hablamos de *moldeamiento* de manera genérica y como analogía (un material en bruto al que se le da forma a través de las interacciones con el medio. Cuando hablamos de modelado, sí nos referimos al aprendizaje social en el que se aprende por una combinación de imitación de modelos y reforzamiento diferencial de esas conductas en el modelo y en el individuo que aprende.

Si aceptamos este principio general acerca del origen del problema y de las intervenciones, la construcción conjunta del primero podrá echar mano al concepto de impronta relacional, que presentamos al inicio de esta obra. [18] Resulta particularmente importante destacar aquí dos cosas en relación a este constructo. Por un lado, el aspecto de "relacional" de las improntas nos remite a que las mismas tienen lugar necesariamente en el marco de otro de los constructos presentados en la Introducción: *el circuito interaccional*. Si de umbral y respuesta ansiosa se trata, esas interacciones recurrentes, aprendidas y repetidas, pueden a su vez ser anticipadas mediante el pensamiento a nivel del otro constructo que presentamos en el mismo lugar entre los conceptos básicos del abordaje sistémico: *el circuito intrapsíquico o autorreferencial*.

Si retomamos esos conceptos, podemos establecer un modelo por demás simple –y, en la medida de su simplicidad, proporcionalmemente limitado en su generalización– basado en un patrón de aprendizaje que, establecido sobre los cimientos de cierto nivel de respuesta de activación rápida y de intensidad desproporcionada en relación al estímulo (el supuesto componente "genético" de la ecuación), se inicia o reinicia ante circunstancias presentes similares a aquellas en las que fue aprendido.

Una vez instalado este patrón, cuando el individuo anticipa a nivel del pensamiento la posibilidad de una circunstancia en que se encuentre el o los estímulos estresores, la activación se produce como si esos hechos estuviesen ocurriendo en la actualidad. Cabe aquí una aclaración respecto de lo que denominamos "pensamiento" cuando nos referimos a improntas relacionales. El contenido del mismo, en el momento de la activación, puede encontrarse alcanzado en diversos grados por la función de la conciencia. El individuo tiene entonces o no registro acerca de esa similitud entre la situación pasada y la presente, con independencia del efecto del proceso de activación sobre la conducta. Asimismo, la cognición implica una vivencia particular en el plano emocional, que sí es registrada a nivel de la experiencia actual, aunque el vínculo con acontecimientos pasados no resulte aparente. Es decir: algunos individuos pueden plantear abiertamente en la consulta que ciertas circunstancias actuales remiten a otras del pasado en las que la respuesta de ansiedad ocurrió

18 Apartado "Construccion conjunta de los problemas psicopatológicos", en la Introducción.

posiblemente por primera vez. Pero otros individuos pueden no identificar la similitud, y la asociación de estímulos ambientales que pueden ser muy sutiles y pasan inadvertidos para el mismo –como planteamos en el apartado de las bases neurobiológicas de la ansiedad, a través de estructuras subcorticales–, genera la respuesta de activación.

El contenido de la interacción (única o repetida) que dio lugar a la *impronta relacional* puede ser variado, dando lugar a configuraciones que asumirán una identidad nosológica particular. Así, un objeto o situación específico que activó la respuesta autónoma (por ej. un perro agresivo) cuya posterior evitación redujo inmediatamente los síntomas, dará lugar, con una mayor o menor repetición de situaciones similares, a una fobia específica. O bien varios objetos o situaciones rápidamente generalizados configurarán una respuesta desproporcionada y casi constante ante una gran variedad de estímulos, dando lugar a la ansiedad generalizada. Del mismo modo, una experiencia extrema de separación puede dar lugar a una respuesta ansiosa particular frente a circunstancias presentes del mismo tipo, y otro tanto ocurrirá con patrones cognitivos y de comportamiento del tipo obsesivo-compulsivos. De este modo podríamos establecer cierta relación entre las *improntas relacionales* con la gama de cuadros clínicos que involucran ansiedad. Esta relación debe entenderse de manera relativa y no en un sentido de causalidad lineal, pues como hemos dicho existen otros factores, incluidos los biológicos, que suman a la comprensión de los trastornos psicopatológicos en general y de cada uno de los trastornos específicos de ansiedad en particular. No abordaremos aquí esta clase de relación entre ciertos tipos de experiencias e improntas relacionales por un lado y cuadros nosológicos por el otro, pero podría ser un área de estudio interesante para la investigación.

Cabe un comentario adicional acerca de las improntas relacionales. Las mismas son constructos que adquieren sentido únicamente en el trabajo clínico. Como hemos planteado, tales resultan válidas únicamente cuando, como producto del consenso terapéutico, son incorporadas a la narrativa del individuo. En términos epistemológicos, no se trata de algo que el terapeuta

"descubre" en el consultante, sino de una invención conjunta, es decir una co-construcción.[19]

A continuación, esbozamos algunas de las relaciones posibles que, a partir de nuestra acotada experiencia clínica, pueden establecerse entre cierto tipo de improntas relacionales y algunos cuadros clínicos englobados bajo el amplio rótulo de trastornos de ansiedad. La enumeración no es exhaustiva ni excluyente, y pretende simplemente ofrecer un mapa, una hoja de ruta que acaso pueda orientar al clínico en su trabajo. Ilustraremos algunas de esas relaciones en los casos clínicos que desarrollaremos posteriormente.

Periferia y centro

Ciertos cambios que tienen lugar en los sistemas sociales implican el movimiento de un individuo desde la periferia hacia el centro (pasa "de menos a más") o en el sentido inverso (de una posición jerárquica superior a una de menor nivel) en cuanto a la consideración de los demás integrantes del sistema. Estos movimientos pueden darse en términos de posiciones formales (por ej. un puesto determinado en una organización), pero también en la estructura informal de cualquier sistema social (compañeros de escuela, de pabellón en una cárcel, etc.). Los cambios pueden ir asociados a otros relativos a la posición económica, geográfica (país, ciudad, barrio) en que el individuo y/o la familia habita (migraciones o mudanzas mediante) y, eventualmente, entre instituciones, por ej. educativas en el caso de niños y jóvenes, o laborales en el caso de adultos.

19 La epistemología constructivista propia del pensamiento sistémico involucra razonamientos de este tipo. No debe confundirse el constructo de impronta relacional con un razonamiento de tipo psicodinámico. La realidad, desde el constructivismo, es considerada el producto de un consenso; en este caso, entre terapeuta y consultante. Los hechos pasados, entonces, adquieren significado presente en un nuevo contexto, y eventualmente la evocación de los mismos puede participar de un proceso de cambio cuando el consultante los incorpora a su narrativa personal. Para aproximarse a la epistemología constructivista desde un punto de vista clínico, remitimos al lector a los capítulos 5 y 6 del tomo I del libro *En busca de resultados. Una introducción a las terapias sistémicas.*

El tiempo en que los cambios tienen lugar

El tiempo es una variable clave a considerar tanto en los pasajes de la periferia al centro como en los que van del centro a la periferia. Cuando el cambio es abrupto, sorpresivo y/o repentino, la ansiedad puede ser, naturalmente, parte de la respuesta del individuo en la medida en que lo nuevo puede ser evaluado como riesgoso, como ya dijimos. En ocasiones, la persona puede esperar un movimiento de menos a más que no llega; o bien avanzar hacia la posición deseada en un plazo demasiado breve, sin mediar un proceso adaptativo que puede ser imprescindible, con lo cual afronta situaciones que se encuentran por encima de sus recursos. A su vez, cuando los cambios van de más a menos, también de manera repentina, inesperada, etc., el individuo se ve desbordado en sus posibilidades de afrontamiento y la ansiedad juega un papel que, en función de los recursos y otras variables puede devenir trastorno.

Los recursos disponibles

Por otra parte, la relación entre los recursos disponibles y la forma en que el propio individuo los evalúa juega un papel central. Quien considera que cuenta con recursos insuficientes experimentará mayor ansiedad anticipatoria. Quien sobreestima sus recursos probablemente experimentará ansiedad a posteriori, una vez que ocupe el lugar central y, al intentar hacer lo que se espera de él, se encuentre con que no logra los resultados deseados.

Cuando el cambio es la norma

La ansiedad puede ser también parte de un proceso de adaptación a situaciones actuales que remiten a improntas relacionales ligadas a cambios frecuentes. Estos cambios, que pueden ser como dijimos geográficos, de institución, pero también en la configuración familiar (por ej. frecuentes cambios de pareja en un progenitor conviviente), generan improntas particulares cuando

tienen lugar repetidas veces en un periodo relativamente corto de tiempo. En esta clase de improntas, la experiencia constante es la incertidumbre, la falta de certeza sobre cómo se podrá afrontar una nueva situación, que puede ser una nueva mudanza, un nuevo grupo social, una nueva relación. El cambio es aquí la norma, y ocurre con tanta frecuencia que el individuo no alcanza a poner en juego los recursos que le permitirían ejercer control sobre la situación. Incertidumbre y falta de control van en estos casos de la mano, configurando un intento fallido de adaptación (ataque de pánico, ritual obsesivo, evitación, etc.) que asume la forma de cierta sintomatología ansiosa particular.

El reconocimiento

Al interior de cualquier sistema social, todo individuo insatisfecho con el estatus que tiene en un momento dado espera *reconocimiento*. Esa expectativa puede ajustarse a los tiempos y al proceso, con niveles aceptables y adaptativos de ansiedad, que no ocasionan distrés. Pero también puede dar lugar a una espera pasiva y ansiosa de ese reconocimiento que no arroja resultados en la medida en que el individuo no participa, no toma la iniciativa en la relación, o bien a una búsqueda activa y ansiosa difícil de entender y aceptar por los demás, por ejemplo, a través de un humor "pesado", no comprendido por los demás y que, en lugar de fomentar el reconocimiento, genera un fenómeno opuesto.

El contexto cultural

En términos de la generación a la que pertenece el individuo, y en el contexto de una cultura dada, ciertas expectativas sociales influyen sobre qué tan "normal" y hasta "aceptable" resulta experimentar ansiedad. Esto sucede de manera frecuente en ciertos ámbitos (el mundo de las finanzas, ciertas empresas de base tecnológica, estudios de abogados de primera línea, etc.) y ocupaciones (urgencias médicas, terapia intensiva entre otras). El género, a su vez, ha ido modulando estas expectativas a lo largo del tiempo. Histórica-

mente, la ansiedad asociada a una vida activa y desafiante en lo laboral estaba reservada al varón, y aquí juegan su papel una serie de improntas de la crianza, que vienen cambiando en las últimas generaciones, pero tienen todavía peso en la cultura. En el ámbito de la familia se ha pasado del varón proveedor a que los proveedores sean padres y madres; también han cambiado los roles de cuidado y provisión de afecto, permitiéndole y hasta exigiéndole al varón una participación más activa. Asimismo, en las familias monoparentales se registra una sobrecarga de tareas y funciones referidas a los múltiples roles que recaen sobre una sola persona. Se trata en todos los casos de desafíos culturales y contextuales que cuestionan improntas relacionales, ocasionando una serie de tensiones en los individuos y en la interacción. Una vez más, las brechas entre expectativas y resultados, entre demandas ambientales y recursos, propician respuestas de ansiedad y eventualmente síntomas que pueden agruparse como trastornos. Finalmente, si de cambios culturales se trata, diremos que la creciente tendencia a un compromiso activo con el bienestar personal ha conducido a que cada vez más personas reconozcan la ansiedad como una respuesta que debe ser modificada. A su vez, es importante advertir que entre estas personas se encuentran casos en que la misma preocupación desmedida por el bienestar se convierte, paradójicamente, en una nueva fuente de estrés y por ende conduce a mayor ansiedad. Encontramos, así, paradójicos intentos de obtener bienestar o tranquilidad a través del estrés (apuro por conocer todo lo posible en un viaje de vacaciones, presión excesiva por administrar el tiempo para poder cumplir cierta rutina de bienestar como es la actividad física, etc.).

La flexibilidad o rigidez en los sistemas de creencias

Se trata de una de las dimensiones en que ordenamos oportunamente las improntas relacionales.[20] La ansiedad aparece aquí como una respuesta constante ante una realidad que no encaja con los constructos cognitivos previos del individuo. Creencias rígidas ligadas a la manera de pensar las cosas en lo social, político o religioso pueden ejemplificar este punto. Las personas más rígidas tenderán a considerar des-

20 Fernández Moya, J. y Richard, F (2017). *De crianzas y socializaciones. La impronta relacional en la evaluación clínica*. Mendoza: Universidad del Aconcagua: capítulo 5.

enlaces posibles y futuros como reales y actuales, presentando ansiedad extrema como si esa situación temida o inaceptable estuviese ocurriendo. En la medida en que, como hemos dicho antes, existe una estrecha relación de influencia recíproca entre los circuitos intrapsíquico e interpersonal, podemos encontrar, dos patrones relacionales característicos, aunque no excluyentes de otros: cuando surgen los celos en la pareja, y cuando tiene lugar una marcada desconfianza de los padres hacia los hijos adolescentes y a lo largo de todo el proceso de emancipación.

Patrones de sobreinvolucración y sobreprotección:[21]

Asociados o no a la mencionada inflexibilidad en el pensamiento, y eventualmente a la falta de confianza, pueden observarse en los padres patrones generadores de improntas de *sobreprotección* (cuando el adulto por ej. hace algo en lugar del niño o adolescente para evitarle un riesgo o incomodidad) o *sobreinvolucración*, cuando el adulto pone en juego sus recursos, evitando que lo haga un hijo –niño, adolescente y hasta adulto, pero ya con los recursos necesarios para realizar la acción de que se trate–, con el objeto de asegurarse un buen resultado, abreviar el tiempo o imponer su modo.

Cuando la acción llevada a cabo genera un resultado inesperado y no deseado

Finalmente, cuando las improntas derivan de esfuerzos bien intencionados, pero mal gestionados,[22] la ansiedad puede ser consecuencia de esa mala gestión. En el caso de los secretos familiares (por ejemplo, pero no únicamente, ligados a una adopción), los esfuerzos por mantenerlos generan esa respuesta emocional tanto en quien los conoce y debe mantenerlos, como en quien no los conoce, pero intuye que “algo” le ocultan a partir del comportamiento de quienes guardan el secreto.

21 Op. cit. capítulo 5.

22 Op. cit., capítulo 6.

Elementos teóricos mínimos:
Cinco pautas para una comprensión sistémica de la ansiedad

Desde un punto de vista sistémico estratégico resultaría controversial hablar de una teoría de la psicopatología. Como hemos dicho, el terapeuta identifica mecanismos de formación de problemas y utiliza esa teorización mínima para construir de manera conjunta con quien consulta uno o más problemas sobre los que trabajar, y a partir de ellos una serie de metas y cursos de acción posibles o soluciones. Ahora bien: si el abordaje terapéutico involucra a médicos psiquiatras, o eventualmente otros profesionales con quienes intercambiar ideas acerca de las personas asistidas y del abordaje mismo, aparece la utilidad de compartir ciertas etiquetas diagnósticas como las entidades nosológicas que aparecen en el DSM-5.

A partir de ello, desarrollaremos en este apartado una serie de ideas acerca de cuáles son las principales pautas presentes en las distintas formas en que se presentan los síntomas y eventualmente los trastornos de ansiedad con sus características particulares –con la salvedad señalada respecto de los trastornos obsesivo-compulsivos, que incluiremos bajo esta categoría siguiendo un ordenamiento anterior, el del DSM-4-. Estas pautas, entendidas como regularidades, reglas o secuencias de comportamientos más o menos estables en el presente –que por ello ofrecen la posibilidad siempre relativa de predecir el comportamiento–, involucran pensamientos y emociones en el individuo, así como los intercambios de unos y otras entre ese individuo y su entorno. Pueden ser relacionadas con una serie de procesos derivados de las ideas sistémicas, incluyendo pero no agotando los mecanismos de formación de problemas propuestos por el MRI, junto a otras ideas de cuya elaboración hemos participado, como los conceptos de circuito intrapsíquico y circuito interpersonal, improntas relacionales, etc., todos ellos presentados de una manera muy sintética en la primera parte de esta obra, cuando desarrollamos los distintos niveles de integración y circuitos involucrados en la tarea clínica.

Estas pautas y mecanismos resultan claves para nosotros en la medida en que nos permiten construir cierto tipo de intervenciones que, a su vez, pueden ser aplicadas con criterio prescriptivo dentro de ciertos límites; por ej. un tipo

de improntas relacionales, un mecanismo de formación de problemas, etc. remitirán a intervenciones más o menos específicas que podrían generalizarse a sistemas isomórficos. De esta manera, una familia que presenta una determinada configuración, con improntas relacionales específicas y cierta pauta que involucra determinados síntomas de ansiedad en uno de sus miembros, llevaría al clínico a echar mano a una propuesta que resultó exitosa en otra familia y otro paciente que, dentro de su singularidad, presenta características comunes con la presente. Se trata de un trabajo de analogía en la experiencia del clínico equiparable al que formuló S. Minuchin en su artículo *Mis múltiples voces* al referirse a la influencia que tiene la lectura que hace un terapeuta sobre su manera de pensar e intervenir los casos clínicos.[23]

Ahora bien: no debe entenderse este esfuerzo como una teoría psicopatológica en sí. El pensamiento sistémico presenta reparos lógicos y éticos para esa clase de formulaciones que derivan, entre otras razones, del peso asignado a la interacción y a la situación en la cual tienen lugar los síntomas, por oposición a aspectos necesariamente estructurales y estables identificados por otros paradigmas en el ámbito de la salud mental. Con esto no queremos decir que negamos la existencia de desórdenes de tipo estructural a nivel psicofisiológico, sino que buscamos un tipo de conceptualización teórica mínima que sirva para fundamentar las intervenciones que conducirán al cambio deseado y la solución de los problemas que llevaron a las personas a la consulta, lo cual incluirá (pero no exclusivamente) la remisión sintomática. Dicha fundamentación permitirá, eventualmente, el mencionado intento prescriptivo de generalización de las intervenciones exitosas de un caso o grupo de casos, a otros que resultan isomórficos en términos sistémicos.

Finalmente, antes de adentrarnos en las pautas que podemos identificar en el trabajo clínico con síntomas y trastornos de ansiedad, diremos, aún a riesgo de ser repetitivos, que en todas ellas resulta fundamental, desde el pensamiento sistémico, considerar la influencia del contexto en general y de los sistemas sociales de que el individuo forma parte en particular a lo largo de cada etapa del ciclo vital. *La anticipación ansiosa, las obsesiones, los miedos, la evitación fóbica y el pánico no se dan "en el vacío" ni en una mente aislada.*

23 Minuchin, S. (1987). Mis múltiples voces. Sistemas familiares, Año 3, vol. 3.

Los diversos circuitos que presentamos anteriormente y trajimos de nuevo a colación unas líneas más arriba nos ayudarán a ponderar, en pos de intervenciones efectivas, qué papel juegan en el mantenimiento de la sintomatología ansiosa las personas que se encuentran alrededor del paciente: qué hacen y dejan de hacer por él, de qué manera buscan protegerlo, aliviarlo, exponerlo, etc., siempre con las características particulares que cada momento del ciclo vital –de la niñez al ocaso de la vida– brinda a ese contexto significativo. Vale aclarar que algunas de esas consideraciones podrán, ser ampliadas en relación a otras agrupaciones sintomáticas (depresión, trastornos de relación, etc.) en eventuales volúmenes dedicados a esos tipos de problemas que deseamos abordar con posterioridad.

Veamos entonces las pautas sistémicas que hemos podido construir, siempre a partir de nuestra experiencia, en relación a la sintomatología ansiosa.

Pauta 1: anticipación

La anticipación es la pauta más generalizada en los trastornos de ansiedad. Desde el punto de vista fenomenológico podemos hablar de la experiencia en los consultantes caracterizada por ideas acerca de que algo malo (específico o inespecífico) puede ocurrir. La preocupación y anticipación aprensiva resulta característica, aunque no exclusiva, del trastorno de ansiedad generalizada que describe el DSM-5.

La pauta de anticipación puede consistir, independientemente del contenido más o menos aprensivo, en pensar en lo que va a ocurrir en horas o días posteriores en lugar de enfocarse en la actividad o situación presente. El contenido del pensamiento, en estos casos, puede adquirir significados variados, no necesariamente negativos.

Un aspecto de importancia para el abordaje sistémico es que la anticipación, dentro de ciertos límites, resulta funcional y adaptativa para el individuo. El pensamiento entendido como función superior, en general, prefigura posibilidades, permite evitar dificultades, o bien, en términos de la teoría básica del

modelo estratégico, que éstas devengan problemas. Ante acontecimientos extremos experimentados por el individuo –por ejemplo alguno de los que puede dar lugar a estrés postraumático[24]–, la anticipación de nuevos acontecimientos similares a la vivencia traumática experimentada, revela este aspecto adaptativo, en el sentido de que previene una nueva ocurrencia de ese hecho temido y le permite eventualmente implementar acciones que estén a su alcance para protegerse de un nuevo trauma. Este aspecto adaptativo del pensamiento anticipatorio, así como el comportamiento derivado del mismo, pueden traspasar cierta frontera, que en ocasiones se presenta como difusa, y convertirse en síntomas. Más adelante, al hablar de las intervenciones sistémicas, volveremos sobre este punto.

Por otro lado, los acontecimientos anticipados pueden ser posibles, y hasta probables desde el punto de vista estadístico, pero de hecho *no han ocurrido*. La persona, sin embargo, los vive como si estuvieran pasando o como si hubiesen pasado, con lo cual se comporta anticipadamente de ese modo y obtiene, en mayor o menor medida, respuestas interpersonales que tienden a mantenerlo en ese estado. El individuo que teme el rechazo de sus amigos, por ejemplo, evita reunirse con ellos, lo que lleva a éstos a buscarlo menos, confirmando la anticipación que éste había realizado. Se trata del conocido fenómeno de la *profecía autocumplidora*, cuyas consecuencias comunicacionales exploraron los teóricos de la comunicación humana.[25]

Un elemento adicional que podemos agregar consiste en que, en términos comportamentales, se percibe un desajuste entre la intensidad del pensamiento y la acción. La persona piensa mucho, con gran intensidad y/o detalle, reiterando el mismo pensamiento, y no emprende las acciones necesarias, o bien las emprende, pero no en un grado suficiente en términos de intensidad y/o tiempo como para observar resultados que reducirían la experiencia de ansiedad.

24 En el DSM-5, este trastorno ocupa un apartado diferente del de los trastornos de ansiedad. Como hemos dicho, la ansiedad es un síntoma que excede el apartado asignado en este sistema clasificatorio. En el estrés postraumático presenta un papel preponderante y por lo tanto algunas de las consideraciones que aquí desarrollamos podrían aplicarse a ciertos aspectos de su abordaje.

25 Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson D. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.

Al no emprender las acciones, el individuo controla de alguna manera la ansiedad a corto plazo, pero, podríamos decir, "compra en cuotas" una ansiedad más intensa en el mediano o largo plazo.

