

UNA MIRADA SISTÉMICA AL CASO DE UNA ADOLESCENTE CON FOBIA  
SOCIAL

ALIX MARLEN GUERRERO RODRÍGUEZ

MONOGRAFÍA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA  
EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Directora:

Mg. SANDRA MILENA FONTECHA PABON

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA  
BUCARAMANGA  
2016

## CONTENIDO

RESUMEN-----	3
ABSTRAC-----	4
INTRODUCCIÓN-----	5
REFERENTE CONCEPTUAL-----	6
FORMULACIÓN DEL CASO CLÍNICO-----	22
COMPRENSIÓN SISTÉMICA DEL PROBLEMA-----	16
ANÁLISIS DESCRIPTIVO-----	16
ANÁLISIS EXPLICATIVO-----	17
PROCESO DE INTERVENCIÓN-----	18
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN-----	18
INSTRUMENTOS DE INTERVENCIÓN-----	19
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO-----	21
RESULTADOS-----	24
DISCUSION-----	25
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES -----	28
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS -----	29

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

**TITULO:** UNA MIRADA SISTÉMICA AL CASO DE UNA ADOLESCENTE CON FOBIA SOCIAL

**AUTOR(ES):** ALIX MARLEN GUERRERO RODRIGUEZ

**FACULTAD:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR(A):** Psic. Mg. SANDRA MILENA FONTECHA PABÓN

### RESUMEN

En este estudio de caso se presenta el abordaje de adolescente que presenta fobia social como expresión de la dinámica familiar, organizada alrededor de una polaridad semántica, que está en el dilema dependencia/ necesidad de protección y la libertad e independencia, donde las emociones de base son miedo versus valentía, que se retroalimenta con narrativas sobre la incapacidad de defenderse por sí misma en un entorno que se percibe amenazante. Se realizó el proceso de intervención desde la terapia sistémica en catorce sesiones organizadas en tres momentos: evaluación del sistema familiar identificando la organización que mantiene el síntoma; el segundo grupo de sesiones se orientó a generar cambios en las pautas de interacción familiar y en ampliar la perspectiva de la adolescente acerca de sí misma identificando los recursos, habilidades y fortalezas que le permitieron tener poder sobre el síntoma, y finalmente se realizó cierre del proceso valorando los logros alcanzados.

### PALABRAS CLAVES:

fobia social, adolescente, dinámica familiar, polaridad semántica, terapia sistémica

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

## **GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** A SYSTEMIC LOOK AT THE CASE OF A TEEN WITH SOCIAL PHOBIA

**AUTHOR(S):** ALIX MARLEN GUERRERO RODRÍGUEZ

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** Psic. Mg. SANDRA MILENA FONTECHA PABÓN

### **ABSTRACT**

In this case study addressing teenager posing social phobia as an expression of family dynamics is presented, organized around there is a semantic polarity, which is in the dependency / need for protection and freedom dilemma and independence, where emotions base are fear versus courage, which feeds with narratives about the inability to defend itself in an environment that is perceived threatening. The intervention process was carried out from systemic therapy in fourteen sessions organized in three stages: assessment of family system by identifying the organization that maintains the symptom; The second group session was aimed at generating changes in patterns of family interaction and broaden the perspective of the adolescent about herself identifying resources, skills and strengths that enabled him to have power over the symptom, and finally closing took place from valuing process achievements.

### **KEYWORDS:**

social phobia, teen, family dynamics, semantic polarity, systemic therapy

### **V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## **Introducción**

La práctica de Especialización en Psicología Clínica desde la perspectiva sistémica se realizó en la Comisaria de Familia del municipio de Villa del Rosario (Norte de Santander), que permitió abordar diversos casos, brindando atención psicológica en modalidad individual y familiar.

En la Comisaria de Familia existe la necesidad de contar con un profesional especialista en psicología clínica que abarque el trabajo terapéutico desde el proceso evaluativo, de diagnóstico e intervención, debido a la gran demanda de consultantes que no alcanzan a ser cubiertos por el sistema de salud, a la complejidad de las problemáticas que ameritan un proceso constante y secuencial que las I.PS. no brindan, así mismo las personas que acuden a esta entidad pertenecen a estratos socio-económicos 1, 2 y 3 que no les permite acceder a una consulta con especialista por los altos costos, de esta manera la Comisaría de Familia es una opción por ser un servicio gratuito, de fácil acceso y con un profesional especializado en el área clínica.