Desde el punto de vista de la formación de problemas, podemos encuadrar estos fenómenos entre dos de los mecanismos descriptos por el MRI. Por un lado, el *síndrome de utopía*, consistente en emprender acciones antes de que el supuesto problema tenga lugar. Aquí, el pensamiento puede ser visto como una acción anticipatoria, previa al problema o acontecimiento (por ejemplo, analizar al extremo una situación, evaluando alternativas, planificando los pasos para implementarlas, etc.). Los autores del libro *Cambio* proponen dos variantes para este mecanismo de formación de problemas: la primera se ilustra con el viajero que nunca llega a destino, el estudiante crónico, el perfeccionista que nunca termina su obra. La segunda, de consecuencias más inmediatas en lo interpersonal, consiste en aplicar a los demás sus utópicos estándares de *cómo debería ser la realidad*, llegando al extremo de la violencia, por ejemplo política, religiosa, etc. Desde nuestro punto de vista, la primera variante presenta mayores probabilidades de experimentar la ansiedad bajo la forma de un trastorno, que asumirá dos formas diferentes según el grado de consideración que el individuo le otorga al otro en la interacción:[26]

- El utópico "optimista" presenta un grado relativamente elevado de *consideración de las necesidades, estilos, pensamiento, etc. del otro en la interacción*. La anticipación ansiosa tendrá lugar durante el proceso, y utilizará como insumo en parte ese registro de la interacción (por ejemplo, lo que el otro hace o deja de hacer que implica eventualmente obstáculos para las metas que se desea alcanzar). Por otra parte, cuando el individuo basa su optimismo en recursos propios disponibles, tiene más posibilidades de obtener resultados, con lo cual la ansiedad se mantiene acotada dentro de ciertos límites y resulta preparatoria y funcional a la acción em-

26 En términos de personalidad, esta distinción podría asociarse con dimensiones como la introversión y la extroversión en los actuales modelos de rasgos. En concepciones anteriores, podemos asociarla con los estilos cognitivos desarrollados por Herman Witkin: dependiente del campo o global vs. independiente del campo, o más específicamente, con los niveles alto o bajo de control del *self*. Para más detalle, véase Pervin, L. (1996). *La ciencia de la personalidad*. Madrid: Interamericana, cap. 3.

prendida. Cuando la evaluación que el individuo realiza es infundada (ya que no posee los recursos necesarios y/o suficientes), la ansiedad aumentará ante el fracaso y el individuo vislumbre nuevas amenazas futuras.

- El utópico "pesimista", por su parte, está *más pendiente de su propio pensamiento* y resulta menos orientado a la comprensión de la situación en general y del otro en la interacción en particular. En la interacción es percibido como "indiferente" y hasta insensible por las otras personas. Como resultado de ello, habitualmente fracasa, no alcanzando los resultados imaginados, y la ansiedad se deriva, a nivel del circuito intrapsíquico, del registro de ese fracaso y de la anticipación de las próximas dificultades y eventuales fracasos.[27] La profecía autocumplida, antes mencionada, asume aquí un rol preponderante. A nivel del circuito intrapsíquico, la persona dialogará internamente con su propio registro de lo que piensa que el otro piensa, llegando al extremo del "síndrome del eco", una exacerbación del circuito intrapsíquico antes desarrollado.[28]

Aun con las diferencias en la consideración del otro en la interacción que tienen lugar entre estos dos tipos, el optimista infundado y el pesimista recalcitrante pueden presentar manifestaciones sintomatológicas parecidas en la medida en que ambos llegan a resultados parecidos que son puntuados por ellos mismo y por los demás como fracaso.

Por otro lado, y en ocasiones, puede identificarse en los trastornos de ansiedad, de manera simultánea al mecanismo anterior, una *terrible simplificación*. Esto ocurre cuando, como parte de ese pensamiento anticipatorio, el individuo deja de considerar aspectos centrales inherentes al problema o a su solución.

27 En la medida en que estos individuos se enfocan más, a nivel del circuito intrapsíquico, en las pérdidas del pasado, la sintomatología predominante será más de tipo depresivo. En ocasiones se produce una oscilación de un tipo de sintomatología ansiosa a la depresiva que va de la mano en los contenidos del circuito intrapsíquico, ligado por supuesto a la forma que asume el circuito interpersonal.

28 Fernández Moya, J. y Richard, F. (2020). *Después de la pérdida*. 3ª Edición. Mendoza: Universidad del Aconcagua. Remitimos nuevamente al lector al apartado correspondiente del tomo I en que desarrollamos los circuitos intrapsíquico (con su exacerbación en el síndrome del eco) e interpersonal.

Veamos ahora un breve ejemplo que ilustra la presencia de ambos mecanismos de formación de problemas. Un paciente de 36 años que presenta sobrepeso y problemas recurrentes de control del consumo de alcohol, tiene como un objetivo importante conseguir pareja. Planea bajar de peso en los próximos 6 meses a través de una dieta, como condición previa a actualizar sus imágenes en las redes sociales y en una aplicación de citas, lo cual le permitirá a su vez conocer mujeres para salir con ellas. Sobre esta anticipación (síndrome de utopía), el paciente simplifica el problema, considerando que su éxito con las mujeres depende únicamente de la seguridad que le dará bajar de peso, a la vez que deja de considerar que en su caso el aislamiento social favorece el consumo (terrible simplificación), lo cual a su vez lo aleja de su objetivo. En la postergación de acciones (esperar a tener el peso ideal para iniciar un acercamiento a mujeres), el paciente evita la ansiedad que le genera el contacto con una mujer desconocida –pues hace años no lo hace–. Pero cuando el aislamiento deriva, junto con otros factores, en un episodio de consumo descontrolado, que en ocasiones lo lleva a recurrir a los servicios de una prostituta, termina con un nivel de ansiedad mayor, al notar que ha vuelto atrás, que está más lejos de sus objetivos. Esa ansiedad fue "comprada en cuotas", como decíamos antes durante el periodo de anticipación y postergación de la acción, como en un "plan de ahorro previo".

Finalmente, debemos señalar que la anticipación entendida como pauta en relación a la ansiedad se presenta en formas diversas e involucra contenidos diferentes en distintas etapas del ciclo vital. En los niños, con matices según su edad y su capacidad de verbalizar lo que le ocurre –pero también en función del grado de receptividad y estímulo a esas verbalizaciones en su familia–, puede darse una serie de *síntomas somáticos funcionales*. En cuanto a los motivos o factores de estrés, las relaciones entre sus padres, entre sus padres y ellos, y/o entre padres y niños por un lado y otros miembros de la familia convivientes (o no convivientes, pero de gran influencia) por el otro, tendrán una relación directa con la emergencia de la anticipación ansiosa. Además de las relaciones en sí, todos los acontecimientos comprendidos como crisis por sucesos inesperados implicarán una anticipación, que puede ser entendida, como decíamos más arriba, en términos adaptativos, pero que puede devenir síntoma en función de una serie de variables. Entre estas variables

destacamos siempre, como en cualquier tipo de problemas de conducta de niños, que *mientras menor es la edad del individuo mayor influencia tendrá en su comportamiento el entorno familiar*.

En la adolescencia, de manera acorde a la creciente interacción y peso relativo de otros sistemas sociales, la anticipación se relacionará habitualmente con la influencia del grupo de pares, la aceptación o no del individuo en el seno de este, la posición más o menos central que el individuo pueda alcanzar (retoman peso aquí los movimientos entre centro y periferia entes planteados), y también con la aceptación o no por parte de la persona de la que se ha enamorado. No obstante ello, en ciertos casos la familia sigue gravitando durante la crisis adolescencial y el transcurso más o menos largo (y eventualmente trunco) hacia la emancipación. El conflicto entre lo que los adultos prescriben, inducen y prohíben por un lado, y lo que se espera del adolescente/joven desde el grupo de pares, aportará forma y contenido a la anticipación.

En la adultez aumenta la complejidad de las interacciones, de manera proporcional al incremento de los compromisos y la responsabilidad sobre los resultados. Ello da lugar a múltiples formas de anticipación. El desempeño laboral, la paternidad, las expectativas de sus propios padres –que pueden seguir ejerciendo una influencia central sobre decisiones, crianza de los propios hijos, manejo del dinero, etc.– constituyen fuentes de estrés típicas frente a las que la anticipación ansiosa aparece como un recurso y eventualmente deviene síntoma.

En la etapa del retiro de la vida activa y la vejez aparecen una serie de circunstancias amenazantes de la estabilidad del individuo y la familia: la disminución o cese de la actividad laboral, los cambios más o menos impuestos al nivel de vida que puede suponer la jubilación, las limitaciones que implica el deterioro físico y/o cognitivo, los problemas de salud, la creciente dependencia en algunos o muchos aspectos respecto de los hijos, las crisis por sucesos inesperados, la inminencia de la muerte y las consecuencias familiares y patrimoniales esperadas de la misma, etc. Resulta frecuente cierta tendencia a percibir desafíos de manera amplificada; la interacción juega aquí un papel central, pues la anticipación y las limitaciones percibidas dependerán en buena medida de si el entorno acepta la anticipación y las preocupaciones del individuo como posibles y válidas, sin descalificar los mensajes de la persona mayor ni descon-

firmarlo al adulto mayor en su *self*. En el plano de la acción, resultará igualmente importante evaluar hasta qué punto el entorno le permite hacer cosas que el anciano puede, favoreciendo una autonomía razonable, o bien obstaculiza y "hace por" en términos de lo que denominamos más arriba sobreinvolucración.

Pauta 2: obsesiones

Las obsesiones presentan una relación importante con la ansiedad, pero pueden darse también en otros tipos de trastornos: por ejemplo, cuando el pensamiento obsesivo se refiere a una pérdida, a acontecimientos pasados. En relación a los trastornos de ansiedad, las obsesiones pueden ser entendidas como una exacerbación de la pauta 1, que hemos denominado "anticipación". A su vez, desde una perspectiva sistémica, pueden ser entendidas como un intento funcional de solución, tendiente a reducir o eliminar la experiencia de la ansiedad.

El pensamiento lógico, analítico, constituye una forma de resolver problemas y ha sido conceptualizado como una conducta de afrontamiento del estrés, que eventualmente puede configurar un estilo personal. Cuando el pensamiento, entendido como anticipación, se repite una y otra vez sin pasar a la acción, asume la forma de una obsesión, adquiere relativa autonomía y pasa de ser un medio para controlar la ansiedad, a convertirse en un fin en sí mismo, generando mayor ansiedad a través de lo que desde la cibernética podemos definir como un circuito de retroalimentación positiva.[29]

En ocasiones, las obsesiones se dan conjuntamente con rituales. Estos comportamientos pueden ser conceptualizados, desde la perspectiva sistémico-estratégica, como un intento de solución de parte del paciente, que habitualmente resulta fallido. Realizar determinada acción (por ejemplo, comprobar que se cerró una puerta, o el gas) puede reducir la ansiedad en sí, pero también puede ser una manera de obtener *alivio del pensamiento intrusivo y/o de*

29 A mayor ansiedad, más pensamiento obsesivo, que a su vez genera más ansiedad, obteniéndose una desviación de la pauta respecto del parámetro que sería mantener un nivel bajo de ansiedad.

la ansiedad. Por ejemplo, el individuo puede hacer un movimiento reiterado con las manos, que pretende bloquear los pensamientos obsesivos y, eventualmente, el acontecimiento temido que se encuentra en ese pensamiento; dicho ritual puede ser también condición de que un acontecimiento deseado tenga lugar (el éxito en un examen, por ejemplo).

En términos de mecanismos de formación de problemas, la persona llega a un punto en que no quiere pensar más, y su manera de hacerlo es pensando, lo cual da lugar a una *paradoja* –el tercer mecanismo descripto por los autores del MRI, luego del síndrome de utopía y la terrible simplificación–,[30] pues *al pensar que no quiere pensar, está pensando*. A más pensamiento, más autónomos devienen los mismos y más arraigada resulta la obsesión. En todos los casos, el intento de solución del problema resulta fallido. La obsesión y el ritual generan más ansiedad, y ésta conduce a nuevos esfuerzos en el mismo sentido.

Sobre lo dicho en el apartado anterior respecto del modo que asume la anticipación en los diversos momentos del ciclo vital, agregaremos aquí algunas consideraciones respecto de la forma y contenido que pueden asumir las obsesiones.

Una serie de comportamientos infantiles pueden ser entendidos como recursos adaptativos frente a la ansiedad, dentro de ciertos límites y cuando no obstaculizan tareas vitales como la socialización, el juego y la educación. Ciertos juegos, o el pensamiento ligado a cierto tema, entendido como afición, pueden devenir en colección y/o asociarse a conductas que alcanzan grados variables de ritualización. Estas formas de pensar y comportarse (por ejemplo el orden) pueden ser el inicio de patrones de comportamiento adaptativos y funcionales que juegan un papel en el manejo de la ansiedad, y eventualmente pueden dar lugar a síntomas o configurar con el tiempo un trastorno. Una variada serie de elementos, en ocasiones estrechamente relacionados, van configurándose en el desarrollo de la personalidad a partir de la pauta de pensamiento obsesivo: la preocupación por el orden, la realización de acciones específicas con la expectativa de un resultado no inmediatamente

30 Watzlawick, P., Weakland, J.; Fisch, R. (1976). *Cambio.* Barcelona: Herder.

vinculado a ellas (cábalas, pensamiento mágico), la acumulación innecesaria (aunque justificada desde su propia perspectiva) de objetos, la culpa ligada a creencias (por ejemplo religiosas) y la eventual realización de rituales como modo de controlar la ansiedad, la culpa, o ambas, y/o de prevenir mágicamente acontecimientos anticipados y temidos.

En la adolescencia pueden surgir nuevos temas, de la mano de nuevos intereses y de la influencia del grupo de pares. Con relativa independencia de los cambios culturales que han llevado a una mayor aceptación de la sexualidad y a la posibilidad de vivirla con mayor libertad, en el marco de ciertas culturas familiares los cambios de la adolescencia pueden traer aparejado el surgimiento de intensos sentimientos de culpa. Una manera de controlarlos o evitarlos puede ser la mencionada realización de rituales.

En la adultez y la vejez, los temas de las obsesiones irán de la mano de los contenidos propios de esas etapas. El pensamiento obsesivo puede asumir entonces la forma de un intento de solución de aquellas dificultades o problemas a que aludíamos al hablar de la pauta de anticipación, que no repetiremos aquí.

Finalmente, no podemos dejar de considerar dos aspectos de las obsesiones y los posibles comportamientos que a ellas hemos asociado. Por un lado, el aspecto biológico que la comunidad profesional (a la que adherimos en este punto) supone se encuentra a la base de los trastornos vinculados, sea el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), o bien el de trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. Por el otro, y con independencia de lo dicho, no debe desestimarse el impacto de las obsesiones de un individuo sobre el entorno y la retroalimentación que el mismo brinda. La misma pauta de pensamiento y comportamiento que es registrada como disfuncional y fuertemente criticada en un entorno, resulta valorada en otro. Familiares y amigos hacen y dejan de hacer cosas a partir de las obsesiones de un individuo. En una paciente de 35 años, por ejemplo, los familiares le daban versiones erróneas de ciertos cuidados (no tomados) respecto de la higiene alimentaria, porque temían nuevos síntomas. La paciente terminaba por entender ese circuito, no creía en las bienintencionadas mentiras, y terminaba por reforzar sus obsesiones.

Pauta 3: Miedos

Los términos "ansiedad", "miedo", "evitación" y "pánico" se toman en ocasiones como sinónimos o como conceptos intercambiables en el uso corriente. Cabe establecer algunas distinciones que presentan relativo consenso en la comunidad profesional de la salud mental, para añadir posteriormente algunas propuestas relevantes para las intervenciones sistémicas.

El DSM-5[31] propone que el miedo "es la respuesta emocional a una amenaza inminente, real o subjetiva". Lo contrapone a la ansiedad, a la que entiende como "anticipación de una amenaza futura". Por otra parte, plantea que el miedo cursa a menudo con "descargas de excitación neurovegetativa necesaria para la lucha o la fuga,[32] pensamientos de peligro inmediato y comportamientos de escape", mientras que la ansiedad se asocia más frecuentemente a "tensión muscular y vigilancia en preparación para un peligro futuro y con comportamientos cautelosos o evasivos", que en ocasiones reducen el nivel de miedo o ansiedad. Los autores complejizan el panorama incluyendo los ataques de pánico como "un tipo particular de respuesta de miedo" que excede lo desarrollado en este apartado y pueden presentarse en otro tipo de trastornos. En la siguiente pauta desarrollaremos más la distinción entre miedo y pánico, pero adelantamos aquí que el elemento de evitación resulta central en el último.

Desde nuestra perspectiva cabe sumar a lo anterior otra distinción que presenta utilidad clínica. El término "miedo" puede ser entendido para caracterizar una respuesta ante un estímulo o situación real, que está presente en el campo perceptivo o bien es imaginado y anticipado. Cuando se usa el término "ansiedad", en cambio, se suele describir una respuesta que puede ser similar a la del miedo pero donde el estímulo o acontecimiento temido puede no ser tan preciso o individualizado, o bien existir una variedad de acontecimientos que activan la respuesta. La amenaza se presenta como difusa, en el sentido de que puede

31 American Psychiatric Association (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

32 En la pauta 1 planteábamos el aspecto adaptativo de la anticipación. En términos biológicos, el miedo es considerado como una respuesta emocional adaptativa. El criterio para considerarlo síntoma implicará, como en el caso de la anticipación, considerar hasta qué punto excede esa finalidad de adaptación y genera malestar clínicamente significativo.

aparecer como contenido en el pensamiento la idea vaga de que “algo malo va a ocurrir”, o bien una sucesión de objetos o situaciones no relacionadas entre sí y de variado peso específico o importancia relativa, por las cuales va pasando alternativamente su pensamiento. En ocasiones, el individuo no puede precisar qué le preocupa o cuál es la amenaza frente a la que experimenta la ansiedad.

En relación a los acontecimientos temidos, suelen jugar un papel central hechos ocurridos en el pasado, que conceptualizamos como improntas relacionales; por ejemplo, la mordedura de un can cuando era niño, experiencia que da sentido al miedo actual del adulto frente a esos animales. El miedo aparece entonces ante la presencia de cualquier otro perro concreto, o bien ante la posibilidad de que uno le salga al cruce, activándose la respuesta neurovegetativa mencionada por el DSM-5 en diversos grados.

Ahora bien: la misma clase de respuestas puede darse en ausencia de experiencias previas personales con un objeto específico. El miedo a una enfermedad, por ejemplo, a un cáncer, genera en quien lo padece la misma clase de activación cuando piensa en ese contenido con cierta intensidad, o bien cuando atribuye alguna molestia corporal a ese diagnóstico posible; también cuando emprende acciones que podrían corroborar el mismo, por ejemplo un estudio médico. Cuando esto ocurre en ausencia de experiencias previas personales, el aprendizaje vicario de respuestas emocionales puede explicar este tipo de síntomas. El individuo nunca estuvo enfermo, pero personas próximas sí (por ej. uno de sus padres), o bien, sin estar enfermas, experimentaban gran temor frente a la posibilidad de estarlo, lo que condicionó la respuesta de miedo en el paciente.

A partir de lo anterior, podemos sumar otra distinción al planteo del DSM-5, ligada a la dimensión temporal. Cuando hablamos de *miedo*, el individuo enfrenta una amenaza “inminente”, que para él resulta real (más allá de que sea percibida o imaginada, como decíamos). El objeto o situación temida puede ubicarse con precisión en el tiempo, por ejemplo, el estudio médico que se realizará el martes próximo. En la *ansiedad*, en cambio, el horizonte de tiempo resulta más amplio, eventualmente con incertidumbre acerca de cuándo se presentará la amenaza.

Esta distinción entre, por un lado, un objeto que activa una respuesta de gran intensidad (miedo), y por el otro, diversos objetos (y en ocasiones ninguno en particular) que gatillan la respuesta más difusa y persistente de ansiedad, presenta relevancia, como veremos más adelante, a la hora de las intervenciones que el terapeuta sistémico propondrá a los fines de modificar los circuitos intrapsíquicos e interpersonales que mantienen el problema.

Como ocurre con las pautas antes desarrolladas (anticipación y obsesiones), el miedo, entendido como síntoma o configurado como trastorno, presenta diversos contenidos de acuerdo a la etapa del ciclo vital. En la niñez el clínico deberá tener en cuenta los miedos considerados como "normales" por la psicología del desarrollo, y valorar cuidadosamente a partir de qué limitaciones en términos de severidad y complejidad va a pensar esos miedos como elementos de un trastorno. Merece una mención especial la ansiedad ligada a la separación de los padres en un principio, al abandono, y en etapas posteriores, con el avance de la escolarización, a situaciones de evaluación y de expectativa de aceptación social.

Con el advenimiento de la adolescencia, a estos miedos se agrega frecuentemente temas ligados a la identidad sexual y a la pertenencia o no al grupo de pares en un sentido amplio y al compañero sexual en un sentido más restrictivo. Otro aspecto ligado a la identidad, quizás poco frecuente pero de relevancia clínica, tiene que ver con los planteos acerca de ser el adolescente realmente hijo de sus padres. Esta preocupación, asociada a manifestaciones de ansiedad, adquiere particular importancia en aquellos casos donde hubo adopción, y la manera en que se manejó esa información.

En la adultez, los miedos comunes se relacionan con la posibilidad de cumplir o no con los proyectos propios (laborales y otros) y familiares –al comienzo de esta etapa–, y con las dificultades derivadas de los proyectos no concretados –en la etapa más avanzada, con hijos adultos, cuyos propios problemas no resueltos suelen dar contenido a las preocupaciones de sus padres–. En los adultos mayores los miedos frecuentes tienen que ver con la subsistencia –de la mano del retiro y la jubilación–, los problemas de salud y la aproximación de la muerte.

Pauta 4: Evitación

A los miedos que devienen sintomáticos se le agrega, en esta pauta, un patrón de evitación de aquellos estímulos o situaciones temidas. Cuando esa evitación pasa a ser un recurso central y eventualmente exclusivo para controlar el miedo, se instala la *fobia* como un cuadro clínico, con malestar subjetivo y deterioro significativo de las actividades que puedan incluir la exposición directa a lo temido o bien relacionarse con ello de manera indirecta.

Un funcionamiento clave que involucra a los circuitos intrapsíquico e interpersonal es la autoperpetuación del síntoma. En la medida en que la persona evita, reduce la sintomatología ansiosa, y en virtud de ese resultado *exitoso* el individuo tiende a repetir la evitación una y otra vez. Volviendo al caso del miedo a los perros con que ilustrábamos la pauta anterior, el individuo modifica un recorrido habitual para no cruzarse con perros que le ladran desde sus casas –y que eventualmente pueden salir y atacarlo–. Con ello controla de hecho su miedo, pero con el tiempo pierde la posibilidad de ir a ciertos lugares (un negocio que queda en ese camino, por ejemplo) y deberá buscar sustitutos en otras áreas, aunque resulten más alejadas, incómodas o menos convenientes.

Además de autoperpetuarse, las fobias pueden generalizarse a otros objetos y situaciones similares, con la consecuente limitación de la libertad personal. De la evitación de un examen, por ejemplo, una paciente pasó a evitar el edificio de la facultad, y llegó a usar otras calles, evitando circular por la cuadra céntrica en que ésta se encontraba.

Las fobias pueden configurarse en torno a miedos muy variados, algunos relacionados con objetos o situaciones potencialmente lesivos (el ejemplo de los perros o las enfermedades), pero en otros casos se trata de objetos irrelevantes (botones, por ejemplo), que suelen explicarse por complejos procesos de condicionamiento.

Cabe aquí una mención especial para la *fobia social*, ligada al *examen* a que el individuo se siente expuesto cuando se encuentra con otras personas. Esta fobia puede presentarse con mayor o menor intensidad en relación con fobias a otras situaciones u objetos, pero presenta para nosotros un especial interés

en la medida en que en ella el papel de la interacción en el mantenimiento del síntoma evitativo aparece de manera más clara y relevante que en otras manifestaciones de esta pauta de evitación. Por otra parte, al implicar personas e interacciones con las mismas, se amplían las posibilidades de intervención a nivel del *circuito del sistema terapéutico*, que, como vimos en la introducción, engloba los circuitos intrapsíquico, interpersonal y narrativo tanto de los consultantes como del terapeuta.

Otras situaciones de particular relevancia para la pauta evitativa son el miedo y la ansiedad derivados de los espacios abiertos (playas, mercados, puentes, etc.) o cerrados (típicamente el transporte público) por la limitación que implican a vida en general y a la interacción social en particular.

En ocasiones, esta pauta evitativa aparece en ausencia de un objeto o situación específica temida; el clínico podría entenderla más bien como un modo habitual de funcionamiento, y hasta como un rasgo de personalidad. Se trata de personas que evitan cualquier situación interpersonal incómoda, ya sea personas o temas de conversación que eventualmente podrían desencadenar respuestas de ansiedad. En general se trata de personas que no tienen un registro de la ansiedad, ni la vivencia de la pauta de anticipación ansiosa que describíamos más arriba; en ocasiones se quejan de malestar físico funcional (por ejemplo, gastrointestinal, pero puede comprender cualquier otra parte del cuerpo) que difícilmente vincularían con la presencia o evitación de las mencionadas situaciones. Este patrón aparece, desde nuestra experiencia clínica, con más frecuencia en varones. Una hipótesis posible que explicaría esta relación contemplaría las diferencias de género en la socialización. Las mujeres habitualmente se permiten y tienen facilitada la expresión de emociones, incluido el registro del propio malestar y problemas, lo cual se asocia también con que consulten con mayor frecuencia en psicoterapia. Si bien estas tendencias se van modificando de la mano de cambios socioculturales ligados al género, en los varones se observa todavía menor grado de conciencia de sus propios problemas relacionados con la ansiedad y el estado de ánimo, menor capacidad de socialización acerca de los mismos (incluida la experiencia terapéutica) y especialmente acerca de su propia participación en los problemas que ocasionan esa sintomatología somática.

En términos del ciclo vital, podemos agregar el componente evitativo a los contenidos de los miedos enumerados en el apartado anterior. Las personas significativas –padres, pares, parejas, jefes, profesionales de la salud, hijos, etc.–, con diferente relevancia según el momento del ciclo vital, puede generar sintomatología que podríamos considerar *secundaria* a la fobia en sí y su pauta evitativa. Cuando esas personas del entorno fomentan de manera inadecuada (sin criterio profesional) la exposición al objeto o situación temida, y hasta la fuerzan, el individuo puede experimentar malestar somático más o menos específico (el típico "dolor de panza" en niños con fobia relacionada con la escuela), o bien reacciones de enojo o ira hacia la persona que fomenta la exposición.

El consumo de sustancias puede actuar también como desinhibidor frente a situaciones sociales temidas y evitadas. Es el caso del alcohol cuando *debe* asociarse a la vida social, incluido el cortejo y las relaciones sexuales. Más allá de la asociación entre sustancias y situaciones sociales dada en una cultura, nos interesa aquí el uso de las primeras cuando resulta una condición para que el individuo emprenda la acción: por ejemplo, el uso de sildenafil o del tadalafilo en varones que no padecen de disfunción eréctil y lo consumen como requisito para afrontar la relación sexual. En casos extremos, ante la ausencia de ese recurso, la persona evita el comportamiento temido. Estos comportamientos, al igual que la evitación en sí, son considerados desde un punto sistémico como un intento de solución que agrava un problema, y eventualmente genera uno nuevo a través de la ya mencionada profecía autocumplidora, en el marco de una formación de problemas del tipo "síndrome de utopía".

En relación a la pauta evitativa general descripta más arriba –no ligada a un objeto o fobia específica–, que como decíamos suele aparecer más en varones, agregaremos que la misma resulta menos frecuente en generaciones más jóvenes. Ello podría explicarse en términos culturales a partir de los cambios sociales favorecedores de un mayor registro y expresión de la emocionalidad, ligados a nuevos patrones de crianza y socialización de los individuos. Los varones jóvenes, de manera coherente con lo anterior, consultan más y antes (en términos de severidad de sus problemas) que los de generaciones anteriores.

Pauta 5: pánico

El pánico, como episodio individual (ataque), o configurado en un trastorno, surge a partir de estados previos de calma o ansiedad como una aparición súbita de un miedo intenso, con una serie de componentes somáticos, entre los que se dan habitualmente palpitaciones o una percepción de aceleración de la frecuencia cardíaca. Más allá del contenido a nivel del circuito intrapsíquico presente al momento del ataque, que puede ser o no detonante del mismo, resulta clave el miedo a perder el control, a la muerte inminente y/o a volverse loco.

Resultan múltiples las relaciones entre esta pauta y las anteriormente descriptas. Entre ellas destacamos la anticipación de situaciones estresantes en que, dada ya la experiencia de uno o más ataques, el individuo vislumbra uno futuro. Como ya ha experimentado otros en situaciones más o menos similares, puede anticipar, y en ocasiones –profecía autocumplida mediante– predisponer el ataque.

Otra relación relevante entre pautas es el recurso a la pauta evitativa como un intento de resolver los ataques. Al evitar situaciones (encuentros sociales, espacios abiertos, etc.), se reduce la frecuencia y/o intensidad de la pauta del pánico.

Veamos ahora tres aportes posibles del pensamiento sistémico a la *comprensión del pánico entendido como pauta.* Como dijimos en pautas anteriores, el síntoma de ansiedad presenta un claro sentido adaptativo: se obtiene a corto plazo cierto nivel de tranquilidad, aun al precio elevado de restringir su libertad.

Por otra parte, tanto la persona que está experimentando el ataque de pánico, como aquélla que lo anticipa, *confunde* señales corporales y comete un error lógico[33] al asignar cierto significado a eso que siente o piensa. Por ejemplo, siente la palpitación e imagina el "infarto inminente". Al pensar así, inevitablemente clasifica una señal corporal inespecífica como un síntoma inequívoco de un problema cardíaco, juicio que está en un nivel superior de abstracción. De este modo, la posibilidad de que algo ocurra se convierte en una certeza; la anticipa-

33 Remitimos a los desarrollos de G. Bateson sobre la teoría de los tipos lógicos de Russell y Whitehead y el papel que las paradojas de abstracción juegan en la comprensión de la patología mental, especialmente al apartado "Forma y patrón en la relación" de *Pasos Hacia una ecología de la mente* (1999, C. Lohlé, Buenos Aires).

ción de algo posible se convierte en una realidad que el individuo *está viviendo*. Desde el punto de vista neurobiológico, podemos decir sin entrar por ahora en mayores detalles, que a los fines prácticos para el cerebro –o para circuitos específicos conformados por subsistemas que lo componen y sus conexiones–, lo que el paciente anticipa *está ocurriendo*. La imposibilidad estructural para diferenciar realidad e ilusión que los biólogos y epistemólogos constructivistas plantearon resulta coherente con este planteo.

El proceso antes descripto tiene lugar también, con menor dramatismo, en las pautas anteriores. Por ejemplo, la mera anticipación ansiosa, sin pánico, implica un error de abstracción similar, con las consecuentes implicancias a nivel de construcción de la realidad para el individuo. Lo mismo puede decirse de las siguientes pautas: las obsesiones, los miedos y la evitación.

Volviendo a la pauta del pánico, debemos destacar los aportes de otra teoría de la que se nutre el paradigma sistémico, la *cibernética*. Ésta ayuda a comprender el funcionamiento de los ataques y trastornos de pánico en términos de un proceso de retroalimentación positiva. Cuando el individuo *rotula*, como decíamos, una señal corporal como "peligrosa", centra su atención en la misma, con lo cual la respuesta del sistema nervioso simpático se incrementa. Las palpitaciones, que podían indicar una frecuencia cardíaca circunstancialmente elevada pero normal (producto por ejemplo de cierto esfuerzo), aumentan aún más como preparación para enfrentar ese peligro. Se agregan además nuevas respuestas vegetativas (por ejemplo, sudoración, respiración entrecortada), que el individuo registra y nuevamente rotula como indicadores adicionales, que confirman su primera impresión y generan una respuesta adaptativa todavía más intensa.

Este mecanismo de retroalimentación positiva aparece también en otros tipos de problemas relacionados con la ansiedad, aunque no cumplen con los criterios para ataques o trastornos de pánico. Por citar dos ejemplos entre muchos posibles, tenemos la dificultad para conciliar el sueño y la dificultad para lograr y mantener la erección en el hombre. Si bien la manifestación sintomatológica resulta muy diferente, el circuito es básicamente el mismo: mientras más anticipa el individuo aquello que teme (pasar una noche en vela, no lograr la erección o satisfacer a su pareja, etc.). En la medida en que el insomne concentra su atención en que no va a poder dormir, o en el día siguiente que debe afrontar (para el que necesita

descansar), su conciencia permanece activa como modo de afrontar el peligro inminente, y por lo tanto sigue despierto. En el caso del varón que duda de su capacidad de lograr o mantener la erección, su atención juega un papel similar: mientras más se dirige a las propias señales de erección, más se aleja de los estímulos (en su pareja) que naturalmente la generan, con lo cual se aparta del parámetro consistente en cierto nivel de estimulación necesario para la erección.

Dadas estas relaciones posibles entre constructos sistémicos y el pánico, cerraremos este apartado con algunos comentarios sobre el ciclo vital. Podemos decir que los síntomas de pánico resultan más frecuentes en la adultez joven y la edad media de la vida. Puede vincularse con estas etapas a partir de las demandas y desafíos que implican esos momentos vitales. Por otro lado, las crisis de desarrollo[34] propician en mayor medida su aparición por comparación con las etapas de estabilidad del ciclo vital. Además del aumento del estrés –que hemos asociado a las otras cuatro pautas relacionadas con la ansiedad–, tenemos aquí en primer plano el tema del control. A menor control percibido, y dada una condición neurobiológica de cierta vulnerabilidad –en términos de lo que vimos al comienzo, al hablar de los fundamentos neurobiológicos de la ansiedad–, mayor será la probabilidad de experimentar síntomas de pánico y eventualmente un trastorno.

Abordaje psicoterapéutico y farmacológico de la ansiedad: aspectos generales que deben considerarse para la intervención

A continuación agruparemos algunas ideas básicas sobre cómo intervenimos los terapeutas sistémicos cuando se presenta sintomatología ansiosa severa, que eventualmente puede cumplir criterios diagnósticos de trastornos de ansiedad. La propuesta responde a nuestra experiencia clínica, que tiene sus fundamentos en el modelo estratégico del Mental Research Institute (MRI), incluyendo los geniales y pioneros aportes de Milton H. Erickson. Sobre esa base hemos integrado desarrollos de reconocidos terapeutas y académicos ar-

34 Pittman, F. (1990). *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis.* Buenos Aires: Paidós.

gentinos como Ruth Casabianca, Hugo Hirsch, Salvador Minuchin, Carlos Sluzki, Marcelo Rodríguez Ceberio y Martín Wainstein entre otros. Nuestro modo de entender la terapia ha incorporado también aportes de otras líneas de pensamiento dentro del amplio paradigma sistémico. Así tenemos algunas técnicas derivadas de la terapia centrada en soluciones y las terapias narrativas, que se han sumado a nuestro acervo alineadas a esos fundamentos estratégicos originales que, parafraseando a Hirsch y Casabianca, conforman un particular "*uso nostro*" del modelo. Asimismo, hemos nutrido este desarrollo con algunos aportes propios ligados a maniobras generales y específicas, al abordaje de ciertos tipos de problemas (duelos, discapacidad, enfermedades crónicas), a la evaluación clínica en general y a la de la personalidad en particular. El principal motor de dichos desarrollos ha sido la necesidad de transmitir la experiencia clínica en la tarea docente de grado y posgrado.

Con este preámbulo queremos decir que *nuestra visión es parcial, sesgada, y sobre todo ajena a cualquier intención totalizadora* de la clínica sistémica, siendo nuestra propuesta acerca del abordaje de los problemas clínicos en general –y en particular la de los trastornos de ansiedad– una entre muchas posibles, para nada excluyente de otros enfoques y técnicas sistémicos.

El abordaje de una situación clínica parte de decisiones generales y en ocasiones preliminares acerca de cómo se va a encarar el proceso terapéutico. Esto involucra la información de la preentrevista: datos de filiación de quien consulta, del paciente identificado y otras personas, convivientes o, no que pueden resultar significativas, y especialmente un mínimo de información acerca de la preocupación que motiva la consulta.[35]

Cuando no es posible contar con información previa y el profesional que entrevista individualmente al paciente que consulta por ansiedad, en la primera sesión y *en función de la correcta evaluación realizada*, el clínico se enfrenta a tres grandes posibilidades:

35 Remitimos al lector al modelo de entrevista propuesto en Casabianca, R.; Hirsch, H. (1989). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un modelo de registro para la terapia del M.R.I.* Santa Fe: Universidad del Litoral.

- Si no es médico, puede derivar al paciente a un psiquiatra para que evalúe la necesidad de una medicación que ayude a reducir la activación frente a situaciones que el individuo no podrá (o no le interesa) cambiar, con ciertos objetivos –además de reducir síntomas– como mejorar el sueño y el rendimiento laboral. Si el profesional que recibe al paciente es un médico psiquiatra, podrá indicar directamente un tratamiento farmacológico. Esta alternativa, desde nuestra perspectiva, puede ser necesaria como un paso previo cuando la severidad obstaculiza el trabajo terapéutico, pues una intervención psiquiátrica oportuna genera mejores condiciones para los cambios que el consultante debe iniciar y mantener. En estos casos resulta imprescindible el acuerdo entre ambos profesionales en cuanto a los objetivos de los dos aspectos (médico y psicosocial) del proceso terapéutico. Ahora bien: en algunos casos, aun sin gran severidad, la motivación del consultante en relación a esos cambios puede ser relativamente baja (o nula), en la medida en que pueden insumir tiempo y esfuerzos mayores a los que él está dispuesto, con lo cual la medicación resultará la mejor (y a veces la única) opción. Lo mismo puede afirmarse en casos en que ciertos recursos indispensables (cognitivos, por ejemplo, pero también a nivel de personalidad, cuando existe demasiada rigidez y resistencia a intervenciones terapéuticas) no estén disponibles para un proceso terapéutico.
- La segunda alternativa puede ser citar a la familia con la consigna de "cómo ayudamos" al paciente, poniendo el foco en el modo en que la relación de cada uno de los integrantes con éste suma a la sintomatología. En este caso el terapeuta podrá ampliar su mirada, indagando cómo piensa cada uno de los concurrentes acerca de los problemas planteados por quien consulta y la relación con éste. Al mismo tiempo, observará en vivo el circuito interaccional, cotejando, ampliando y descartando información ya referida por el paciente. Esta alternativa ofrece otras posibilidades al terapeuta entrenado para ese formato, pero puede no estar disponible, ya sea por negativa del paciente a sumar a otras personas a lo que considera "un problema personal", o bien por falta de motivación de los familiares a concurrir –o bien, aun concurriendo, a comprometerse en ciertos cambios deseables en la relación–.

La familia puede ser entendida en esta alternativa, si recurrimos a una analogía de la física, como la palanca y el punto de apoyo necesarios para un cambio duradero en los circuitos que conduzca eventualmente a la reducción de los síntomas y al cumplimiento de otros logros terapéuticos. La participación y motivación puede ser variable en los diferentes miembros, siendo posible contar con uno/s y no con todos los que el terapeuta desearía. Puede conducirse una terapia individual y citar cada cierto tiempo a ese o a esos integrantes con finalidades puntuales, sin emprender una terapia con la presencia permanente de la familia. Cuando se cuenta con la participación activa de la familia es posible optimizar el proceso terapéutico, reduciendo frecuentemente su duración (y los costos implicados), con el beneficio adicional de incorporar cambios que pueden no estar directamente relacionados con la queja del paciente, pero que redundarán en un mayor bienestar de los miembros y en un tránsito mejor por la nueva etapa del ciclo vital, previniendo problemas futuros al generar un aprendizaje en el sistema.

- El profesional podrá también trabajar en sesiones individuales con el consultante, a través de un enfoque cognitivo-estratégico tendiente a identificar situaciones que activan pensamientos, respuestas emocionales y comportamientos, como paso previo a modificar los primeros, de manera de reducir la ansiedad y generar conductas alternativas que conduzcan a mejores resultados. Si contamos con un paciente con recursos personales, motivado, con menor severidad –que por lo tanto no requiera en principio medicación–, con una familia poco disponible para el trabajo terapéutico (por diversas razones: distancia geográfica, motivación, etc.), se puede intervenir a nivel del circuito intrapsíquico del paciente y, a través de su comportamiento, en el circuito interaccional. La intervención, vehiculizada a través del consultante, puede de este modo impactar en la familia, generando eventualmente otros cambios positivos en sus integrantes y en la relación entre ellos.

Cabe señalar que en cualquiera de las tres alternativas el contexto social (la familia, pero también otros sistemas, como la escuela en los niños y adolescentes, o el trabajo en los adultos) pueden actuar como factores capaces

de potenciar y facilitar el cambio, o bien limitarlo y hasta impedirlo. Este aspecto contextual de los problemas y la sintomatología en general –y ansiosa en particular–, debe ser cuidadosamente evaluado por el o los profesionales intervinientes a lo largo del proceso. El apoyo o la restricción al cambio pueden variar a lo largo del tiempo, lo que puede llevar a la necesidad de una reformulación de las metas terapéuticas. No desarrollaremos todas las posibilidades que admite esta idea, pero simplificando mucho podemos pensar en una familia que inicialmente está disponible y en un momento deja de colaborar, se opone a la dirección terapéutica establecida o simplemente se agota (por ej. en las crisis de cuidado, donde un cuidador primario se ocupa exclusiva o casi exclusivamente de un paciente dependiente). En el otro extremo, cuando no se cuenta desde el comienzo con la familia u otro sistema de apoyo para el cambio, puede surgir una nueva relación (por ej. de pareja) que ofrece posibilidades, permite ampliar los recursos para el cambio y, consecuentemente, las metas.

Otro aspecto importante a considerar, cuando el proceso involucra medicación, es el significado que esa indicación terapéutica va a tener para el individuo y para la familia y eventualmente otros sistemas (por ejemplo, laboral), con independencia del efecto en sí que el fármaco implica. El sentido de tomar medicación no será el mismo, por ejemplo, para una hija del medio de 19 años, estudiante con dificultades de socialización, que para un paciente de 65 años recientemente jubilado. La perspectiva de consumir fármacos durante un periodo relativamente prolongado –sumado en ocasiones a la fantasía de que la medicación puede ser "para siempre"– debe ser considerada en el contexto del ciclo vital. Habitualmente, en los trastornos de ansiedad, la medicación puede ser considerada más como una "muleta" que la persona utilizará durante algún tiempo –que eventualmente puede ayudar a que resuelva los problemas y funcione de una manera diferente–, que como una "prótesis" con la que deberá aprender a convivir durante toda la vida, y que en ocasiones puede ser buscada o indicada como "la solución en sí".

Damos por sentado que cuando la ansiedad se trata farmacológicamente en el contexto de otro tipo de trastornos –por ejemplo, una depresión crónica o una psicosis–, se requerirá posiblemente un abordaje de largo plazo o de

tipo permanente, y esto requiere necesariamente un trabajo efectivo con el paciente y la familia durante el tiempo necesario para lograr la adherencia a la indicación farmacológica. Un error frecuente que se observa en estos casos es asumir que por el solo hecho de dar información acerca de la necesidad del tratamiento prolongado, el paciente y la familia lo aceptarán y cumplirán.

En cuanto al significado que el paciente y su entorno otorgan a la medicación psiquiátrica, diremos que, si bien la misma ha ganado en aceptación social en los últimos años –rompiendo el clisé de que la consulta psiquiátrica es "para los locos"–, la mayoría de las personas que asisten a una consulta de salud mental presentan reparos respecto de tomar fármacos por periodos extensos de tiempo.

Por otra parte, diremos que los pacientes habitualmente llegan a la consulta con expectativas, en ocasiones alimentadas por quienes han referido el nombre del clínico. Ese conocimiento, más o menos ajustado al modo de trabajo del profesional, suele implicar expectativas concretas acerca de si la persona busca sólo medicación, sólo psicoterapia (y en ese caso si será individual, de pareja o familiar) o una combinación de ambos abordajes; en ocasiones hasta surgen planteos acerca de qué línea teórica dentro de la psicoterapia debe guiar el proceso.

Estas expectativas, como todas las que trae quien consulta, deberán ser consideradas y utilizadas por el clínico debido a la relevancia que tienen para la adherencia a la propuesta del tratamiento. Aquí cabe añadir que, desde nuestra perspectiva, la adherencia a un tratamiento de cualquier tipo –farmacológico, psicosocial o mixto– es un fenómeno básicamente interaccional: no depende únicamente de una decisión del paciente, sino que lo que hacen o dejan de hacer los profesionales resulta clave para que el mismo –y eventualmente su entorno– se comprometa con el tratamiento. En cualquier caso, una de las acciones necesarias por parte del clínico será una adecuada evaluación de la motivación y de las expectativas del paciente y su entorno cercano referidas a estos aspectos del tratamiento.

A continuación podremos aplicar algunas de estas disquisiciones al material clínico que hemos seleccionado.

Un caso clínico

El caso que se desarrolla a continuación involucra a varias personas dentro de una familia de tres generaciones. Algunas de ellas presentan sintomatología que, desde la perspectiva de un clínico, podría llevar a un diagnóstico de trastorno de ansiedad. Esta presentación nos permitirá desarrollar características e intervenciones posibles sobre trastornos específicos, pero también utilizar los miembros de la familia nuclear y extensa para ilustrar problemas, circuitos, improntas relacionales y narrativas frecuentemente encontradas en otros trastornos de ansiedad. De esta manera pretendemos optimizar espacio y tiempo, aunque reconocemos la necesaria pérdida en cuanto al grado de detalle o profundidad en el desarrollo de un caso singular.

Si bien se trata de un caso trabajado por uno de nosotros,[36] debidamente modificado en cuanto a datos que podrían remitir a las personas reales, incluimos algunos elementos de otros casos clínicos, de los dos autores principales de esta obra, que nos dan la posibilidad de realizar ciertas puntualizaciones acerca de otros trastornos de ansiedad.

Azucena, de 49 años, trabaja en un estudio contable desde los 18, apenas finalizó la escuela secundaria. Está casada hace 28 años con Vicente, de 57, viajante de comercio, que tiene representaciones y viaja todas las semanas entre las provincias de Cuyo durante dos o tres días. Por lo general duerme dos noches a la semana fuera de su casa. La pareja tiene cuatro hijos, en diferentes etapas del ciclo vital, que aún viven en la casa familiar. El mayor es Víctor de 26 años, hace varios años que no supera el tercer año de la carrera de agronomía, estudia, pero no se presenta a rendir.

Eugenia de 23, es una contadora recién graduada, que trabaja en la administración de una importante empresa metalúrgica, en donde realizó una pasantía siendo alumna. Tiene novio (Esteban, de 24 años, trabaja en la misma empresa como operario) y con frecuencia se queda a dormir en la casa de éste, que aún vive con sus padres. La relación es buena; el joven le cae bien a todos en la fa-

36 Jorge Fernández Moya.

milia, pero a Azucena le preocupa su falta de aspiraciones; entre otros proyectos truncos, Esteban intentó fallidamente estudiar dos carreras universitarias.