Durante el ejercicio de práctica clínica se realizaron labores de evaluación, diagnóstico y tratamiento con el fin de dar respuesta a las problemáticas de los consultantes, considerando los distintos contextos de interacción. La mirada del psicólogo clínico desde un enfoque sistémico hace que su intervención se realice desde diferentes ángulos, los cuales al conectarse dan una comprensión más amplia de la situación problemática, que guían el abordaje individual como familiar. Desde este marco de referencia se abordaron diversas situaciones problema para los consultantes como conflictos en la relación parento-filial, dificultades en el comportamiento escolar, violencia intrafamiliar, dificultades en el ejercicio de la autoridad de los padres hacia los hijos, entre otros. En estas situaciones se observó que los consultantes acuden solo al momento del problema, abandonando el proceso en poco tiempo, en tanto aquellas personas que enfrentaban situaciones de mayor complejidad como duelos, ansiedad, depresión y fobias se mantenían durante el proceso terapéutico obteniendo resultados positivos en cuanto a su problema, como es el caso que se describirá en este documento.

En este trabajo se describe el estudio de caso de Yenni, nombre que se cambió para preservar la identidad de la consultante, la cual acude a consulta por su ansiedad para salir de casa o afrontar situaciones que le implicaran estar en público, lo cual limitaba su

desempeño en distintas áreas de su vida. El proceso terapéutico implicó catorce sesiones, entre individuales y familiares. En ellas la consultante pudo comprender su situación personal, identificar sus vínculos, evaluar sus reacciones y reestructurar tanto sus pensamientos como reconstruir el tipo de relaciones que sostiene.

### **Referente Conceptual**

Desde la perspectiva sistémica los síntomas son no son vistos desde la individualidad, sino en un contexto interaccional, por lo tanto cuando surgen en la red de relaciones en que se desenvuelve la persona, por lo general es la red familiar. Por lo tanto en este apartado se mostrará la definición de la fobia desde manuales de clasificación como el DSM IV y otros autores, así como la comprensión sistémica de esta, abordando en primer lugar la definición de familia, por ser este el espacio donde se construyen los vínculos y la vida emocional del individuo, posteriormente se explica cómo surgen las dificultades desde la mirada sistémica, la comprensión relacional del trastorno fóbico y algunos planteamientos para la intervención.

La familia, según Maganto (2004), es el primer sistema social y contiene todos los elementos de un sistema: atiende al principio de totalidad por lo cual cualquier cambio en una persona generan también cambios en el resto de los integrantes de la familia y en el sistema; tiene una organización estructural, es decir, una forma de organización; las interacciones son de carácter circular no lineal; los resultados de un sistema se fundan en el principio de equifinalidad. Por su parte Minuchin (2003), define la familia como un grupo social natural, donde las interacciones de sus integrantes dependen de los estímulos que surgen en el interior del sistema, lo que conlleva a la protección de sus miembros, así mismo al exterior de este se da el ajuste a la cultura y la transformación de la misma.

De otra parte, Minuchin (2003), afirma que la familia es “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia”, en otras palabras que la familia tiene una pautas o formas de relación que se dan de acuerdo a una normas o reglas de funcionamiento familiar, que definen quiénes del sistema pueden participar en esa interacción, con quién y de qué manera. Según Minuchin

(2003), cuando algún integrante del sistema se desvía o actúa fuera de esta dinámica, saliéndose del equilibrio entonces aparece el síntoma. Hernández (2006), muestra cómo el síntoma no se considera un problema en sí, sino un signo de alarma del funcionamiento del sistema al cual pertenece el paciente índice, es decir, el portador del síntoma. Esto conlleva a afirmar que en la perspectiva sistémica, el síntoma tiene sentido dentro de una lectura en el contexto familiar donde surge.

De acuerdo con lo anterior, el síntoma no es el problema, es una expresión del funcionamiento del sistema, y el problema como señala Hernández (2006), sería la dificultad del sistema para dar el paso de una forma de funcionamiento alrededor del síntoma a otra forma de organización donde este no se requiera, y esto es lo que orienta el objetivo de la intervención. Así mismo, el síntoma o dificultad se vuelve un problema cuando las personas lo definen como tal, se expresa con frecuencia y de manera continua, ante su exacerbación se dan distintas soluciones que ayudan a mantenerlo (Hernández, 2006). En conclusión, como afirma Hernández (2006), cuando un problema se vuelve crónico, es decir, perdura en el tiempo, es el resultado de una dificultad que se ha tratado de resolver mediante soluciones que no son eficaces.

Se ha explicado cómo se comprende el síntoma en el contexto del sistema familiar, en este caso el síntoma es la fobia social, la cual se definirá desde la perspectiva sistémica una líneas más adelante, pues primero se abordará la definición que se hace en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV) y de otros autores, mostrando la prevalencia de la fobia a nivel nacional.

Según el DSM-IV (APA, 1994) la fobia social se define como un temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público por la posibilidad de una evaluación negativa de los demás; en concreto, la persona teme en esas situaciones mostrar síntomas de ansiedad y/o actuar de una forma que sea embarazosa o humillante para ella. Por otra parte Caballo y Mateo (2003 citados por Meca, 2004) indican que la fobia social se distingue de los otros trastornos por el miedo y la evitación de un mayor número de situaciones interpersonales que suponen el componente nuclear de este cuadro

clínico, y por la mayor interferencia de los temores sociales en la vida cotidiana de los pacientes.

Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas (Caballo y Mateo, 2003 citados por Meca, 2004). Al contrario que la mayoría de las fobias, las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres. Algunas de las fobias sociales son restringidas (por ejemplo, a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar (Caballo y Mateo, 2003 citados por Meca, 2004). Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas, puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico y la conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto (Caballo y Mateo, 2003 citados por Meca, 2004)..

Teóricamente se caracterizan dos subtipos de fobia social: específica y generalizada. (Turner, Beidel y Townsley, 2002), citados por (Sánchez y Colbs, 2004), delimitan la fobia social generalizada como “ansiedad ante situaciones de interacción social” y la ansiedad específica como el “miedo a situaciones de actuación social”. Otros autores como Stein (1997) considera que quienes padecen fobia social se pueden dividir en tres categorías: una abarca a los que presentan únicamente miedo a hablar en público, otra incluye los que muestran miedo a hablar en público acompañado de otro miedo social y el tercer grupo abarca los que sufren miedo a una gran variedad de situaciones sociales. Los dos primeros corresponden a la denominada fobia social específica, mientras que el último se ubica en el subtipo de fobia social generalizada.

Frente a los orígenes de la fobia social algunos autores agrupan el origen de la fobia social en factores hereditarios y factores sociales (Torgersen, 2000 citado por Ballesteros (2004). En estudios con poblaciones adultas se ha observado que familiares de adultos con trastornos de ansiedad, rechaza la transmisión de una vulnerabilidad, o predisposición,

encuentran que el riesgo para sufrir fobia social y Trastorno de la personalidad es 10 veces mayor entre los familiares solamente de los diagnosticados de fobia social generalizada. Turner y Beidel 2003, citados por Ballesteros, 2004) ,observan en una pequeña muestra de niños con fobia social que el 43% tienen al menos un familiar en primer grado que experimenta ansiedad ante situaciones sociales. Last y cols (1999 citados por Ballesteros, 2004), encuentran, que con mayor frecuencia se presenta fobia social y trastorno de evitación en familiares de primer grado en pacientes con estos cuadros clínicos. Otros estudios citados por Ballesteros (2004), habían observado; también, que la frecuencia de fobia social en los familiares de pacientes con este trastorno era más alta que en familiares con trastorno de pánico. Coincidente se ha comprobado que los padres de niños con fobia social sufren con frecuencia trastornos de ansiedad y fundamentalmente fobia social.