Florencia, de 20, es una avanzada estudiante de Administración. Recientemente ha roto con su novio, médico residente de cirugía de 26 años, con quien tuvo una relación de cuatro años, y sale mucho con sus amigas, cosa que antes no hacía y que preocupa a su madre. El hijo menor es Ernesto, de 17 años, se encuentra terminando el colegio secundario; no le gusta estudiar, no práctica deportes y los amigos que tiene no son aprobados por su mamá.

Azucena es la mayor de cuatro hermanos; sus padres se separaron cuando ella tenía 13 años, y a partir de ello apoyó responsablemente a su madre en la crianza de sus hermanos. Vicente, en cambio, es el hijo menor de una familia nuclear con tres hermanas de 10, 8 y 6 años mayores que él. "Fueron cuatro madres para mí; yo era el muñeco de mis hermanas," expresa cuando el terapeuta, en la primera entrevista, confecciona esa parte del genograma. Con Azucena se llevan casi ocho años de diferencia, y cada uno tuvo procesos de crianza y socialización muy diferentes.

La consulta de Azucena se dirige inicialmente a su médico clínico. Le habla de sus "nervios", de cuánto y cómo le preocupa su hijo Víctor, a quien no sabe cómo ayudar. Ha hablado con los compañeros de él de la facultad, quienes le dicen que él sabe mucho, pero lleva ya casi dos años sin rendir ninguna materia. Por otro lado, confía en su hija mayor, a quien ve "encaminada" en lo profesional –aunque tiene dudas respecto de su proyecto de pareja–, pero le preocupa especialmente la situación de la menor, a partir de la ruptura con su novio y la creciente influencia de sus amigas, que no estudian ni trabajan. La situación de Ernesto también suma a las preocupaciones de Azucena y a sus "nervios", especialmente la apatía que él siente por el estudio y por otras actividades, en un momento de la vida en que, según ella, debería proyectar qué hacer, sumado a cierta "comodidad" que ella ve propiciada por las influyentes tías paternas.

La paciente expresó a su médico clínico que le cuesta dormir y que en ocasiones salta comidas por estar "inapetente". En relación con esto, refiere que en ocasiones siente que tiene "una piedra en el estómago"; en algunos momentos, por el contrario, toma por asalto la heladera, sintiéndose a posteriori

mal consigo misma a causa de dicha conducta. “Yo antes no era así”, dice, y plantea que no está pudiendo manejar tanta preocupación. “Soy como un burro de carga, que siempre ha llevado el peso de la familia”, refiere, y deja entrever que su marido Vicente es bastante cómodo y que no encuentra en él apoyo en relación a los problemas. El clínico le sugirió consultar a un profesional de la salud mental y Azucena solicitó un turno.

En la consulta con el terapeuta, la paciente amplía su relato. El profesional identifica en éste elementos que lo llevan a pensar en términos de ansiedad y le pregunta cuáles de sus preocupaciones cree ella que pueden ser resueltas por ella misma.

Dos planos posibles, no excluyentes, se abren al análisis. Por un lado, a nivel cognitivo o de circuito intrapsíquico, tenemos el control percibido por la paciente. Ella experimenta una profunda preocupación por situaciones cuya solución están fuera de su alcance: el comportamiento de su hijo mayor frente al estudio, las relaciones interpersonales de su hija menor, la falta de proyecto de su hijo Ernesto, el escaso compromiso de su marido respecto de los problemas que ella identifica.

Por el otro, en términos interaccionales, el terapeuta identifica ciertos comportamientos que agravan el problema de la paciente: planteos formulados a Víctor sobre los tiempos de estudio que devienen en discusiones; preguntas a Florencia sobre sus salidas y amistades, quien rehúye y en ocasiones miente sobre ambos temas; consejos a Ernesto que éste no solicita ni considera. Ante la falta de respuestas, y lo que ella define como “indiferencia” por parte de su marido, incrementa la preocupación, reduce sus intentos de comunicarle a éste lo que le ocurre y dedica cada vez más tiempo a *pensar* –en ocasiones en desmedro del tiempo de sueño, que con frecuencia le cuesta conciliar–. Además de ello, y de la mano de sus preocupaciones, ha disminuido su rendimiento en el trabajo, cometiendo “errores de distracción” que le han valido algunos llamados de atención por la disonancia con su buen rendimiento habitual.

Algunas consideraciones sobre la evaluación sistémica

De manera congruente con la alternativa "a" del apartado anterior, asumimos a continuación que el terapeuta, a partir de su formación sistémica, opta por citar a la familia a una primera entrevista, a fin de contar con una evaluación más amplia del campo que le permitirá identificar sobre qué parte o partes del sistema podrá operar y cómo. Ese "mapa" tentativo de las relaciones actuales –con elementos históricos que pueden remontarse a generaciones anteriores–, le permite por un lado encontrar cambios posibles que generen alivio sintomático, pero también, por el otro, brindan un telón de fondo, con sus reglas particulares, sobre el que los problemas pueden ser susceptibles de construir y abordar, y las intervenciones terapéuticas, tendrán sentido. En caso de adoptar una de las otras alternativas (la medicación, o bien las intervenciones específicas sobre el individuo) podría alcanzarse ese alivio sintomático, pero sería mucho más difícil –y hasta imposible– modificar los circuitos mantenedores de los problemas de mayor alcance asociados con el padecimiento. Como decíamos, los tres abordajes posibles resultan válidos en función de la mirada del clínico, pero también de la disponibilidad o no de la familia y de la motivación por el cambio del o los consultantes.

La primera intervención del terapeuta sistémico que cuente con algunos o todos los miembros de la familia en la primera entrevista será, entonces configurar ese mapa que contenga los elementos y relaciones sobre los que podría intervenir. Así, ampliará los datos de la preentrevista, en el caso en que haya podido interactuar mínimamente, por ej. de manera telefónica, con el consultante. Sobre esos datos, confeccionará un genograma con toda información relevante, en especial de los aspectos relacionales. Esto involucra desde detalles del ambiente físico (la vivienda, eventualmente espacios de trabajo compartidos) hasta información acerca de la salud, fallecimientos y sus causas, actividades extralaborales, tiempos compartidos, etc. Adquiere particular relevancia cualquier elemento relatado y actuado durante la entrevista que nos aporte información sobre la naturaleza de las relaciones entre los distintos miembros, lo que será graficado de diferentes maneras posibles

en el genograma,[37] indicando relaciones estrechas, interrumpidas, intermitentes, así como alianzas, coaliciones, etc.

Podemos construir de esta manera una imagen inicial, unidimensional, básicamente a partir de la narrativa de la o las personas que concurren al primer encuentro, y de lo que observamos en las primeras interacciones que van delineando el circuito interpersonal. Esa "foto" inicial irá cambiando y enriqueciéndose en el transcurso de la primera entrevista, y mientras tienen lugar los siguientes encuentros el profesional irá corroborando la coherencia entre el relato, las interacciones y aquellas primeras observaciones, que se irán modificando a lo largo de la evaluación.

Por otra parte, y de manera simultánea, tiene lugar la indagación individual de los integrantes de la familia, y especialmente del paciente identificado. A partir de la narrativa de cada individuo el terapeuta construye hipótesis acerca del circuito intrapsíquico, acercándose a comprender la forma en que el primero lee y ordena la realidad, e irá corroborando esas hipótesis en el diálogo con el paciente. A partir de ello, y de las observaciones de las interacciones, construirá también y someterá a consenso las improntas relacionales que le ayudarán a entender el pensamiento y la interacción presentes a partir de experiencias pasadas que puedan eventualmente ayudar en la comprensión de los circuitos intrapsíquico e interaccional en el aquí y ahora. Estas improntas, integradas con los circuitos, más los correspondientes circuitos en el terapeuta, se integran, como dijimos en la introducción, en el denominado *circuito del sistema terapéutico*. El orden en que se activan los distintos elementos de este sistema resulta arbitrario y adquiere sentido para el terapeuta en el contexto de una familia y un paciente/consultante particular.

A continuación, articularemos los datos de la paciente identificada y su familia presentados previamente, en términos de ese sistema y de los circuitos insertos en él, recordando siempre que, tanto la delimitación del sistema como de los circuitos, así como el orden en que los mismos se activan y arrojan como resultado los síntomas, resultan una construcción arbitraria por parte del terapeuta en la búsqueda de consenso con los consultantes.

37 Por razones de espacio no desarrollaremos esta herramienta básica de la intervención sistémica. Remitimos al lector a: Mc Goldrick, M.; Gerson R. (1987). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.

Crianza, socialización e improntas relacionales

A partir del relato inicial de Azucena, el terapeuta infiere, a nivel de su propio circuito intrapsíquico, que habiendo ella asumido un rol en la crianza de sus hermanos, se socializó pensando en su propio futuro, pero también, y quizás en mayor medida, en el de ellos. Hija mayor, responsable de sus hermanos desde la adolescencia, contribuyó en la crianza, estudió y trabajó dentro y fuera de su casa desde los 18 años; luego se casó y siguió criando, desde ese momento, a sus propios hijos. En ese sentido, su historia fue diferente de la de su marido, quien fue criado por su madre con ayuda de sus tres hermanas mayores, con un padre poco presente, abocado casi exclusivamente a su trabajo. Vicente comenta que se casó contra de la voluntad de sus padres y hermanas, quienes le decían abiertamente que era "inmaduro" para su edad, que "no sabía hacer nada".

A partir de las narrativas de Azucena y Vicente, el terapeuta hipotetiza *improntas relacionales posibilitadoras* en ella que la llevaron a funcionar actualmente como *autora e intérprete* de su propia historia, mientras que su esposo se limitó a interpretar un guion escrito por otros: por su familia, su madre y sus hermanas. Esto se repite en el ámbito de su trabajo, donde se desempeña como viajante para la empresa de su cuñado, a quien conoció siendo niño, pues era vecino de la familia antes de convertirse en el novio de su hermana mayor. Estas hipótesis adquieren sentido en relación al escaso compromiso afectivo de Vicente para con la situación de su esposa –incluidas sus preocupaciones y síntomas–, y las dificultades que ella ve en los hijos de ambos.

Ahora bien: ¿qué sentido tiene para el terapeuta esta distinción, que involucra acontecimientos ocurridos tanto tiempo atrás, y aspectos de la propia crianza de unos padres de hijos ya grandes, en proceso de emancipación? Estos elementos de la historia adquieren toda su relevancia en términos de los circuitos interpersonal y narrativo *presentes*. El terapeuta hace foco en la narrativa utilizada por la paciente, especialmente cuando ésta le expresa su malestar a su marido. Éste no responde a las expectativas de contención, empatía, etc. de ella, lo cual resulta en una frustrante experiencia de "soledad" ante su propio padecimiento. Al sentirse así, se incrementa la percepción del malestar físico,

que a su vez lleva a un aumento en la ansiedad experimentada (ya no sólo por los temas mencionados sino por el malestar físico en sí), incrementando su insatisfacción con la relación conyugal y, consecuentemente, el nivel de reclamo hacia su marido. Se configura de esta manera un mecanismo de retroalimentación positiva a nivel del circuito mantenedor del síntoma.[38]

El principal motivo de las preocupaciones de la paciente y de sus reclamos insatisfechos hacia su esposo, es claramente la situación del hijo mayor de ambos, Víctor. Del relato se desprende que durante la crianza de éste, Azucena se ocupó denodadamente de evitarle las dificultades que ella misma había experimentado, especialmente aquellas derivadas del esfuerzo que debió hacer para apoyar a su madre y a sus hermanos en el sostenimiento económico de la familia. Cuando el terapeuta indaga a Vicente acerca de su opinión respecto de las preocupaciones de su esposa por Víctor, recibe respuestas similares a las manifestadas por él hacia su esposa. En términos de su propio circuito intrapsíquico, el terapeuta asocia estas respuestas con uno de los mecanismos de formación de problemas que hemos mencionado oportunamente: la *terrible simplificación*. Cuando formula a Víctor la misma pregunta, él sonríe y manifiesta "mamá se preocupa demasiado por todo; es verdad que vengo lento en la carrera, ya voy a rendir"; esa respuesta lleva al terapeuta a hipotetizar que Víctor repite de alguna manera la experiencia de su padre Vicente: su madre se sobreinvolucra con él de manera similar al modo en que lo hicieron con su padre las hermanas mayores de éste. Al pensar de este modo, a nivel de su propio circuito intrapsíquico, el terapeuta

38 Como hemos visto en apartados anteriores, este tipo de retroalimentación (positiva), derivado de la ciencia cibernética, resulta de utilidad para comprender, en términos interaccionales e intrapsíquicos, lo que en términos sintomatológicos aparece al clínico como "ansiedad". Es importante destacar que la retroalimentación positiva conduce al sistema a un cambio, pero ello no implica necesariamente un cambio de estructura familiar, ni la resolución del problema por el que se consulta. Los mecanismos de retroalimentación positiva pueden actuar como señal para que, en un nivel de abstracción superior, el sistema alcance un equilibrio a través de un mecanismo de retroalimentación negativa, limitando, y en ocasiones hasta anulando las posibilidades de cambio. Los reclamos de la paciente a su esposo pueden llevar a una acción de éste para "que se distraiga", por ejemplo, emprendiendo un viaje; las crisis de pánico de otro paciente pueden llevar a alguien de su entorno a "ocuparse" más del mismo. En ambos casos, a la larga, uno y otro tipo de crisis se repetirán mientras no se modifiquen los circuitos mantenedores.

echa mano al concepto de *isomorfismo*, que consiste básicamente en identificar elementos y relaciones comunes en dos sistemas diferentes, que en este caso pertenecen además a dos generaciones distintas. En línea con el razonamiento de unos párrafos más arriba, la historia, en esta construcción, ayuda a comprender el funcionamiento actual de la familia, y el sentido presente que la sintomatología adquiere al repetirse las mismas pautas relacionales.

El terapeuta continúa construyendo su propio circuito intrapsíquico con Víctor, hijo mayor sobreprotegido por el entorno familiar, con un padre poco o nada participativo en la crianza, y un sólido bloque integrado por su madre, su abuela paterna, y las tres tías paternas solteras, que viven en el mismo terreno, en una casa que ocupa el frente del mismo. Estas mujeres fueron siempre muy activas en la crianza y la socialización de Víctor y sus hermanos, debido a que Azucena siempre trabajó, aportando el ingreso fijo de la familia. Las tías paternas (Antonia, de 67, casada con Roberto, de 69 y sin hijos; Beatriz, de 65 y Carmen, de 63, y la madre de éstas, María, de 89), siempre se anticipaban a resolver los posibles problemas que Víctor pudiese tener, tal como lo hicieron antes con su hermano Vicente.

Las hijas de Vicente y Azucena, Eugenia de 23 y Florencia de 20, crecieron sin la presión de que fuera objeto Víctor, y en el marco de una crianza y una socialización funcional pasaron su niñez y su adolescencia resolviendo sus propios problemas, muchas veces ayudándose entre sí y en otras diferenciándose Florencia de su hermana Eugenia. Juntas emprendieron el camino hacia una emancipación, pero hace poco tiempo lo hacen de diferente manera, ya que Eugenia dedica su tiempo a su pareja y a su trabajo. Florencia, que siempre fue afectivamente muy unida a su hermana –por la que siente cierta admiración y se exige ser como ella–, ha comenzado a actuar de manera diferente desde que rompió con su novio. Se ha integrado más, como decíamos, a sus amigas, que ni estudian ni trabajan y piensan diferente acerca de la vida, dándole más relevancia a lo social. Florencia ha expresado recientemente que no desea recibirse para trabajar desde tan joven como lo hizo su mamá y lo está haciendo su hermana.

Ernesto, por su parte, aparece en el relato de sus padres como un adolescente “libre”, tan libre que a veces admite a su madre sentirse “perdido”. Entiende

su "libertad" el sentido de no asumir compromisos ni responsabilidades. En la entrevista refiere que no quiere ser como su hermano mayor, al que ve sufrir porque "hace cosas" (estudia), pero no logra sus objetivos. Argumenta, además, que Víctor no sale con amigos ni tiene novia. Ernesto plantea que no quiere ser como él, pero tampoco como sus hermanas, que desde su perspectiva hicieron una buena primaria y una cómoda secundaria –aunque por su edad no recuerda mucho de esa época–, pero que en la universidad fueron disciplinadas y aplicadas, y van haciendo sus cosas en tiempo y forma, salvo ahora Florencia, a partir de las dudas que ha planteado acerca del estudio y el trabajo. Ernesto obtiene lo que quiere por parte de su papá o de su mamá, pero esencialmente sus tías lo "bancan en sus vicios" y le prestan el auto, aun siendo menor de edad.

Después de este panorama y algunas de las hipótesis que el terapeuta se ha planteado a nivel de su propio circuito intrapsíquico, veremos la forma en que se presenta la ansiedad en algunos de los integrantes de la familia, considerando el proceso de evaluación que el terapeuta está realizando, y la posibilidad de que esos síntomas tengan relación con problemas susceptibles de ser construidos conjuntamente como un motivo de consulta entre consultantes y terapeuta.

Azucena

Iniciaremos por ella pues es a la vez *paciente identificada* –es decir quien porta algunos síntomas– y *consultante*, en la medida en que se encuentra motivada para el cambio a través de un proceso psicoterapéutico.

Los problemas de Azucena tienen que ver en buena medida con la primera pauta que desarrollamos al hablar de la ansiedad y que denominamos *de anticipación.* Vemos así que en su circuito intrapsíquico, la paciente anticipa sistemáticamente escenarios futuros con claras connotaciones negativas. Sus preocupaciones se refieren siempre a lo que le pueda ocurrir a otras personas, y en particular a ciertos acontecimientos. Podemos hablar también de la pauta 3 (*Miedo*), en la medida en que la paciente teme ciertos resultados en particular: que Víctor no se presente a rendir una vez más, que Eugenia persista en

su relación con un novio simpático, pero con pocas aspiraciones, y eventualmente se quede embarazada de él, que Florencia "no siente cabeza" y abandone su carrera, y que Ernesto tome "malos ejemplos" de ella justo cuando debería pensar en su futuro, en estudiar.

Con algunos de estos temas, el terapeuta identifica cierto tipo de pensamiento reiterativo, recurrente, que podría calificarse como "obsesivo" (pauta 2). En particular, Azucena confiesa que a veces piensa que la pareja de Eugenia y Esteban es un reflejo de su propio matrimonio. Obviamente, no ha comentado esto a su esposo ni a Eugenia, y hasta se avergüenza de admitirlo (en una entrevista individual, en soledad) ante el terapeuta.

A nivel del circuito interpersonal, Azucena confronta a Florencia y le plantea una y otra vez que debe terminar su carrera, que estudie más y salga menos, invocando como ejemplo a su hermana mayor. Ante estos pedidos, su hija simplemente se va con sus amigas; "me deja hablando sola", refiere la paciente. Volviendo al circuito intrapsíquico, ésta define ese comportamiento como una prueba irrefutable de que sus preocupaciones son fundadas, con lo cual se preocupa más, y se incrementan sus síntomas: está más distraída en el trabajo, le cuesta conciliar el sueño, pasa por periodos de inapetencia, siente malestar en el estómago, etc. Un circuito isomórfico tiene lugar en otras situaciones y con otros miembros de la familia. Cuando la paciente plantea algunas de sus preocupaciones y malestar a su marido, éste la escucha, a veces "pone cara de otra vez lo mismo" y sigue con sus cosas; ante estas respuestas, Azucena tiende a apartarse y deja de hablar con él. Con Ernesto le ocurre que cuando ella quiere conversar acerca del estudio o el futuro, su hijo se corre un poco uno de los auriculares que le regalaron sus tías, y apenas identifica el tema de conversación se lo vuelve a ajustar y sube el volumen de su música. Si ella insiste con su prédica, nota que Ernesto pasa en los días siguientes más tiempo en la casa de sus tías. "Se ve que lo canso con este tema", comenta al terapeuta.

En síntesis, *el circuito mantenedor del problema podría construirse como sigue: Azucena intenta persuadir a sus hijos acerca de qué deberían hacer o dejar de hacer; ante la falta de respuesta esperada, ella hace más de lo mismo, incrementando la frecuencia e intensidad de sus planteos, llegando a enojarse y a discutir airadamente con Florencia y a aislarse de su marido y su hijo menor.*

Ante este panorama, mientras el terapeuta conduce su evaluación clínica, a nivel de su propio circuito intrapsíquico empieza a pensar que el cambio necesario en el sistema deberá pasar porque ella *deje de ocuparse, deje de hacer por los demás* (intento de solución fallido), para que los demás emprendan de manera responsable las acciones necesarias en términos del lugar que ocupan en el sistema y del momento del ciclo vital. Como decíamos en el apartado de evaluación, los terapeutas sistémicos entienden a la evaluación y la intervención como partes de un mismo proceso *continuo y simultáneo*.

Antes de pasar a los siguientes miembros de la familia, haremos un comentario acerca del papel de Azucena y su sintomatología ansiosa en el contexto más amplio de su familia y en la interacción con el circuito que hemos denominado *del sistema terapéutico*, que como decíamos en el apartado correspondiente de la Introducción, integra a los circuitos anteriores (intrapsíquicos e interpersonales) de los consultantes y el terapeuta.

Claramente la paciente presenta más síntomas y quejas acerca de los demás que el resto de su familia, siendo su malestar más intenso, severo y complejo por comparación con lo que le ocurre a su esposo e hijos. Este dato, desde una perspectiva lineal y positivista, llevaría al clínico a establecer juicios negativos en términos de salud mental y a implementar intervenciones individuales dirigidas a aliviar esos síntomas. Pensar de este modo implica el riesgo de que la persona es confirmada en un rótulo de enfermedad, trastorno, disfunción que, en la medida en que no modifique los circuitos que mantienen el problema, contribuirá a perpetuar la sintomatología, confirmando a su vez el rótulo psiquiátrico y manteniendo o incrementando la brecha con el resto de la familia.

El terapeuta sistémico considerará que la ausencia de queja en otros miembros no implica que esas personas no tengan problemas ni experimenten malestar. Como decíamos al hablar de Vicente, los varones –especialmente los de su generación o mayores– tendrán probablemente menor disposición a establecer relaciones entre su propio comportamiento, sus problemas, y eventualmente su sintomatología, así como a manifestarla y, eventualmente, solicitar asistencia por parte de un terapeuta. Podemos decir lo mismo, en menor grado por su edad y generación, de Víctor y Ernesto.

El hecho de padecer una persona una situación determinada no implica que la resolución de la misma esté a su alcance, ni que esté en juego su responsabilidad sobre un resultado. Esto se aplica especialmente cuando, como en el caso de Azucena, esa situación es sostenida en parte por otros y el cambio no depende de los propios recursos de quien consulta.

Los problemas de padre e hijos resultan menos aparentes, pero no por ello son menos severos que los de Azucena. Por otra parte, a nivel del circuito interpersonal, ellos esperan que esos problemas que identifican sin quejarse (o quejándose en voz baja, atribuyendo la responsabilidad a otras personas) sean resueltos por Azucena, lo cual conduce a que, cuando se produce la *queja*, la misma sea expresada en términos externalizadores, asumiendo muy poco o nada una responsabilidad personal e interaccional sobre los problemas.

En síntesis: un terapeuta sistémico que ha tomado inicialmente la decisión de convocar a la familia se enfrentará al dilema de hasta dónde intervenir, y a qué clase de objetivos terapéuticos aportar en la co-construcción. Si limita el abordaje a la sintomatología ansiosa a través de intervenciones psicosociales y/o medicación indicada por un médico, no modificará aspectos funcionales y estructurales de la familia, con lo cual los problemas que motivan la pauta de anticipación ansiosa y las demás (obsesiones, miedos, etc.) persistirán, activándolas eventualmente en momentos críticos. Resultará previsible que, ante acontecimientos externos inesperados, o ante la siguiente crisis del ciclo vital, un agravamiento de los síntomas. Ante ese panorama, intervenir únicamente sobre Azucena sería análogo a brindar un analgésico, o a lo sumo un antiinflamatorio, a una persona con cierto trastorno del aparato osteomuscular que requeriría, por ejemplo, reeducación postural, cierta intervención quirúrgica, y/o tratamiento a través de maniobras dirigido a modificar aspectos estructurales del sistema involucrado. Visto desde esta perspectiva, *el dilema es ético.* El terapeuta puede no contar con el apoyo necesario para la clase de intervenciones que considera adecuadas, pero *no debería dejar de plantearlo*. Podría abordar sólo individualmente a la paciente, si no hay disposición a trabajar por parte del resto de la familia, pero debería plantear la dirección y la naturaleza de los cambios necesarios, así como las consecuencias posibles de no emprenderlos.

Vicente

Según comenta en la entrevista familiar, el esposo de Azucena ha presentado en distintos momentos de su vida manifestaciones somáticas que no han ameritado desde su punto de vista una consulta de salud mental; pero sí, eventualmente y de acuerdo a la intensidad, a un médico clínico o un gastroenterólogo. De hecho, en algún momento ha consultado, y ha recibido un diagnóstico no muy concluyente de "dispepsia". Extrañamente, el malestar digestivo no se presenta cuando está "de gira" visitando a sus clientes en otras provincias, aun cuando sus comidas suelen ser en restaurantes, y en general más "pesadas". En la casa, aun con comida de mejor calidad y preparación más saludable, los síntomas presentan intensidad variable; ante el interés del terapeuta por los mismos, Vicente no puede asociarlos con "nada en particular".

Su trabajo, según Vicente, no es fuente de mayores dificultades. Le gusta hacerlo y la pasa bien viajando; refiere que en todo caso las quejas podrían venir eventualmente de su empleador, que a la vez es su cuñado, que en ocasiones le señala objetivos comerciales no alcanzados, aunque siempre de buena manera.

Probablemente Vicente no consultaría a un terapeuta por estos problemas, y de hecho su participación en la sesión familiar tiene sentido en la medida en que el encuentro fue propuesto por el terapeuta como un modo de ayudar a su esposa. La impresión del profesional después de escucharlo es que Vicente no vincula su malestar físico con el estrés; no aparece una vivencia subjetiva de ansiedad, pero sí probablemente una pauta de evitación que, desde su experiencia con otros pacientes suele asociarse a *problemas psicosomáticos*. Como decíamos en la Introducción, al plantear el pasaje de problemas a trastornos, una vez colapsado cierto "dique" –en este caso ante el fracaso de la evitación como intento de solución– el problema pasa a un plano somático. El *abordaje del mismo desde un punto de vista de la medicina general, mantiene el problema en el manejo del estrés y no modifica en absoluto el funcionamiento sintomático de la ansiedad.*

¿Qué interés presenta esta eventual pauta de evitación en Vicente, considerando que sus problemas no forman parte del motivo de consulta? A nivel de

hipótesis, el terapeuta relaciona esta evitación de los propios problemas con lo antes señalado acerca de las quejas de su esposa. Con esta información, el terapeuta refuerza, a nivel de su propio circuito intrapsíquico, el circuito interpersonal o mantenedor del síntoma que ha construido en su comprensión de esa la familia y sus problemas.

Víctor

En cuanto al hijo mayor, el terapeuta construye también una pauta de evitación a partir del escaso rendimiento académico que refiere Azucena como una de sus grandes preocupaciones. Víctor refiere que estudia mucho –dato que como dijimos fue avalado por sus compañeros–. Esta analogía entre el funcionamiento de Víctor con su padre[39] adquiere sentido, en el circuito intrapsíquico del terapeuta, en la medida en que implica un funcionamiento similar en la paciente identificada: mientras menos se involucran Víctor y Vicente, más se involucra Azucena. A su vez, y con las particularidades y tareas propias de su momento vital, Ernesto hace algo parecido, resultando su desinterés complementario respecto de la preocupación e involucración de su madre. Una vez más: mientras más hace ella, menos hace él.

Aparte de este funcionamiento complementario en términos comunicacionales, el terapeuta advierte la existencia de una pauta interaccional simétrica entre Azucena y sus cuñadas, caracterizada por una competencia solapada por *quién hace más* por Víctor. En otro momento, el destinatario de los cuidados y atenciones de ellas fue su hermano Vicente, y Ernesto, el hijo menor, también está recibiendo algo de esa sobreprotección y sobreinvolucración.

Además del interés que presentan estas interacciones para el circuito mantenedor, Víctor agrega información que podría ameritar cierta intervención terapéutica. En una entrevista individual posterior, ofrecida por el terapeuta y aceptada por el joven, éste refiere que en la última mesa de examen recibió una notificación de la facultad de que le quedaban sólo dos llamados para

39 Aludimos una vez más al concepto de isomorfismo en la interacción.

aprobar una asignatura y regularizar su situación como alumno. De no hacerlo, perdería su condición y debería rendir un examen global de readmisión. Después de esa noticia empezó a experimentar episodios agudos de intensa y creciente angustia, con palpitaciones, dificultades para respirar, además de inquietud y necesidad urgente de salir del lugar en que se encontraba. En algunos de esos episodios, y con posterioridad a ellos, sintió preocupación por su salud. Una consulta a una aplicación de inteligencia artificial le hizo pensar en "ataques de pánico", y a partir de ello, comenta, aceptó el ofrecimiento del terapeuta para una sesión individual. Nadie de su familia sabe lo que le viene ocurriendo, más allá de verlo "disperso" o "preocupado". Lo único que le ha servido, en algunas ocasiones, ha sido salir, juntarse con gente e intentar distraerse; cuando está solo, por ejemplo al acostarse, sus preocupaciones aumentan, precediendo en ocasiones algo de la sintomatología manifestada. Esta información suma a la hipótesis de la pauta evitativa que el terapeuta viene construyendo a nivel de su propio circuito intrapsíquico.

Eugenia

"Estoy poco en casa, pero sí, la veo preocupada a mi mamá", manifiesta. Expresa que con frecuencia choca con sus hermanos, y que respecto de las preocupaciones de su madre "yo creo que no le doy motivos; es como si viviera sola, casi no estoy en casa. Soy independiente en lo económico. Alguna vez mamá hizo referencia a Esteban… que es una pena que haya dejado los estudios, eso nomás". Al preguntarle el terapeuta acerca de qué hace o qué puede hacer para ayudar a su madre, expresa "Yo he contribuido al hacer lo que me toca, creo que no soy un problema para ella, pero no puedo evitar que piense cosas. La escucho, pero no mucho porque a veces me genera impotencia. Antes le decía qué hacer con mis hermanos, pero ya no lo hago más."

Florencia

Entre risas, Florencia comenta sobre los dichos de su hermana: "Y sí, le estoy dando motivos para preocuparse… me gusta salir, aprovechar la vida. Pero ¿qué querés? ¿Qué sea como vos, que con 23 años estás llevando la vida de una señora de 40?" Expresa abiertamente que su madre se preocupa demasiado, y que "todo el tiempo me dice qué tengo que hacer". Esos comentarios dan pie a discusiones, una de las cuales el terapeuta tiene oportunidad de observar en la misma sesión:

> Azucena: Es que está muy desordenada en sus cosas. Una lo dice para ayudar.
>
> Florencia: Bueno, a mi edad me parece que puedo disfrutar cosas todavía. Me dice de la facultad… que tengo que terminar y trabajar, pero…
>
> Azucena: Claro, de esa manera va a poder ser libre, tener su plata, salir si quiere…
>
> Eugenia (a Florencia): Sí, hacés lo que querés, la libertad y eso, y está bien que ella te vuelve loca diciendo cosas, pero para salir le pedís la plata a la mamá. Tus amigas porque también las bancan, y están en otra situación…
>
> Azucena: Una se preocupa, ella no entiende porque es chica… cuando tenga hijos…

Durante la interacción, Vicente se mira las uñas y Ernesto, al elevarse el tono, se coloca los auriculares y sigue mirando su teléfono.

Ernesto

Joven, simpático, agradable y despreocupado, Ernesto acude a la entrevista familiar pero no deja ni por un instante de mirar su celular. Cuando el terapeuta le pregunta a modo de chiste si está muy ocupado, refiere que tiene "muchos amigos" y que está conectado de manera permanente con ellos a través de varias redes sociales. A su turno, expresa que ve "nerviosa" a veces

a su mamá. Que se preocupa demasiado por él y sus hermanos, aunque "yo estoy bien, no tengo ningún problema". Azucena comenta que "es consentido por sus tías y su abuela". El joven se ríe y muestra los auriculares que ellas le regalaron esa misma tarde. La madre aclara que son los segundos que ellas le compraron. "Son carísimos. Los que tenía antes los perdió, y cuando ellas se enteraron le fueron a comprar éstos".

Principales intervenciones sistémicas

Como dijimos más arriba, evaluación e intervención son procesos simultáneos. El terapeuta ha ido formulando una serie de preguntas y observando las interacciones que surgen a partir de esos estímulos durante ese primer encuentro familiar. En un momento de la segunda mitad de esa sesión, plantea una síntesis de lo que hasta entonces ha escuchado y observado, remarcando que se trata sólo de una hipótesis, y que "todos deberían corregirme si me equivoco". Intenta de esta manera dar comienzo a la construcción de una serie problemas para los diferentes miembros, relacionados en términos interaccionales de manera de involucrar a toda la familia y no sólo a la paciente identificada. Si bien, como decíamos, el diálogo dirigido a la búsqueda de mayor y más precisa información implica intervenciones, podemos definir a esta síntesis que formula el terapeuta como la primera de una serie de intervenciones sistémicas principales para este proceso terapéutico. A partir de ella tendrán sentido las demás maniobras que llevarán adelante el proceso; por ello la transcribiremos con mayor detalle y de manera textual.

A los fines de la exposición hemos omitido los comentarios de los distintos miembros, así como los mensajes no verbales de acuerdo, desacuerdo manifiesto, desacuerdo solapado, etc. que tuvieron lugar simultáneamente con lo que expresa el terapeuta. Éste ha ido leyendo esos mensajes, considerándolos para la construcción, y para el énfasis que pone en diferentes elementos de la misma. En el texto que sigue resultaría también imposible describir la conducta no verbal del terapeuta en general, y en particular las inflexiones de la voz, el fraseo, la intensidad, el tono –en síntesis, el mayor énfasis que el pro-

fesional pretende dar a ciertos elementos de su narrativa–. En conocimiento de las limitaciones que presenta un texto escrito (sin un video en que se registró el encuentro, por ejemplo), nos limitaremos a marcar con letra *cursiva* aquellas partes en que pretendió dar ese énfasis.

> Les agradezco que hayan aceptado esta invitación, porque así me ayudan a ayudarla a Azucena, ya que ustedes son mucho más importantes para ella, como esposo e hijos, que yo, que soy un desconocido. Yo les voy a decir lo que he entendido hasta ahora; si está bien lo usamos, si no, me corrigen por favor.
>
> A lo mejor les resulta extraño que a Azucena le hayan recomendado ver a un profesional de la salud mental, y más a uno que los citó a todos juntos. A mí me ha servido de mucho escucharlos y verlos hablar entre ustedes, porque me da una idea, una pequeña muestra de cómo son las cosas en la casa, entre ustedes. Yo pienso que Ud., Azucena, es una mujer que, por lo que dijo, siendo muy joven, ayudó a su mamá en las tareas del hogar y en la crianza de sus hermanos. Empezó a trabajar, además, después se casó y siguió haciendo lo mismo. Se mudó a la casa de Vicente… fue a "jugar de visitante", podríamos decir. Vicente jugaba de local y tenía hinchada propia. Sus cuñadas, que viven ahí nomás, a metros, como me contó, le daban a él todo el cariño y muchos gustos. Mientras usted, Vicente, salía a trabajar y tenía que estar afuera varios días, su esposa se dedicaba a criar a los chicos, además de sostener su trabajo. Esas preocupaciones que Ud. tiene ahora, Azucena, de las que todos han hablado, tienen que ver con ese aprendizaje de tantos años, de estar alerta, identificar un problema, actuar y alcanzar los objetivos de la buena crianza que pudo lograr.
>
> Usted sigue haciendo lo mismo hoy; lo que pasa es que los niños dejaron de ser niños. Antes bastaba con pedir algo para que se hiciera; hoy usted necesita el acuerdo de ellos, y hay temas en los que ellos tienen una opinión diferente, y por lo tanto sus acciones son distintas.
>
> Vamos ahora a lo que le pasa, a cómo se siente con todo esto. Cuando se preocupa, usted está viviendo como si eso que usted teme ya estuviera pasando. Que su hija no termine la facultad, por ejemplo. Su sistema nervioso, su cerebro, como el de todos, detecta que hay algo mal, un peligro, y la prepara para enfrentar esa situación. El tema es que, si esto es frecuente, *ese estado de alarma, de alerta, pasa a ser permanente*. Eso que usted teme, que *puede* suceder, la activa, la pone nerviosa, le genera molestias corporales *como si ya estuviese ocurriendo*.

Esos síntomas tan molestos son parte de la reacción normal del organismo frente a un peligro real. Si a cualquiera de nosotros se nos acerca un perro de cierto porte ladrando, enojado, mostrando sus colmillos, nuestro sistema nervioso reacciona. La respiración se hace más rápida, sentimos palpitaciones, por ejemplo, y eso sirve para prepararnos para huir, o para pegarle una patada si no podemos huir. Como esto, muchas cosas que nos pasan son parte de la respuesta normal de nuestro organismo. Ahora bien: si esto pasa con sólo imaginar a un perro, que a lo mejor está en la otra cuadra y es posible que nos ladre, ya tenemos un problema. Y ni hablar si esto pasa seguido, o durante un tiempo prolongado.

Ustedes sabían, supongo, que ella tuvo una consulta médica, y que los estudios que el clínico le pidió salieron bien, afortunadamente; de ahí justamente vino la derivación para venir aquí. Las preocupaciones y temores suyos no pasan por un perro, pero los meses en que hay mesas de examen, por ejemplo, a usted le preocupa que Víctor no se presente, como ha pasado otras veces. ¿Cómo se siente usted a medida que se acerca la mesa? Y sí, su preocupación, sus nervios aumentan.

Ahora bien: usted piensa mucho, *hace mucho* (cuando habla, discute y hasta pelea con sus hijos por los distintos temas que le preocupan), pero *consigue poco*. Florencia, por ejemplo, le discute. No está de acuerdo con su preocupación, está en una etapa en la que quiere salir, disfrutar de su juventud y su libertad…

Vuelvo ahora al tema de sus hijos. Usted, como buena madre, se sigue preocupando por ellos. Usted sigue haciendo, pero, a diferencia de lo que ocurría cuando sus hijos eran chicos y obedientes, obtiene poco… o casi nada. Porque lo que es necesario ahora son acciones que tienen que emprender *ellos*. Por ejemplo, que Víctor se presente a rendir y avance, que Florencia salga, pero no descuide su carrera, que Ernesto *se ocupe* de lo que va a hacer de su vida. O por lo menos piense, y acepte hablar de ello con usted. Como le decía, los chicos ya no son chicos y hay cosas que usted sólo puede sugerir, proponer. Necesita el acuerdo de parte de ellos.

Y… sus cuñadas…, imagino todo el apoyo que le deben haber brindado, con esto de vivir ahí nomás, y tan colaboradoras que deben ser. Pero pienso –usted me corrige si no–, que no dejan de ser una competencia en cierto sentido, o como mínimo agregarle alguna dificultad en esto que usted como madre identifica como lo mejor para sus hijos grandes. Los auriculares de Ernesto, por ejemplo… imagino la ventaja

> que es para él poder reponerlos tan rápido y sin esfuerzo, pero por la cara que puso usted cuando lo contaba, me parece que le pareció medio apresurado que ellas se los regalaran hoy. Quizás hubiese estado bueno que él los tenga que buscar, a ver si los encontraba, o pasar un tiempo sin ellos para aprender algo acerca del esfuerzo que cuesta comprar unos auriculares caros. Como esta situación, me imagino –si voy entendiendo bien– que debe haber varias otras cosas. A veces una gran ayuda en un tema, dada con la mejor intención, genera o mantiene un problema en otra área. Usted, que ha tenido que asumir responsabilidades sola y muy tempranamente, y lograr construir una familia en base a su propio esfuerzo, quizás quiere evitarle problemas; pero a lo mejor también piensa que su hijo está demasiado cómodo, y que por eso no se ocupa de resolver sus propios problemas.
>
> Y usted, Vicente, tiene una situación compleja… no digamos un problema. Me refiero a que en su casa, en ese terreno que comparten con la casa de su mamá y sus hermanas, usted, aparte de ser padre y esposo, es hijo y además también un *hermano agradecido*. Y encima trabaja con su cuñado, con todas las ventajas que tendrá, pero también con dificultades. En fin, me parece que eso lo podemos conversar en otro momento, quizás un día en que puedan venir solos usted y Azucena.

Después de esa propuesta, el terapeuta agradece la presencia de todos y explica que necesitaría un próximo encuentro con todos los asistentes, para "entender mejor" a la familia y contar con la colaboración de todos. El extracto anterior agrupa diversas ideas de manera secuencial y unificada. Al lector podrá parecerle demasiado extenso, y/o complejo; como decíamos, la transcripción omite comentarios y otro tipo de mensajes que devuelve la familia de manera simultánea. Debe considerarse, además, que algunas de las ideas propuestas tienen sentido sobre opiniones explícitas y mensajes no verbales formulados en momentos anteriores de la misma entrevista. La síntesis del terapeuta se monta, por lo tanto, sobre esos mensajes, adquiriendo mayor sentido para los participantes.

Por otra parte, el mismo contenido transcripto más arriba podría haberse propuesto de muchas otras maneras: por ejemplo, separándolo en distintas verbalizaciones más breves, a lo largo de la primera o las primeras entrevistas. Un gran número de variables, entre ellas el estilo personal y la mayor o menor

experiencia del terapeuta, así como las oportunidades que se le van presentando durante la entrevista, determinarán que siga un camino u otro.

Además –y esto no es un punto menor en relación al enfoque estratégico–, el terapeuta elige en este caso un discurso relativamente extenso porque no sabe si tendrá otra oportunidad de contar con todos los miembros de la familia reunidos de manera simultánea. Subyace a esta idea una visión estructural de la familia, que estará presente a nivel del circuito intrapsíquico del terapeuta como base de toda intervención. Por otra parte, dentro de las múltiples evaluaciones simultáneas que conduce el terapeuta,[40] algunos indicadores de la motivación de cada miembro a un eventual tratamiento conjunto –o, como mínimo, a la participación en algunos momentos del tratamiento individual– le hacen pensar que uno o más (Ernesto, por ej., a partir de su conducta con el celular; Florencia, quizás, mostrando más sutilmente cierta reactancia interpersonal) no estarían dispuestos a colaborar.

En el discurso transcripto un terapeuta con cierta formación podrá identificar varias maniobras, sobre todo generales y de comienzo.[41] Por nuestra parte, destacaremos aquí de manera arbitraria algunas de ellas, considerando su importancia relativa para la estrategia terapéutica que se fue desarrollando en este caso en particular.

Así, con la mención del trabajo y la responsabilidad demostrados por Azucena, el terapeuta buscó *connotar positivamente* algo que probablemente, aunque esté presente en la historia familiar, el resto de la familia no suele reconocer de manera abierta: el esfuerzo continuado de la paciente, desde antes del inicio de la familia.

Todo el discurso del terapeuta es, de alguna manera, una *redefinición*, en la medida en que va siendo aceptado por el sistema familiar –no todos de igual modo y con el mismo grado de acuerdo, pero sí en términos generales–, se

40 Para mayor detalle, véase el cap. 12 del libro *En busca de resultados* (IV edición, tomo I,) y el libro *De crianzas y socializaciones.*

41 En los capítulos 13 y 14 de *En busca de resultados* (IV edición, tomo II) el lector podrá encontrar un compendio de las principales maniobras, así como diversas propuestas de clasificación de los principales autores que seguimos.

va transformando, de a poco y en la medida en que se observan señales de la aceptación en los distintos miembros, en el "relato oficial", o como mínimo, sumando algunos elementos clave al mismo. Posteriormente, en otros encuentros conjuntos, que reúnan a algunos de los miembros, o bien individuales, el terapeuta construirá otras redefiniciones específicas, que pueden ser pensadas como maniobras singulares, pero que adquieren sentido en el marco más amplio de ese modo de pensar común.

Podemos figurarnos este proceso echando mano a una nueva analogía: la construcción de una vivienda industrializada. Se construye previamente una plataforma de hormigón armado sobre la que se montarán las columnas, las paredes y otros elementos estructurales y funcionales. El recurso a esta analogía presenta para nosotros un valor agregado. En algunos sistemas constructivos de este tipo, desarrollados con paneles industrializados de última tecnología, resulta relativamente fácil realizar las reformas y ampliaciones que la familia vaya necesitando de acuerdo a los cambios en el ciclo vital. Por poner ejemplos sencillos: dividir un ambiente para agregar un nuevo dormitorio (cuando nace un nuevo hijo, o cuando van creciendo y necesitan más intimidad), o bien unificar dormitorios que ya no se utilizan para crear un salón de usos múltiples (cuando por ejemplo uno o más hijos dejan el hogar). Estas modificaciones son posibles también con los sistemas constructivos tradicionales (hormigón y ladrillos), pero implican mayor esfuerzo, tiempo y dificultades. Desde la perspectiva del trabajo del terapeuta, una redefinición básica (la "plataforma") debe ofrecer posibilidades posteriores, necesarias para el cambio, que igual que módulos, ambientes o habitaciones, necesite la familia agregar a lo largo del proceso terapéutico. Lógicamente, este proceso no depende sólo de la pericia del terapeuta para establecer esa plataforma o redefinición inicial. La mayor o menor flexibilidad en la estructura familiar (siguiendo la analogía: la estructura de la casa que fue construida originalmente) tornará más fáciles o arduos los trabajos de acomodar los ambientes a las necesidades del ciclo vital. Parte de la evaluación que realiza el terapeuta (como de manera análoga hace un arquitecto cuando lo consultan por una reforma) tendrá que ver con las posibilidades de cambio de esa estructura particular, de manera de proponer una reforma que resulte a los recursos disponibles, incluyendo el tiempo.

En la medida en que avanza la evaluación, el terapeuta formulará, siempre en términos provisionales, hipotéticos, una o más metas generales deseables para el o los consultantes. La meta, a la altura que hemos ilustrado del proceso, permanece en el ámbito del circuito intrapsíquico del terapeuta, y no debe confundirse con las metas mínimas que el terapeuta estratégico construye conjuntamente con los consultantes, es decir aquellos cambios significativos, aunque relativamente pequeños que marcarán el avance y la finalización del proceso terapéutico en la medida que resulten suficientes para quienes consultan. Cuando estas metas mínimas han sido bien formuladas y consensuadas, bastará que los consultantes las alcancen para sentir confianza en que podrán alcanzar logros superiores. La terapia, en esos casos termina, o eventualmente se acuerda algún encuentro de control o seguimiento, habitualmente alejado en tiempo (varias semanas o meses) con el objeto de corroborar si la familia ha seguido avanzando, más allá de las metas mínimas.

Volviendo a la meta inicial del terapeuta, podemos decir también que, como en el caso de la redefinición inicial, se la puede pensar como una *plataforma que dé lugar a esas otras metas (las metas mínimas co-construidas) que guiarán al proceso terapéutico*. En el caso que estamos desarrollando, esta meta inicial será la *responsabilidad personal* de cada uno de los miembros de la familia. En los hijos, será desarrollar un sentido de responsabilidad personal acorde a su edad, que haga posible el proceso de emancipación. En Azucena, ese sentido tendrá que ver con reconocer los límites de su propia influencia respecto de sus hijos (acorde también al momento del ciclo vital familiar y personal de ellos) no avanzando más allá de ellos, aun no viendo los resultados deseados. En Vicente, la responsabilidad, entendida como meta, tendrá que ver con lo que le toca hacer, en este momento del ciclo vital, en términos de apoyo a su esposa y, por otro lado, lo que le toca hacer como padre de sus hijos con relación a las problemáticas de cada uno y a su momento vital. Además de ello, y aunque escape al motivo de consulta –con un enfoque preventivo pero acorde a las características de Vicente–, éste deberá prepararse para asumir eventualmente un lugar de mayor responsabilidad en la empresa. Su cuñado Roberto, próximo a cumplir 70 años, ha expresado que se retirará en no mucho tiempo, dejando vacante una posición apetecida por Vicente que, en la hipótesis del terapeuta, éste no se encontraría en con-

diciones de asumir. Basa esta hipótesis, por un lado, en las improntas relacionales vinculadas a su crianza, donde puede pensarse un patrón de postergación de las acciones isomórfico al de Víctor, con las hermanas/tías jugando un papel central. Por el otro, en el relato de cierta ocasión en que, por una enfermedad, Roberto delegó el control del negocio en Vicente y los resultados no fueron los esperados.

En términos generales, y en relación con los distintos miembros de la familia, esta meta de la "responsabilidad" que formula el terapeuta proviene de una construcción personal realizada por éste, y no resulta generalizable a otras familias y personas donde aparecen síntomas de trastornos de ansiedad. No obstante, ello, uno podría generalizar hasta cierto punto la idea de que cuando existen pautas relacionadas con la ansiedad (anticipación, miedo, obsesiones, etc.), subyace habitualmente una noción disfuncional de responsabilidad sobre ciertos resultados. En este caso, se trata especialmente de la responsabilidad de Azucena en tanto madre de hijos que, debido a su edad y desarrollo, cuentan ya con la capacidad de actuar, equivocarse y aprender de sus propios errores. El terapeuta avanza en su hipótesis y en la plataforma que utilizará para las siguientes intervenciones en términos estructurales de la familia: piensa en subsistemas de género, con mujeres que tienden a funcionar de manera responsable y hasta hiperresponsable, y varones que tienden a no hacerlo, postergando acciones necesarias.

Fuera de esta familia particular, en términos más generales y eventualmente aplicables a distintos sistemas, podemos decir que cuando aparece sintomatología ansiosa las personas tienden a sentirse responsables y se preocupan por acontecimientos que no ha ocurrido, hacen o intentan hacer cosas en relación con ese motivo de preocupación, piensan en exceso o priorizan el pensamiento por sobre la acción, etc.

Además de este motivo general de la responsabilidad, el terapeuta evalúa improntas relacionales específicas de sobreprotección[42] en la relación entre Azucena y su hijo mayor. Las hijas mujeres que le siguieron no participaron

42 Para profundizar lo dicho en este volumen, remitimos al libro *De crianzas y socializaciones* en el que desarrollamos lo que hemos englobado en la dimensión nro. 9 como patrones de sobreprotección y sobreinvolucración.

de este patrón interaccional, en la medida en que Azucena estaba mucho más pendiente de Víctor.

En cuanto al cierre de la sesión, el terapeuta decidió posponer el tratamiento de ciertos aspectos del circuito mantenedor que ha pensado: hasta qué punto la falta de respuestas de su esposo refuerza los intentos de Azucena por hacer, aumenta su soledad y favorece el grado en que percibe y amplifica sus propios síntomas. Un objetivo terapéutico posible, en términos estructurales de la familia, será fortalecer el subsistema conyugal, aumentando a la vez la intervención del padre en algunos temas de sus hijos (a nivel del subsistema parental) a fin de que Azucena reduzca su sobrecarga y los intentos de persuadir a sus hijos acerca de lo más conveniente para ellos, y enfoque a la vez un poco más su atención en la vida conyugal que en las responsabilidades parentales. Esta mayor participación sería probablemente más efectiva si el terapeuta consigue que Vicente apoye con su presencia las iniciativas de Azucena, sin pretender un rol protagónico de su parte, que podría ser disruptivo en función de la estructura actual, ocasionando resistencias en su esposa y en los hijos. Con eventuales futuras intervenciones en esa línea el terapeuta espera, siempre a nivel de hipótesis, que los hijos no se alejen tanto de la madre. Al estar sus hijos más cerca, compartiendo más, podría esperarse dos resultados: por un lado, esa cercanía le dará la oportunidad de observar algunos indicadores de la autonomía de sus hijos, lo cual reducirá su preocupación. Por el otro, al tener más intercambios con ellos, la atención de la paciente se dirigirá menos a sus propios síntomas y a su estado de salud, cortando con el circuito de retroalimentación positiva que hace aumentar la magnitud de los síntomas.

Si la propuesta de trabajo familiar no fuese aceptada, o el compromiso de la familia no se sostuviese en el tiempo, el terapeuta orientará su trabajo a generar un cambio a otro nivel, centrado en la paciente consultante, en tanto portadora de la mayor motivación y necesidad de cambio. Intentará así influir en su modo de construir la propia experiencia, en la puntuación de las secuencias de hechos, etc. La frase “Nada ha cambiado excepto mi actitud… Por eso, todo ha cambiado” refleja el tipo de cambio que un terapeuta debería impulsar frente a un panorama como éste. En este caso resultarían particular-

mente útiles una serie de técnicas cognitivo-conductuales como las que mencionaremos más adelante.

Paralelamente a esto, y según la intensidad de la queja y del cuadro clínico, el terapeuta puede pensar en una intervención farmacológica que genere cierto alivio, posibilitando una mejor adaptación (reducción de la vulnerabilidad somática, mejora del sueño, reducción de los errores en su trabajo, etc.) a través de la intervención de un médico psiquiatra. Los principios básicos de esta estrategia serán desarrollados en sus fundamentos en el apartado correspondiente.

Estrategias terapéuticas para el abordaje de la ansiedad

En los párrafos anteriores hemos presentado algunos aspectos de la estrategia –entendida como red de operaciones cognitivas en el sistema terapéutico–[43] que el terapeuta delineó a partir de la primera sesión familiar. De la mano de esa estrategia general, anticipamos también algunas de las principales maniobras, es decir de las acciones dotadas de sentido que serán los medios a través de los cuales el terapeuta implementará esa estrategia y que describiremos con mayor detalle más adelante. En este apartado presentaremos algunas *estrategias específicas* que han mostrado su utilidad en nuestra experiencia clínica y que surgen de analizar numerosos casos que presentan un patrón sintomatológico común. Debemos distinguir este uso del término "estrategias", en plural, aplicado a ciertos tipos de problema similares, de "*la" estrategia* (única, singular) del caso particular presentado a la que acabamos de aludir.

Las estrategias terapéuticas que presentaremos parten de las cinco pautas que hemos desarrollado más arriba, en el apartado que denominamos "Elementos teóricos mínimos: 5 pautas para una comprensión sistémica de la ansiedad". Dichas pautas –anticipación, obsesiones, miedos, evitación, pánico– constituyen un esquema teórico mínimo que nos ayuda a formular la sintomatología ansiosa en términos de tipos de problemas y de los circuitos involucrados

43 Tomamos la definición de Mauricio Salgado presentada en el cap. 13, tomo II, del libro *En busca de resultados*.

en el trabajo terapéutico (circuitos intrapsíquico, interaccional y narrativo en los consultantes y en el terapeuta, que se integran, a otro nivel, en el circuito del sistema terapéutico), todo lo cual planteamos en la introducción a este trabajo. Así como entre algunas de estas pautas encontramos un nivel de agregación y complejidad crecientes (por ejemplo, la evitación como agregado al miedo), veremos que hay estrategias que se repiten, integrándose a otras, al pasar de una pauta a la otra.

Una vez presentadas dichas estrategias, pasaremos a desarrollar algunas maniobras que adquieren sentido a partir de ellas, y que fueron aplicadas en el caso presentado. Una consideración adicional, que puede resultar obvia para el lector familiarizado con la teoría de la práctica terapéutica –más allá de las diferencias entre modelos–, es que *las estrategias se encuentran siempre en un nivel de abstracción superior que las intervenciones o maniobras.* En nuestro ámbito particular del pensamiento sistémico, las estrategias tendrán inevitablemente el sesgo de la importancia que otorgamos a la interacción. Algunas de ellas podrían ser comunes a otros enfoques terapéuticos, que las designarán con nombres similares o diferentes, a partir de sus particulares construcciones teóricas y su manera de entender los problemas ligados a la psicopatología.

Estrategias para abordar la pauta 1: anticipación

- *Discriminar entre el pensamiento de algo que es posible y la "realidad", buscando evidencias*. Por realidad[44] entendemos aquello que puede ser reconocido por al menos dos de nuestros cinco sentidos y el consenso con otra persona. Con "pensamiento" nos referimos al circuito intrapsíquico de la persona que, como hemos dicho, puede exacerbarse hasta imponerse a la realidad, con mismo el correlato vivencial (fisiológico y emocional de ansiedad, angustia, etc.) esperable ante una situación *real* que desborda las capacidades de afrontamiento del organismo. Las evidencias constituyen datos concretos de la rea-

44 Maturana, H (1995) *La realidad: ¿objetiva o construida?. I. Fundamentos biológicos de la realidad*. México: Anthropos.

lidad, perceptibles, que pueden ayudar a confirmar o bien refutar ese pensamiento anticipatorio. Esta primera estrategia implica también fomentar una evaluación de esos pensamientos a partir de dos parámetros: por un lado, la consistencia lógica (por ej. "esto que puede ocurrir es posible, pero no probable"); por el otro, la evidencia empírica que apoya o cuestiona ese pensamiento (por ej. "no he recibido aún noticias de este acontecimiento que temo"). Finalmente, de este análisis a nivel de pensamiento, pueden desprenderse nuevos pensamientos que ofrezcan alternativas posibles de cambio a partir de esas evidencias y argumentos lógicos, que el individuo puede considerar para pasar a la acción.

- *Desactivar profecías autocumplidoras*. En estos casos la persona *vive* como si lo que ha sido anticipado en el pensamiento ya estuviese sucediendo. Por lo tanto siente, actúa (o deja de actuar) interactuando con los demás de manera congruente, lo que puede propiciar en las otras personas respuestas acordes a lo que el individuo anticipa en su propio circuito intrapsíquico.[45] Esta estrategia requiere entonces propiciar la acción sobre el pensamiento cuando existe un marcado desequilibrio entre lo mucho que se piensa y lo poco o nada que se hace.

Estrategias para abordar la pauta 2: obsesiones

Frente a las obsesiones puede recurrirse a una o más de las siguientes estrategias:

- *Aceptación y modificación de la lucha,* haciendo *"*más de lo mismo", es decir con mayor intensidad o más tiempo, como una manera de "gastar, consumir" –si se nos permite la analogía–, el pensamiento obsesivo. Pensar es ahora una actividad voluntaria y hasta obligatoria

45 En otro lugar desarrollamos el concepto de *síndrome del eco* para ilustrar el extremo al que puede llevar el circuito intrapsíquico a su máxima expresión, cuando el individuo prescinde de las opiniones ajenas, dialogando únicamente consigo mismo: Fernández Moya, J. y Richard, F. (2020). *Después de la pérdida*. 3ª Edición. Mendoza: Universidad del Aconcagua.

dado que fue propuesta por el terapeuta y aceptada por el sujeto. Como no se puede no pensar en el tema que preocupa al individuo, se tenderá a que éste acepte esa imposibilidad. Se trata de una paradoja a través de la cual se reducirá el estrés que implica la lucha constante, permanente, que como nunca termina es vivida como una nueva fuente de estrés. Cabe aclarar que esta estrategia no consiste en abandonar la lucha por resolver el problema, sino en que el individuo se permita hacerlo. El estrés será entonces únicamente el del problema en sí (la obsesión), y no el del intento fallido de solución (la lucha contra la misma), con lo que la respuesta ansiosa se verá disminuida.

- *Registro*. Escribir detalladamente los pensamientos obsesivos de manera secuencial ayuda a incrementar la distancia cognitiva entre el individuo y el problema, fomentando una evaluación diferente de la situación que enfrenta y de los recursos con que cuenta. Eventualmente, esta estrategia puede hacer que confronte con el absurdo del proceso (intensidad, repetición) o el contenido (por ej. de ideas sobrevaloradas) de sus pensamientos.

- *Acción*. Consiste en actuar en el sentido de una o varias de las alternativas en las que el consultante ha venido pensando obsesivamente, evaluándolas al detalle y/o cavilando sobre cuál es la mejor de esas alternativas. El pasaje a la acción puede poner en evidencia que el problema no es como él se imaginaba, y que por lo tanto puede tener solución fuera de lo que ha pensado hasta entonces. Equivocarse en la acción (probablemente temida) adquiere un valor correctivo o de aprendizaje: la información sobre el fracaso permitirá una mejor alternativa. En un balance de costos/beneficios, siempre resulta mejor equivocarse que perseverar en un pensamiento paralizador, que no llega a concretar ninguna acción.

- *Modificación de la secuencia*.[46] Esta estrategia puede ser de utilidad para problemas en que el pensamiento obsesivo dificulta el paso a la acción, pero también en otros tipos de problema, cuando no hay obsesiones ni anticipación ansiosa, y el individuo simplemente posterga

46 Remitimos al lector al cuadro N° 5 página 589 de *En busca de resultados*, tomo II para ampliar las posibilidades de esta estrategia.

acciones necesarias (aquí la modificación de la secuencia puede ser simplemente pensar después de hacer). En muchas ocasiones basta con alterar cierta relación temporal entre comportamientos y pensamientos para desactivar una respuesta emocional previamente condicionada –de ansiedad o de otro tipo, por ejemplo, ligada a la tristeza–.

- *Generación un cortocircuito en la secuencia*. Se trata de una variante de la estrategia anterior. El cortocircuito puede generarse a través de un estímulo sorpresivo, impensado, que desvíe el pensamiento de la secuencia habitual.

Finalmente, cabe destacar que estas estrategias pueden resultar de utilidad también para los comportamientos compulsivos, que en ocasiones van de la mano del pensamiento obsesivo.

Estrategias para abordar la pauta 3: miedos[47]

- Aumentar el nivel de conciencia acerca de los síntomas y las situaciones en que los mismo tienen lugar mediante un registro detallado y secuencial
- Exposición directa a aquello que se teme, a los fines de reducir la activación simpática a través de la desensibilización.
- Elevación de umbrales ante el estímulo, a través de la exposición, de manera que se requiera mayores niveles de estimulación para desencadenar la respuesta de ansiedad.

47 Presentamos las siguientes estrategias de manera esquemática, en la medida en que se trata de modos de abordaje generales de la psicoterapia, con fuerte impronta de la psicología cognitivo-conductual.

Estrategias para abordar la pauta 4: evitación

- Exposición, que puede ser definida en términos de preparación, como acción que previene o permite un aprendizaje. Se busca cortar con la relativa funcionalidad (beneficio a corto plazo) del intento fallido de solución implicado en la evitación.

Estrategias para abordar la pauta 5: pánico

- Exposición, en el mismo sentido que en el punto anterior.
- Registro: conocer el "camino de ida" (la metáfora de Hansel y Gretel puede ayudar a fundamentar la técnica para el paciente: registrando los "lugares" por los que pasa, el consultante podrá desandar más fácilmente el camino).
- Elevación de umbrales, del modo en que lo hemos planteado en el punto 3.
- Modificación de la secuencia ligada a la crisis de pánico, en el sentido antes expuesto.
- Aceptación en general, y específicamente de lo incontrolable de ciertos fenómenos somáticos y, en general, de aspectos más trascendentes de la vida.

Algunas maniobras generales y específicas

En este apartado presentaremos las maniobras o acciones específicas dotadas de propósito[48] llevadas a cabo por el terapeuta en el caso clínico que hemos presentado. Nuestra conceptualización del trabajo terapéutico implica un claro énfasis en el *para qué* de las acciones; se trata de un enfoque diferente al de otros modelos terapéuticos en que lo que el terapeuta hace o deja de

48 Hirsch, H.; Rosarios, H. (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales.* Buenos Aires: Nadir.

hacer se explica más bien por un *por qué*, ligado habitualmente al supuesto origen de los problemas que en general se sitúa en el pasado, a veces remoto, siempre comprensible desde el punto de vista de la evaluación que conduce el terapeuta, pero que resulta obviamente inmodificable.[49]

Las maniobras que enumeraremos provienen básicamente de la terapia estratégica, y acudimos a ellas por ser el modelo al que recurrimos con mayor frecuencia. Otro terapeuta, sin embargo, podrá legítimamente echar mano a maniobras acuñadas por la terapia estructural, la terapia narrativa o la terapia centrada en soluciones, entre otros modelos sistémicos originales o derivados de dichas grandes escuelas. De hecho, como veíamos en el relato del caso, hemos usado constructos del modelo estructural; en este apartado hablaremos también de técnicas que vienen de la terapia centrada en soluciones, por ejemplo. Pensamos, en síntesis, que las maniobras albergadas bajo un mismo paradigma pueden ser combinadas en aras de una mayor efectividad.

Independientemente del caso clínico que hemos presentado, las maniobras seleccionadas pueden resultar de utilidad en diversos pacientes con sintomatología ansiosa, con sus particulares contextos familiares y momentos del ciclo vital.

Presentaremos sólo una mínima descripción de cada una de ellas; como ya hemos hecho en otras partes de la obra, remitimos al lector para un mayor desarrollo y comprensión a la sistematización de las maniobras de las principales corrientes del pensamiento sistémico que aparece en el libro *En busca de resultados*.[50] En ese manual se ofrecen distintos criterios para ordenar las maniobras. Sin excluir otros, tenemos la clasificación de las mismas que propone Hugo Hirsch y su equipo según el momento del proceso terapéutico en que el clínico las aplica. Así, hablamos de *maniobras de comienzo, de pro-*

49 Como hemos expresado, nuestra manera de entender y utilizar acontecimientos significativos del pasado –mayormente a través del constructo de impronta relacional– adquiere sentido únicamente en la narrativa personal del consultante, en el contexto de los problemas actuales, manteniendo siempre una clara diferencia entre el aquí y ahora y el allá y entonces.

50 Capítulos 13 y subsiguientes del tomo II. La IV edición del libro se encuentra disponible para su descarga gratuita en https://www.uda.edu.ar/index.php/catalogo-editorial/960-en-busca-de-resultados-4

ceso y de cierre. A su vez, en cada uno de estos momentos, podemos hablar de maniobras *generales* que operan como preparatorias de otras maniobras *específicas*. A los fines de eficacia y para ajustarnos al volumen disponible para este trabajo, no ahondaremos aquí en esa clase de disquisiciones.

Las intervenciones presentadas a continuación de ninguna manera excluyen otras maniobras posibles que la creatividad y amplitud de repertorio de cada terapeuta -cuántos recursos ha acumulado a lo largo del tiempo en su caja de herramientas personal– le permitan desplegar. Por otra parte, las mismas maniobras, variando en ocasiones respecto del contenido, pueden ser utilizadas con otros tipos de problemas (trastornos del estado de ánimo, por ej. u otros). Es decir: la especificidad de estas acciones no está vinculada a cuadros psicopatológicos ni a agrupaciones sintomatológicas. A lo sumo, en algunos casos, ciertas maniobras específicas pueden asociarse a tipos puntuales de problemas, que como dijimos en la introducción no suelen asociarse linealmente a entidades nosológicas. Una vez más: el desplazamiento que proponemos de *"trastornos"* a *"problemas"* sustenta este modo versátil de entender las maniobras.

Como ejemplo de la dudosa especificidad de algunas maniobras tenemos algunas analogías que pueden presentar la ansiedad como energía mal canalizada, recurriendo a un curso de agua con un dique, esclusas, etc. En otro tipo de problemas (por ejemplo, un duelo) se puede usar la misma analogía adaptándola al dolor, el llanto (que puede ser liberado como en el vertedero de un dique para que no sobrepase el nivel máximo de seguridad del paredón).

En la enumeración no seguiremos un orden estricto ni mucho menos replicable o generalizable a otros casos. Las terapias sistémicas presentan quizás un grado mayor de *trabajo artesanal* que otros modelos que han sido hasta cierto punto manualizados y hasta en algún extremo no necesariamente indeseable, "enlatados".

Las maniobras son, en síntesis, elementos disponibles en una caja de herramientas personal del terapeuta, a la que podrá acudir utilizando algunas, descartando otras, a partir de la redefinición inicial o "plataforma" de la que hablábamos más arriba, y siempre en aras de la estrategia terapéutica. Resulta

fundamental, por tanto, tener claras las cinco pautas propuestas y las estrategias que hemos organizado para trabajar con cada una de ellas. Las maniobras se derivan naturalmente de esos esquemas ordenadores, y presentan un grado menor de especificidad.

Una analogía interesante para pensar el proceso de selección y aplicación de las maniobras, así como la jerarquía y el orden temporal en que se aplican, es la preparación de un plato de comida. El orden en que se agrega los ingredientes, el modo y tiempo en que se llevan a cabo ciertas tareas preparatorias (sellar un trozo de carne, por ejemplo), hará la diferencia entre un plato más y un plato gourmet. A su vez, el cocinero no se ocupa sólo de los sabores, sino en la presentación del plato, pues la misma implicará la aceptación de los comensales.[51] Con estas analogías deseamos destacar, una vez más, la naturaleza artesanal del trabajo del terapeuta sistémico. Los manuales resultan útiles y necesarios (este mismo libro puede ser visto como una especie de manual; *En busca de resultados* ciertamente lo es) pero no deben implicar una estructura rígida ni un orden fijo de pasos que limite la creatividad del profesional. Jeffrey Zeigg,[52] acuñó, en su sistematización de las enseñanzas de Milton Erickson, la expresión "terapia cortada a la medida". Para nosotros esta idea sintetiza el enfoque de las maniobras o acciones dotadas de sentido que emprende el terapeuta.

Una consideración adicional antes de la enumeración: a los fines de no excedernos en la extensión de esta obra remitiremos en algunos casos al lector a identificar los ejemplos en las viñetas ya presentadas, en un trabajo similar al que realizamos con dos viñetas clínicas completas en *En busca de resultados*. En otros momentos citaremos brevemente material no presentado hasta aquí. El desarrollo completo del caso clínico ameritaría una obra en sí, mucho más

51 Volviendo a algunas consideraciones que realizábamos en la Introducción acerca de los diagnósticos psiquiátricos y las indicaciones realizadas por los profesionales a partir de ellos, destacamos la importancia de la "presentación del plato" para la buena adherencia al tratamiento. En ocasiones esto no es considerado por el profesional, y en consecuencia un diagnóstico certero y una indicación terapéutica adecuada son desestimados por el paciente y/o por sus familiares, con las consecuencias esperables a nivel de incremento del malestar subjetivo, los problemas interpersonales, etc.

52 Zeigg, J. (1985). *Un seminario didáctico con Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu..

extensa que la presente, que desvirtuaría el propósito de ejemplificación de las intervenciones que perseguimos.

Directivas

Comprenden todas aquellas verbalizaciones formuladas por el terapeuta, que se construyen con el propósito de facilitar la redefinición, o bien con otro propósito específico, como puede ser estimular cierto tipo de comportamiento que ayude a un objetivo terapéutico. Estas maniobras, en sus distintas formas (directa, dubitativa, paradójica, etc.)[53] son tan frecuente que pueden parecer parte de la conversación en la que transcurre la sesión de psicoterapia. Esta apariencia de simple conversación, incluidos comentarios intrascendentes, reducen o anulan la resistencia en los consultantes, a través de generar ideas que ellos registran como propias y no como impuestas por el terapeuta. En aras a la brevedad, remitimos al lector a releer los fragmentos textuales citados más arriba para identificar ejemplos de esta maniobra. A su vez, algunas de las maniobras que siguen pueden ser entendidas como variantes más específicas de las directivas.

Connotación positiva de la conducta

Agregaremos, a lo que dicho algunos párrafos más arriba, que se trata de una directiva que destaca los comportamientos sobre los cuales se fundamenta la redefinición. Remitimos al lector a identificar, en los fragmentos transcriptos, cada vez que el terapeuta se refiere a la responsabilidad de Azucena (en la crianza de sus hermanos primero, en su trabajo y en la crianza de sus hijos después) y de Eugenia (en su carrera y su trabajo). Resultaría difícil, aun con más ejemplos, destacar la importancia que tiene esta maniobra, que en ocasiones resulta preparatoria de otras intervenciones (general, en términos del ordenamiento antes presentado). Un comportamiento connotado positiva-

53 Remitimos para mayor detalle al cap. 14, tomo II, de *En busca de resultados*.

mente tenderá a mantenerse y eventualmente incrementarse. Por otra parte, por implicar elogio, reconocimiento a la persona, fortalece la relación terapéutica y hace más probable que el individuo acepte otras propuestas (otras directivas, tareas, etc.).

Connotación positiva del síntoma

Esta maniobra específica es a su vez una directiva paradójica en la medida en que exalta o define como normal, deseable y hasta necesario aquellos comportamientos, sentimientos y síntomas que quien consulta quisiera no experimentar más. Como otras intervenciones paradójicas, se recurre a esta maniobra cuando el terapeuta evalúa un nivel considerable de resistencia al cambio.[54] Un ejemplo de esta maniobra tuvo lugar con Víctor. El terapeuta expresó, en la segunda sesión, que quizás no estaba mal que él se borrara de las mesas hasta tanto no estuviese seguro de conocer todo lo necesario para aprobar. Habló de "responsabilidad", vinculándola con las características previamente connotadas positivamente en su madre y su hermana mayor. Esta maniobra general le permitió avanzar en la dirección de la propuesta que desarrollamos a continuación.

54 La resistencia es entendida en general en los modelos sistémicos como un elemento que el terapeuta debe *utilizar* en favor del cambio, sin *interpretarla*, como es costumbre en otros modelos terapéuticos. Una analogía para entender esto es un aspecto de la técnica del Yudo: un experto en esta disciplina utiliza la fuerza del adversario a su favor. En el caso de la terapia no se trata de dominar o inmovilizar al consultante, sino de que cumpla sus metas terapéuticas.

Prescripción del síntoma

Esta maniobra consiste en indicar que continúe, al menos durante un tiempo, la conducta disfuncional o sintomática. Comparte con la maniobra anterior la naturaleza paradojal. En una sesión posterior el terapeuta sugirió a Víctor que continuara con su política de no presentarse a rendir hasta que con el tiempo y la experiencia aprenda, no sólo los contenidos (algo que no es difícil para él), sino a *prepararse para un examen*, lo que implica adquirir la habilidad para diferenciar los conocimientos centrales, que resultan imprescindibles, de otros secundarios, que es posible dejar de lado. Ante cierta reticencia de Víctor, el terapeuta planteó que a lo sumo debería animarse a asistir a los exámenes como oyente, y eventualmente preguntar si lo que tomaron a sus compañeros coincide o no con lo que él ha estudiado. Esa información serviría, según el terapeuta, en el marco de esa preparación y aprendizaje que debería extenderse un tiempo más, quizás varios llamados y turnos de exámenes, hasta que esté en condiciones de presentarse a rendir. Incluso, el terapeuta lleva al extremo su intervención sugiriendo que en ese momento Víctor debería ir a rendir con la intención de conocer "en primera persona" el examen y no de aprobar, asumiendo que al menos una vez debería desaprobar la materia. El terapeuta reconoció que su sugerencia podría implicar una serie de dificultades: Víctor seguiría frustrado por no avanzar, su madre seguiría preocupada durante un tiempo, etc., pero a la larga lograría adquirir esa habilidad y poder presentarse.

Esta intervención fue formulada a Víctor en presencia de su madre. El terapeuta evaluó, mientras la formulaba, el modo en que Azucena reaccionaba a la propuesta. Después de formularla, el terapeuta indagó a ambos acerca de la misma, en busca del siempre necesario consenso de los participantes. Por otra parte, el terapeuta anticipa, a nivel de su propio circuito intrapsíquico, la posibilidad de que la sintomatología ansiosa de Azucena se renueve a partir de esta intervención, y que incluso se incremente. En consideración de ello, decide *prescribir* también esa posibilidad.[55] De esta manera, si lo previsto

55 Un principio general de las maniobras es que debe considerarse *siempre*, además del efecto en sí que tendrán en relación a las metas de la terapia, el impacto que tendrán en la maniobrabilidad del terapeuta. Este concepto alude a la capacidad de influir, la credibilidad del

se cumple, la consultante mantendrá su motivación y compromiso con la terapia (pues era algo previsible y hasta probable), así como el crédito que da al terapeuta. En caso de no darse ese incremento en los síntomas, el terapeuta atribuiría los logros a la paciente, definiendo el cambio como un avance. De hecho, Azucena aceptó la propuesta y en las semanas que siguieron no volvió a pedir a su hijo que se presentase a rendir, lo que fue puntuado por el terapeuta como un logro personal de ella, vinculándolo a la mejora experimentada en la sintomatología ansiosa.

Víctor, por su parte, aceptó la propuesta; no obstante ello, en la siguiente mesa Víctor desafió la directiva y se presentó,[56] aprobando con la máxima nota para su sorpresa y la de todo su entorno. A partir de ello, y pese a las dudas expresadas por el terapeuta (en coherencia con la prescripción del síntoma), parecía probable que él continuara presentándose aun sin sentir la plena seguridad de haber estudiado todo lo necesario.

Redefiniciones

Como ya fue planteado, algunas de las verbalizaciones del terapeuta que hemos definido como directivas, introducen y preparan el terreno para una redefinición. Ésta apunta a la concepción que las personas tienen acerca del problema y a las soluciones intentadas que han resultado fallidas. Desde un punto de vista sistémico resulta fundamental trabajar sobre las formas en que las personas conciben los problemas que las llevan a consultar, pues esas construcciones habilitarán ciertos cursos de acción y dejarán de lado otros. Retomando ideas que hemos desarrollado más arriba: si el paciente y su entorno conciben al problema únicamente un problema "médico", de por ej.

terapeuta y la confianza del consultante en sus propuestas. La maniobrabilidad del terapeuta es directamente proporcional a la motivación al cambio de los consultantes, disminuyendo la resistencia. Para ampliar el tema remitimos al cap. 14 de *En busca de resultados*, tomo II, con especial referencia a la 5ª maniobra general de comienzo propuesta por uno de nosotros.

56 Cuando una intervención es paradójica, un desenlace posible es que sea desafiada. En estos casos también, cumpla o no con la propuesta terapéutica, obtiene resultados positivos.

desequilibrio a nivel de ciertos neurotransmisores, entonces la solución pasará exclusivamente por una intervención médica a través de un fármaco, dejando de lado cualquier cambio deseable a nivel de las reglas de la interacción familiar. Las reglas, por lo tanto, se mantendrán sin cambios, retroalimentándose con esa visión del problema.

La redefinición en general no tiene lugar en un solo momento; habitualmente es un *proceso* que el terapeuta y los consultantes realizan a lo largo de diferentes encuentros, sustentado en una serie de directivas. En la medida en que la construcción es aceptada, tiene lugar la *reestructuración,* es decir un cambio en la forma en que las personas conciben el problema.[57]

En el material presentado más arriba, podemos encontrar elementos de la redefinición en diferentes fragmentos de lo expresado por el terapeuta. Como decíamos más arriba, el terapeuta co-construye, a través de las sucesivas intervenciones, una *plataforma* o redefinición básica o inicial, sobre la que se van ensamblando otras redefiniciones más específicas (por ej. ligadas al comportamiento de distintos miembros de la familia en momentos específicos) que irán sumando a la esperada reestructuración. También se agrega, sobre esa plataforma, otras maniobras, así como metas y acciones concretas que llevarán a alcanzarlas.[58]

Esta plataforma representa un libreto mínimo destinado a ampliar y unificar las narrativas de los participantes. En el discurso del terapeuta transcripto más arriba, podemos identificar algunos extractos en los que él busca fomentar una visión sistémica de aquello que ha sido definido como problema, cuestionando la visión lineal y centrada en la paciente en que los síntomas

57 Los conceptos de estructura familiar y reestructuración presentan diferentes matices en diversos autores sistémicos. En ocasiones, esas diferencias generan confusión a partir de los términos elegidos por los traductores. En el capítulo 1 del libro *El presente de la historia* exploramos las relaciones entre los cambios funcionales y estructurales, y el modo en que el ejercicio de ciertas funciones en un sistema facilita la formación de nuevas estructuras, a la vez que estas nuevas estructuras dan lugar a nuevas maneras de funcionar.

58 Lo que en terapia estratégica se incluye dentro del concepto de *organización estratégica* como “soluciones”. Para profundizar en este concepto remitimos al lector a Casabianca, R. y Hirsch, H. (1989). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un modelo de registro para la terapia del M.R.I.* Santa Fe: Universidad del Litoral.

son propios *de ella*, y por ello entendidos de manera individual y aislada del contexto y del momento del ciclo vital familiar. Enumeraremos, a manera de ejemplo, algunos de esos extractos. Remitimos al lector, después de esta enumeración, a una nueva lectura del fragmento que, esperamos permitirá una mejor integración.

> …Esas preocupaciones que Ud. tiene ahora, Azucena, de las que todos han hablado, tienen que ver con ese aprendizaje de tantos años, de estar alerta, identificar un problema, actuar y alcanzar los objetivos de la buena crianza que pudo lograr. Usted sigue haciendo lo mismo hoy; lo que pasa es que los niños dejaron de ser niños. Antes bastaba con pedir algo para que se hiciera; hoy usted necesita el acuerdo de ellos, y hay cosas que ellos piensan diferente…
>
> …Vamos ahora a lo que le pasa, a cómo se siente con todo esto. Cuando se preocupa, usted está viviendo como si eso que usted teme ya estuviera pasando… eso que usted teme, que *puede* suceder, la activa, la pone nerviosa, le genera molestias corporales *como si ya estuviese ocurriendo*. Esos síntomas tan molestos son parte de la reacción normal del organismo frente a un peligro real…
>
> … ella tuvo una consulta médica, y que los estudios que el clínico le pidió salieron bien…
>
> … usted piensa mucho, *hace mucho* (cuando habla, discute y hasta pelea con sus hijos por los distintos temas que le preocupan), pero *consigue poco*… porque lo que es necesario ahora son acciones que tienen que emprender *ellos*…
>
> …A veces una gran ayuda en un tema, dada con la mejor intención, genera o mantiene un problema en otra área. Usted, que ha tenido que asumir responsabilidades sola y muy tempranamente, y lograr construir una familia en base a su propio esfuerzo, quizás quiere evitarle problemas; pero a lo mejor también piensa que su hijo está demasiado cómodo, y que por eso no se ocupa de resolver sus propios problemas…

A partir de esta plataforma, redefinición básica y a la vez amplia, el terapeuta espera insertar oportunamente, en otros encuentros, elementos de la construcción que tiendan a:

- que Víctor acepte asumir la responsabilidad por lo que hace y deja de hacer respecto de los exámenes (a partir de la prescripción del síntoma

antes expuesta que se inserta, como una maniobra más, sobre la mencionada plataforma).

- que Eugenia empiece a ver la relación con su novio Esteban como una posible analogía de algún aspecto de la relación que mantienen entre sí sus padres, con los eventuales riesgos que Azucena identifica, lo que puede brindarle la oportunidad de introducir algunos cambios positivos en la relación, tendientes a que la misma sea satisfactoria y estable.
- que Florencia revise el modo en que seguirá su carrera a la vez que desarrolla su relación de disfrute con pares en el contexto de su momento vital.
- que Ernesto se ocupe, de manera esperable para su edad y momento vital, de su propio futuro.

Los cambios sistémicos posibles derivados de las sucesivas y posteriores intervenciones que serán montadas sobre la plataforma de la redefinición inicial son anticipados por el terapeuta ya en el primer encuentro. Ahora bien: al respecto cabe al menos realizar dos acotaciones. Primero, algunos de esos cambios pueden asumir un papel "preventivo" respecto de circunstancias que pueden tener lugar en el futuro, de un modo parecido a lo que anticipábamos respecto del futuro profesional de Vicente. Con ello, el terapeuta se aparta de lo que sería estrictamente el motivo de consulta, pero ayuda de alguna manera, merced a la propiedad de totalidad o coherencia de los sistemas, a que los cambios se mantengan en el tiempo en la medida en que cada integrante los acepte y apoye. Desde esta perspectiva, si el terapeuta no se anticipa, con el tiempo la inercia sistémica, tendiente a la homeostasis, llevará a una vuelta atrás en el proceso, comprometiendo los logros terapéuticos.

La segunda acotación tiene que ver con los límites con que cualquier terapeuta, sistémico o no, debe moverse en el sentido de la influencia sobre diversos aspectos de la vida y las elecciones que realizan pacientes y consultantes. Una lectura rápida de este apartado podría llevar al lector a suponer que el terapeuta busca inducir ciertas ideas o valores relativos a temas como la pareja, el trabajo, la carrera profesional, etc. Una lectura más cuidadosa revelará que la trama de la propuesta terapéutica utiliza hilos tomados de los

valores y creencias familiares (lo que está incluido en la estructura familiar, la tradición podríamos decir), pero también aquellos aspectos de la postura[59] de cada integrante que pueden representar una novedad respecto de esas tradiciones. A modo de ejemplo, el terapeuta reconocerá oportunamente la importancia del trabajo, el estudio y el esfuerzo para la familia, avalando a la vez la decisión de Florencia de disfrutar de sus veinte años, las salidas con sus amigos, etc. Con ello, definiendo como valiosos aspectos de la tradición y de lo nuevo, favorece que sean los individuos quienes tomen las decisiones, respetando su libertad.

Analogías, encuadres metafóricos, metáforas

Como toda verbalización, se trata de directivas, y más específicamente, integran las redefiniciones. Tienen la particularidad de ofrecer imágenes que permiten al consultante ligarlas a su propia experiencia (y eventualmente a improntas relacionales), con lo cual sacar sus propias conclusiones, superándose la resistencia. Los temas o contenidos dependerán de aspectos que pueda identificar el terapeuta como propios de la actividad, preferencias y contexto del individuo, a fin de que le resulten familiares y tengan mayores probabilidades de éxito.

Las analogías son imágenes simples, que eventualmente pueden derivar en metáforas, cuando se las utiliza en un relato, o en un refrán o dicho popular, como en los encuadres metafóricos. En uno u otro caso, pueden ser utilizadas para ilustrar el problema y/o una o más soluciones posibles.

En relación a la sintomatología ansiosa, algunas de las analogías más utilizadas pueden ser:

59 Para ampliar sobre la evaluación y la utilización de la postura de consultantes y pacientes, remitimos al cap. 12 del tomo I de *En busca de resultados*. La IV edición del libro se encuentra disponible para su descarga gratuita en https://www.uda.edu.ar/index.php/catalogo-editorial/960-en-busca-de-resultados-4

- *La energía mal canalizada*: algunas imágenes ligadas a fluidos permiten ilustrar lo que ocurre cuando la ansiedad queda estancada (por ej. en un dique) o pasa de cierto límite (desbordándolo) en lugar de convertirse en acciones productivas o beneficiosas para la salud (por ej. actividad física).
- *Sistemas que involucran presión y temperatura*, como una caldera, donde la solución puede pasar por una oportuna descarga a través de una válvula.
- *Sistemas eléctricos*, donde podemos hablar en términos de sobrecarga, con dispositivos como son los fusibles, que permiten evitarla.
- *Otros sistemas autorregulados* que, en lugar de tender a un equilibrio como los anteriores (a través de una retroalimentación negativa), aumenta la desviación respecto de cierto parámetro en un proceso de retroalimentación positiva,[60] generando un síntoma. Un sistema de alarma domiciliaria puede ser una buena imagen para utilizar como analogía o, junto con otros elementos, para construir una metáfora. A partir de la detección de cierto estímulo, un sensor envía una señal de peligro a otra instancia, que a su vez activa la alarma (la sirena, el llamado a la policía, etc.).

Maniobras generales

Se trata de una serie de maniobras se implementan de rutina que se aplican en cualquier proceso terapéutico, involucre o no sintomatología ansiosa. De muchas posibles,[61] destacaremos arbitrariamente algunas, por su frecuencia y relevancia. Así, la directiva paradójica de "no apresurarse" permite estimular el cambio al mismo tiempo que se lo trata de frenar. Definir el síntoma como protección, y destacar los peligros posibles de una mejoría van en la misma línea,

60 Al principio de este tomo, cuando desarrollamos las pautas de la ansiedad, aplicamos el concepto cibernético de retroalimentación positiva a las obsesiones y el pánico.

61 Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1984) *La táctica del cambio.* Barcelona: Herder.

apelando a argumentos verosímiles para el no cambio. Finalmente, la maniobra consistente en adquirir y mantener la credibilidad, la confianza y la maniobrabilidad, presente durante todo el proceso terapéutico, destaca el papel fundamental de la motivación del consultante y la maniobrabilidad del terapeuta como motor y combustible del cambio, si apelamos a una nueva analogía.

Tareas

Consisten en *acciones* a llevar a cabo en el periodo entre sesiones, que tienen el sentido de, o bien generar una vivencia diferente, con lo cual contribuyen a una posterior redefinición; o bien, cuando la redefinición ya ha sido aceptada (reestructuración), realizar los cambios en el comportamiento necesarios para ella.

Maniobras provenientes de otros modelos sistémicos

Hasta aquí hemos sintetizado aportes técnicos de diferentes autores englobados en las terapias estratégicas. Otros recursos provenientes de las terapias estructural, centrada en soluciones, narrativa y sus variantes, pueden ser los siguientes.

- *El ritual de escribir, leer y quemar*. Proveniente de los desarrollos de Steve de Shazer y su terapia centrada en soluciones, consiste en una tarea estructurada en que el paciente dedica un tiempo considerable a escribir, en ciertos días, dedicando otros a leer el material escrito para posteriormente quemarlo. Se trata de una tarea que combina el aspecto paradójico con el metafórico, limitando los pensamientos obsesivos los momentos en que se realiza el ritual.
- *El cuestionamiento de la estructura familiar, del síntoma y/o de la realdad familiar*. Más que de una maniobra, se trata de una clasificación de las intervenciones creadas por Salvador Minuchin y Charles Fischman en el marco de la terapia estructural. El valor que presentan

para el abordaje de la ansiedad radica en el logro de ciertos cambios en la experiencia subjetiva de los individuos a partir de modificaciones introducidas en la estructura familiar.

- *Las preguntas circulares*. En el marco de la evaluación de la estructura familiar, estas propuestas de Mara Selvini Palazzoli y su equipo propone a los consultantes que describan a un tercero y sus interacciones, con lo cual se completa una visión sistémica de los síntomas.
- *La externalización, el bautismo del problema y otras maniobras narrativas*. Michael White y David Epston desarrollaron una serie de maniobras que comienzan por la intención de sacar el problema del individuo (externalización) y ponerle nombre (bautizar el problema), lo cual abre una serie de acciones facilitadoras del cambio que, en el ámbito de los trastornos de ansiedad pueden resultar particularmente útiles en la medida en que el síntoma es identificado, delimitado e inserto en una narrativa nueva, que ofrece más posibilidades que la anterior.

El arte del terapeuta: la vinculación entre estrategias y maniobras

El siguiente cuadro pretende establecer una relación mínima entre tres niveles de abstracción diferentes del trabajo terapéutico. En el nivel más elevado, desarrollado en primer lugar en el texto, tenemos las cinco pautas con que hemos conceptualizado mínimamente el papel de la ansiedad en la construcción conjunta de los problemas clínicos que propicia un terapeuta sistémico. En un nivel menor –más cercano a la experiencia del terapeuta y consultantes– tenemos la estrategia terapéutica, es decir la construcción cognitiva que realiza el terapeuta, no compartida (a diferencia de la co-construcción del problema) con quien consulta. Finalmente, en el nivel más concreto de la experiencia de los participantes del sistema terapéutico, se encuentran las acciones concretas del terapeuta –las maniobras–, que son implementadas por

éste y, en caso de ser aceptadas, llevadas a cabo (si son tareas), reestructuradas (si se trata de redefiniciones), etc., por parte del consultante.

A los fines prácticos hemos dispuesto los tres niveles en tres columnas en un cuadro, que esperamos represente una guía posible para insertar eventualmente otras pautas, estrategias y maniobras posibles. Una vez más diremos que la propuesta se limita a nuestra propia experiencia construida a lo largo del tiempo, y no excluye de manera alguna otras propuestas que resulten efectivas.

A los fines de concisión, no desarrollaremos en lo que queda del texto las relaciones entre pautas, estrategias y maniobras específicas. Asumimos que el lector podrá realizar el ejercicio si hemos sido eficaces en desarrollar nuestro planteo hasta aquí, y orientarse con el siguiente cuadro que busca relacionar las pautas en que hemos conceptualizado los problemas asociados con la ansiedad, las estrategias terapéuticas desarrolladas por el terapeuta, y las maniobras o técnicas implementadas de acuerdo a las mismas en el nivel concreto de la interacción con el o los consultantes.

Pautas para conceptualizar la ansiedad	**Estrategia**	**Maniobra**
Pauta 1: Anticipación	Discriminar entre pensamiento y realidad.	Directivas, por ej. interrogativas: ¿resulta posible cobrar un premio (lotería, Quini 6, etc.) cuando no se ha jugado? ¿Cuántas veces pensó lo que iba a suceder y no ocurrió? O sucedió algo que no creía sucediera.
	Desactivar las profecías autocumplidas.	Directivas directas y paradójicas tendientes para cortar con los circuitos intrapsíquico y mantenedor del síntoma: por ej. hacer extrema la anticipación, llevándola al absurdo, con lo cual pierde sentido.

Pautas para conceptualizar la ansiedad	Estrategia	Maniobra
Pauta 2: Obsesiones	Aceptación, no luchar. Administrar la energía.	Analogías: dique, riego Directiva directa: "Canalizar" esa energía en algo productivo (por ej. su trabajo, actividad física, hobbies u otras actividades gratificantes, especialmente si han sido relegadas). Directiva paradójica: permitirse pensar todo lo necesario en el problema.
	Registro.	Registro cognitivo tradicional Ritual de escribir, leer y quemar.
	Pasar a la acción.	Metáforas: La historia de la guerra, la historia de la seducción y del ajedrez. Directivas directas: hacer Tareas paradójicas: hacer para probar o para equivocarse y aprender del error. Redefinición: "capitalizar la experiencia". Aprender de fracasos (modelo mental del emprendedor).
	Modificar la secuencia.	Directivas y tareas dirigidas a cambiar de lugar comportamientos y/o pensamientos. Por ej., puede comenzarse por el final (procrastinar después de realizar la tarea aplazada).[62]
	Cortocircuito de la secuencia.	Maniobra "Haga algo diferente"[63] Connotación positiva de conductas novedosas, pocas veces del síntoma al ser paradójica. Técnicas conductuales como la "Detención del pensamiento" pueden servir para interrumpir el pensamiento obsesivo y/o los rituales asociados.

62 Nuevamente, remitimos al lector al cuadro N° 5, página 589 de En busca de resultados, tomo II.

63 Aludimos a la clásica maniobra de la terapia centrada en soluciones. En el capítulo dedicado a ese modelo de En busca de resultados se encuentra su descripción.

Pautas para conceptualizar la ansiedad	Estrategia	Maniobra
Pauta 3: Miedos	• Aumentar el nivel de conciencia. • Exposición. • Elevación de umbrales.	Registros. Tareas que impliquen contacto con lo temido.
Pauta 4: Evitación	Evitación definida como preparación o ensayo,	Fracasar (directiva y/o tarea paradójica) como enseñanza, aprendizaje, experiencia.
Pauta 5: Pánico	• Exposición. • Registro para conocer el camino de ida. • Elevar umbrales. • Modificar la secuencia. • Aceptación de lo incontrolable y renunciar al control.	Maniobras ya mencionadas. Redefinición.

Hasta aquí hemos desarrollado el enfoque terapéutico sistémico-estratégico de los problemas relacionados con la ansiedad –siempre, como hemos dicho, desde nuestra experiencia clínica, sin pretender abordar todo el amplio espectro del pensamiento sistémico y sus maniobras–. Los siguientes dos apartados comprenden aportes de dos destacados profesionales y docentes de nuestro medio. El primero, desarrollado por Daniel Venturini, sintetiza el enfoque cognitivo-conductual e integrativo aplicado a la ansiedad. El segundo da continuidad al desarrollo antes presentado de Silvia Riba, y presenta los fundamentos del abordaje farmacológico de ese tipo de trastornos.

Trastornos de ansiedad: consideraciones desde la perspectiva cognitivo-conductual

por Daniel Venturini

El paquete de Trastornos de Ansiedad está constituido por un conjunto de cuadros que se caracterizan por un nivel de activación del sistema nervioso autónomo (S.N.A.) de una persona por encima de su activación idiosincrática. Si bien se trata de una respuesta fisiológica la misma es provocada por un estímulo que puede encontrarse en el mundo externo (ambiente) o en el mundo interno del sujeto (cogniciones). Esta respuesta tiene la característica de ser egodistónica para la persona, es decir displacentera, y que además afecta el normal desempeño y dificultan la adaptación en diferentes áreas de la vida: académica, laboral, deportiva, interpersonal y vida cotidiana en general.

Se clasifican estos diferentes trastornos según su intensidad, amplitud, duración, dimensiones abarcadas o situaciones que lo provocan, Esta respuesta fisiológica incluye o se traslada posteriormente a la respuesta motora es decir la conducta. Podríamos afirmar que la respuesta iniciada a nivel involuntario, S.N.A., abarca posteriormente al S.N.C. de orden voluntario.

La medicina, particularmente la psiquiatría especialidad que se dedica al abordaje de este tipo de trastornos se ocupa de la respuesta fisiológica por tratarse esta del orden biológico, dimensión correspondiente a la medicina. Complementariamente la Psicología Clínica, como parte del trabajo interdisciplinario, se ocupa de las dimensiones cognitivas y conductuales y de sus implicaciones emocionales.

Los abordajes conductuales sobre las respuestas motoras se centran fundamentalmente en lo que se denominan Terapias de Exposición, las cuales pueden realizarse en forma graduada o masiva.

En el año 1956 Joseph Wolpe presenta como tema de Tesis Doctoral en la Universidad de Johannesburgo, Sudáfrica, la propuesta de que asociando de forma gradual un estado de relajamiento a la situación que provoca la activación de la ansiedad (estimulo ansiógeno), esta respuesta de ansiedad iría disminuyendo progresivamente hasta quedar totalmente debilitada. Para ello es

necesario construir una jerarquía de ítems que representen la situación temida e ir asociando en orden gradual cada uno de ellos al estado fisiológico de relajación. Estos ítems deben tener como condición la capacidad de ser representados mentalmente. Este procedimiento mundialmente famoso se conocería como Desensibilización Sistemática, constituyendo durante años y décadas parte fundamental de la identidad Terapia Cognitivo-Conductual (T.C.C.).

Basado en el paradigma Condicionamiento Reflejo, más conocido como Clásico, descubierto en los primeros años del siglo XX por el neurofisiólogo ruso Iván Petrovich Pavlov, sostenía que, en base al condicionamiento de una respuesta contraria o antagónica a la ansiedad, la relajación, se podía corregir esta conducta desadaptativa. El aprendizaje de una respuesta de relajación por un principio de inhibición reciproca con la ansiedad trajo aparejados resultados muy exitosos en el tratamiento de los diferentes Trastornos de Ansiedad, particularmente las Fobias Específicas. El objetivo de este procedimiento es aumentar gradualmente la libertad de acción y autonomía de la persona.

En 1961 Thomas Stampfl en la Universidad de Wisconsin (EE.UU.) propone para el tratamiento de las fobias la Terapias Implosiva. Dentro de este espectro tenemos también la Técnica de Inundación o *Flooding* creada por William Baum en 1968 en la Universidad de California (EE.UU.). La diferencia entre ambas consiste en cuanto a la forma de exposición ya que en el primer caso es realizada en forma imaginaria y en el segundo “in vivo”. Para esto, deberá presentarse el estímulo que provoca la ansiedad de manera brusca y sostenerlo durante cuánto tiempo sea necesario hasta que la respuesta desaparezca o al menos disminuya, llegando a durar esta exposición en algunas ocasiones varias horas hasta lograr que este objetivo se haya alcanzado.

Algunos años después otros autores como David Barlow (Boston, EE.UU.), Stewart Agras en la Universidad de Stanford (EE.UU.) y el holandés Paul Emmelkamp, de la Universidad de Amsterdam (Países Bajos), siguiendo esta tradición pragmática y experimental del enfoque cognitivo-conductual confirmaron estos hallazgos en los cuales, sin necesidad de aproximaciones sucesivas ni entrenamiento en relajación previos, se podían inhibir los estados de ansiedad.

Dentro de este grupo podemos encontrar así mismo al terapeuta sudafricano de la Universidad de Londres Isaac Marks (1973) plantea que el procedimiento básico de exposición consiste en alentar al paciente que padece ansiedad anticipatoria, y que como consecuencia de ello tiende a evitar las situaciones que la activan, enfrente a las mismas en forma gradual y repetida hasta que los síntomas se disipen.

Diversos mecanismos explicativos fueron propuestos para este efecto. Desde un paradigma operante skinneriano se plantea que el reforzamiento de las conductas evitativas propias de la fobia ocurriría por el alivio que la huida provoca, por lo tanto, al impedir está forzando al individuo a permanecer frente a la situación temida la ansiedad llegaría a un punto en que desparecería.

La efectividad de la exposición en las fobias, y en otros trastornos de ansiedad, ha sido firmemente comprobada, la naturaleza de los mecanismos de acción que la subyacen son aún hoy fuente de debate.

Citando a John Locke (1632), uno de los filósofos más iluminados: "si tu hijo tiene temor a los sapos aliéntalo, con comportamiento y protección, a que puede mirarlos desde lejos, mientras lo abrazas para alejar su temor. Anímalo a acercarse junto contigo, y muéstrale que no le temes, toma primero un sapo en tus manos, sin temor ni asco y muéstraselo. Y así progresivamente, hasta que él mismo sea capaz de acariciarlo, y llegar a tomarlo en sus manos como si fuera una mariposa."

Desde una perspectiva fisiológica esto ocurriría con la respuesta de ansiedad por agotamiento de la energía, recordemos que básicamente la ansiedad es activación S.N.A., por sostenimiento de la exposición produciendo un efecto de habituación a la situación. Está hipótesis sostenida por Mowrer, 1968 (Missouri, EE.UU.), afirma que la exposición ininterrumpida provoca que la intensidad de la estimulación supere el umbral máximo de respuesta fisiológicamente posible, ocurriendo como consecuencia la inhibición de la respuesta ansiosa. En este mecanismo participan tanto procesos metabólicos como sobretodo estructuras cerebrales.

En un marco cognitivo se sostendría que la no comprobación empírica en la realidad de las creencias previas del sujeto permitiría que, más allá de las explicaciones lógicas y racionales que se le podrían ofrecer, verificar que sus expectativas no acontecen acorde a sus hipótesis.

Profesionales en la temática como Aaron Beck Universidad de Pensilvania, (EE.UU., 1973), y Albert Ellis Nueva York, (EE.UU., 1962) centran sus hipótesis respecto del origen de la ansiedad en la existencia de creencias distorsionadas e irracionales. Estas creencias estarían involucradas tanto en la causa de este trastorno como en su mantenimiento y el trabajo debería estar orientado a su corrección para modificar las conductas disfuncionales. El objetivo es ayudar al paciente a la autorreflexión a partir de recursos como el diálogo socrático y la realización de planillas de autorregistros para acceder a estos principios disfuncionales y proponer perspectivas de análisis alternativos a la situación. Este método se conoce como Reestructuración Cognitiva.

Según Michael Mahoney (EE.UU., 1991) los cambios en la respuesta de ansiedad dependerán de los significados cognitivos atribuidos a la situación que la genera. En general los enfoques cognitivos proponen que toda conducta resultaría del procesamiento de la información de la realidad que la persona haga acorde a la organización cognitiva de la cual emergen sus significados personales.

Siguiendo en el espectro de los enfoques cognitivos otro paradigma teórico que no podemos dejar de mencionar en este recorrido es el Modelo Transaccional del Estrés propuesto por Richard Lazarus y Susan Folkman de la Universidad de Berkeley, California (EE.UU.), con significativas implicancias clínicas para el afrontamiento de los trastornos de ansiedad.

Estos autores plantearon que la ansiedad disfuncional o desadaptativa era resultante de una serie de procesos de evaluación cognitivos tanto del ambiente como de sí mismo a partir de los cuales la persona percibe que sus recursos personales resultaban insuficientes para hacer frente a las amenazas (problemas, obstáculos, dificultades) de su ambiente. Este enfoque de orden cognitivo sostiene que cuando la persona se considera capaz de enfrentar exitosamente estos desafíos se activan un bajo nivel de ansiedad que cumple una función movilizadora hacia la situación que lo aqueja con el fin de resolverla.

Por el contrario, cuando esta evaluación tiene un saldo inverso, es decir la persona considera que sus capacidades resultan insuficientes para enfrentar la situación, el individuo escapa de ella con el único objetivo de obtener un alivio emocional.

Estas estrategias, ya sea activas orientadas a la solución del problema cuando se auto percibe suficientemente eficaz, o de carácter pasivo-evitativo cuando evalúa a la situación como insuperable y emocionalmente agobiante alejándose para obtener alivio pueden ser tanto de tipo cognitivas como conductuales dependiendo si en el estilo personal de cada sujeto predominan las respuestas de acción o procesos mentales en su reportorio.

En todo lo antes mencionado podemos ver claramente la complementariedad de los mecanismos en los cuales existiría una correspondencia entre las asociaciones experienciales con el ambiente, los significados atribuidos y los procesos neurofisiológicos, tanto a nivel explicativo como en sus posibles abordajes de tratamiento y la importancia fundamental del trabajo interdisciplinario en los equipos clínicos entre psicólogos y médicos de diferentes especialidades.

Abordaje psicofarmacológico básico de los trastornos de ansiedad

por Silvia Riba

El hecho de que los trastornos de ansiedad y depresivos compartan algunos factores etiológicos y determinadas alteraciones fisiológicas o anatómicas explicaría la alta comorbilidad clínica entre ambos trastornos y la buena respuesta terapéutica a algunos fármacos de la misma clase, como ciertos antidepresivos.

Los objetivos del tratamiento para los trastornos de ansiedad se deben basar no solo en la reducción de la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico si los hubiera, sino también en la disminución de la ansiedad anticipatoria y las conductas evitativas.

Diferentes herramientas terapéuticas demostraron eficacia en numerosos estudios controlados y aleatorizados como tratamiento inicial de los distintos tras-

tornos de ansiedad. En general vamos a considerar como tratamiento de primera línea el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) principalmente sertralina, paroxetina, citalopram y escitalopram, luego los antidepresivos duales como la venlafaxina (IRSN) y otros antidepresivos como ciertos tricíclicos (ATC), y por último mencionar el uso combinado con benzodiacepinas (BDZ) y otros ansiolíticos no benzodiacepínicos como la Pregabalina o los antipsicóticos atípicos como la quetiapina.

La menor incidencia de efectos adversos de los ISRS y de la venlafaxina hacen que estos agentes sean la mejor opción farmacológica inicial. En comparación con las benzodiazepinas (BDZ), los antidepresivos se diferencian por no generar dependencia y por ser eficaces en la comorbilidad frecuente con depresión. Los ATC demostraron similares tamaños de efectos que los ISRS en cuanto a la disminución de los síntomas de ansiedad, pero tienen una menor utilidad clínica debido a sus efectos secundarios y mayor riesgo de toxicidad.

Las BDZ, principalmente clonazepam y alprazolam, suelen ser útiles en las primeras etapas del tratamiento. Recordemos que por el mecanismo de acción de los antidepresivos, el efecto terapéutico demora entre 4 a 6 semanas en comenzar a evidenciarse. Incluso dentro de las 2 primeras semanas de tratamiento los antidepresivos pueden presentar entre sus efectos adversos síntomas de activación del SNC tales como ansiedad, insomnio e irritabilidad. Es por esto que en la práctica se suele iniciar con ISRS en dosis bajas, en combinación con alguna BDZ para contrarrestar estos efectos y mejorar la adherencia al tratamiento, y una vez que los antidepresivos comienzan a actuar y disminuir los síntomas de ansiedad, se debe intentar la discontinuación de las BDZ. Una opción al uso de BDZ es la Pregabalina, que no produce síntomas de tolerancia ni abstinencia, aunque no sería de tanta utilidad para las crisis de ansiedad ni otros síntomas asociados como el insomnio.

Mencionamos el uso de antipsicóticos atípicos, los cuales suelen reservarse para pacientes con sintomatología grave o resistente, o cuando los antidepresivos producen efectos adversos intolerables.

Respecto a la duración del tratamiento farmacológico, y siendo la mayoría de los trastornos de ansiedad de características crónicas con tendencia a la recurrencia, se propone en las distintas guías de tratamiento una duración de 6 a 18 meses.

Una vez que se decide discontinuar el tratamiento farmacológico debe tenerse en cuenta que si existe recurrencia se implementa nuevamente la medicación con la mínima dosis que resulte efectiva en cada caso. Para evitar la recurrencia deben tenerse en cuenta algunas variables como la motivación del paciente, la presencia de factores de estrés psicosocial y los trastornos comórbidos.

Cabe destacar que, en diferentes estudios, la psicoterapia mostró mayor eficacia a largo plazo que la farmacoterapia, por lo que la continuidad de la psicoterapia podría disminuir la tasa de recurrencias una vez que se retira el tratamiento farmacológico.

Integración y conclusiones

Como planteábamos en nuestro desarrollo inicial acerca de la evaluación, los problemas humanos no coinciden con la perspectiva de quien ha desarrollado sistemas clasificatorios de trastornos psiquiátricos. La complejidad de los problemas que pueden llevar a las personas a una consulta profesional (incluya o no síntomas de una gran categoría nosológica, por ej. ansiosos o depresivos) resulta siempre mayor y presenta una mayor variedad que un conjunto limitado de síntomas y signos, susceptible de ser descripto y compartido entre los integrantes de una comunidad profesional. Ahora bien: este tipo de clasificaciones resultan sumamente útiles y necesarias para el avance de la ciencia, para la investigación ligada a resultados, especialmente en el ámbito del abordaje integral que reúne a la psicología clínica y la psiquiatría –ejemplos de lo cual resultan los valiosos aportes de Silvia Riba y Daniel Venturini a esta obra–.

Vistos en consideración del estado del arte actual, los trabajos dedicados al abordaje de los trastornos de ansiedad constituyen una gran proporción de la bibliografía mundial –otro tanto podría decirse de los trastornos del estado de

ánimo–. Mal haríamos en pretender, entonces, desarrollar en estas pocas páginas un manual o tratado que abarque *todo* lo que podría presentarse a un profesional médico o psicólogo con el objeto de integrar la perspectiva sistémica y el tratamiento psicofarmacológico para lograr abordajes más efectivos y eficientes.

Pensamos, sin embargo, que lo expuesto hasta aquí constituye una aproximación útil, un mapa posible para adentrarse en el abordaje sistémico-estratégico de la ansiedad, con todo el potencial de integración que, desde nuestra perspectiva ofrece nuestra herramienta básica, que es el pensamiento sistémico. Dicha integración, como decíamos, comprende estrategias y técnicas provenientes de otros enfoques, como el cognitivo-conductual-integrativo en el ámbito de las terapias psicosociales, y el tratamiento psicofarmacológico provisto por la psiquiatría. Ello no obsta, sin embargo, que otros modelos de terapia puedan ofrecer aportes valiosos para abordar esta clase de problemas. Esperamos ser impulsores en el lector de nuevas ideas en esa línea, a fin de avanzar sobre los otros tipos de problemas que hemos previsto en nuestra hoja de ruta con una perspectiva lo más integradora, amplia y a la vez precisa, que resulte posible.

Bibliografía

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los tras tornos mentales DSM-5*. Buenos Aires: Médica Panamericana

Barlow, D. (1988). *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic Disorders*. New York: Guilford Press,

Bateson, G. (1999). *Pasos Hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: C. Lohlé.

Caballo, V. (2015). *Manual de Técnicas y Terapia de Modificación de Conducta.* México: Siglo XXI.

Beck, A.; Emery, G. (2014). *Trastornos de Ansiedad y Fobias.* Bilbao; DDB,

Casabianca, R.; Hirsch, H. (1989). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un modelo de registro para la terapia del M.R.I.* Santa Fe: Centro de Publicaciones, Universidad del Litoral.

Clark, D.; Beck, A. (2018). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. Science and Practice*. New York: Guilford Press,

Ellis, A. (1997). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: DDB,

Emmelkamp, P. (2014). *Manual de Trastornos de Ansiedad*. New Jersey: John Wiley and sons.

Eysenck, H. (1982). *Bases Biológicas de la Personalidad*. Barcelona; Fontanella., Barcelona.

Fernandez Moya J.; Richard, F. (2017). *De crianzas y socializaciones. La impronta relacional en la evaluación clínica.* Mendoza: Universidad del Aconcagua.

Fernandez Moya J.; Richard, F. (2020). *Después de la pérdida*. 3ª Edición. Mendoza: Universidad del Aconcagua.

Fernández Moya, J. y colaboradores. (2021). *En busca de Resultados. Una introducción a la terapia sistémica*. 4° Edición. Tomo I, Mendoza: Universidad del Aconcagua.

Fernandez Moya J.; Richard, F. (2021). *El presente de la historia. De la impronta relacional a la construcción de la personalidad.* Mendoza: Universidad del Aconcagua.

Fisch, R.; Weakland, J.; Segal, L. (1984). *La táctica del cambio.* Barcelona: Herder.

Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas***.** Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1988). La terapia estratégica. En ELKAIN, M. *Formaciones y prácticas en terapia familiar*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Hirsch, H.; Rosarios, H. (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales.* Buenos Aires: Nadir.

Marks, I. (1991). *Miedos, Fobias y Rituales, Mecanismos de la Ansiedad.* Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R.; Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Maturana, H, (1995). *La realidad: ¿objetiva o construida? Fundamentos biológicos de la realidad.* México: Anthropos.

Mc Goldrick, M.; Gerson, R. (1987). *Genogramas en la evaluación familiar.* Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. (1987). Mis múltiples voces. Sistemas familiares, Año 3, vol.

Mowwers, O. H.; *Learning Theory and Behaviour.* Legare Street Press. UK 1960

Pervin, L. (1996). *La ciencia de la personalidad*. Madrid: Interamericana,

Pittman Iii, F. (1990). *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis.* Buenos Aires: Paidós.

Richard, F. (2006). *Soluciones intentadas al problema de la esquizofrenia*. Mendoza: Universidad del Aconcagua.

Watzlawick, P., Beavin, J.; Jackson D. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P.; Nardone G. (2000). *Psicoterapia estratégica breve. Pasos hacia un cambio en la percepción de la realidad.* Buenos Aires: Paidós.

Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1976). *Cambio.* Barcelona: Herder.

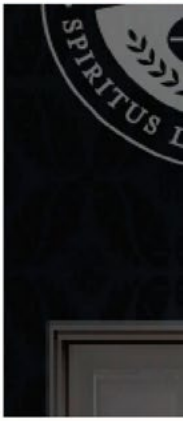
Winkin, I. (2001*). La nueva comunicación*. Barcelona; Kairós.

Wolpe, J. (1981). *Psicoterapia por Inhibición Recíproca*. Bilbao: DDB.

Zeigg, J. (1985). *Un seminario didáctico con Milton Erickson.* Buenos Aires: Amorrortu.

De trastornos a problemas de salud mental

- Principios para integración
- Problemas de ansiedad



Los autores demuestran su conocimiento y dominio de la Psicopatología...
Hago votos para que (...) no dejen nunca de pertenecer a la logia de la PHILOMATÍA,
como llama PLATÓN al amor por la enseñanza.

Ricardo Sardi

La obra apunta a mostrar el abordaje integrativo, sistémico y farmacológico de los distintos cuadros psicopatológicos incluidos en el DSM-5. Incluye aportes de colegas médicos psiquiatras y psicólogos clínicos sistémicos y formados en otros modelos de psicoterapia. Parte de la hipótesis de que buena parte de consultas se realizan por problemas que, cuando no se resuelven, se transforman en trastornos.

Los próximos volúmenes abordarán, entre otros, los problemas/trastornos del ánimo; problemas/trastornos psicosomáticos y problemas de/en la familia y las parejas que facilitan la formación de trastornos de distintos tipos.

Este primer volumen comprende algunos fundamentos del modelo sistémico -incluida la evaluación- y el abordaje de los problemas que en ocasiones devienen trastornos.

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

ISBN 978-987-4971-82-1