Continuando con los estudios citados por Ballesteros (2004), indican que el temperamento y rasgos de personalidad influirán en las relaciones del niño con sus compañeros, con adultos y familiares, y a la vez van a ser influidos por ellos. En los primeros años de la vida son los padres quienes proponen, o no, oportunidades de relación social a sus hijos. Finni y Russell (1998 citados por Ballesteros, 2004) indican que las madres de niños poco aceptados por sus compañeros en el grupo proveen escasas estrategias para incluirse e interactuar en estos grupos, en relación a las de los niños que son considerados "populares". (Messer y Beidel, 2000 citados por Ballesteros, 2004) también describen ambientes familiares más restrictivos en los niños con estos trastornos de ansiedad. Finalmente Bowlby (citado por Ballesteros, 2004) mantiene la tesis de que la ansiedad ante el extraño y de separación de la madre tienen un valor de supervivencia, y forman parte de señales neurobiológicas, determinadas genéticamente, en la filogénesis. Las investigaciones de Bowlby sobre la formación del vínculo, fueron coincidentes con las observaciones que Spitz (1998), había realizado en los niños, añadiendo la influencia de la calidad de este vínculo en las relaciones futuras del niño con los otros compañeros y personas adultas, familiares o no.

A nivel neurobiológico las investigaciones de la ansiedad social abarcan ámbitos muy diversos, que contribuyen asimismo al conocimiento de la clínica y a la mayor eficacia terapéutica. Ballesteros (2004) indica que en la ansiedad participan los sistemas

noradrenérgico, serotoninérgico, dopaminérgico y gabaérgico, así como de la colecistoquinina (CCK) y neuropéptido Y (NPY). Incrementos en la función noradrenérgica se han asociado con estados de ansiedad; actuarían aumentando la atención y vigilancia ante situaciones amenazantes. Varios estudios con modelos animales y con pacientes que sufren trastornos de ansiedad han implicado a la serotonina como mediador en el miedo y la ansiedad. En estudios neuroevolutivos Stein y Bouwer, citados por Ballesteros (2004) han observado que la serotonina incrementa las conductas sociales en primates, mientras que su reducción provoca evitación de las mismas. En el caso de la dopamina las investigaciones indican que en pacientes adultos con fobia social se ha observado disminución del ácido homovanílico - metabolito de la dopamina - en líquido cefalorraquídeo.

La prevalencia de la fobia social de acuerdo a Méndez, Sánchez y Moreno (2001), alcanza índices entre el 3 y el 13%. En Colombia de acuerdo a Posada Villa y Colbs. (2006), los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales. El 19.3% de la población entre 18-65 años de edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. Estos son más frecuentes entre las mujeres (21.8%). Dentro de los trastornos de ansiedad, la fobia específica es la de mayor prevalencia de vida con 13.9% en mujeres y 10.9% en hombres, seguido por la fobia social que es similar en ambos géneros con un 5% de prevalencia de vida. Por otra parte, la edad de inicio de estos trastornos fluctúa entre los 7 años en el trastorno de fobia específica y los 28 años para el trastorno de estrés post traumático. Comparando las cinco regiones en las que se dividió el territorio nacional para la aplicación de la encuesta, se encontró que la Región Pacífica y Bogotá D.C son las que presentan la prevalencia más elevada de trastorno de ansiedad alguna vez en la vida con 22.0% y 21.7% respectivamente. La Región Atlántica presenta la menor prevalencia (14.9%). Respecto a las medidas sobre funcionamiento/discapacidad, el trastorno de estrés postraumático es el que genera una mayor discapacidad y siguen en su orden el trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada, la Fobia social y la Agorafobia sin pánico. En conclusión y siguiendo a Posada Villa y colbs (2006), en Colombia la fobia específica es la de mayor prevalencia de vida con 13.9% en mujeres y 10.9% en hombres, seguido por la fobia social que es similar en ambos géneros con un 5% de prevalencia de vida.

La fobia desde la perspectiva sistémica o mejor aún la organización fóbica se da en un contexto de relaciones en el sistema familiar donde existe una polaridad semántica, es decir, un dilema que está entre la dependencia/ necesidad de protección y la libertad e independencia, donde las emociones de base son miedo vs. valentía (Ugazio, 2001). En estas familias, el mundo externo se percibe amenazante al igual que llegar a expresar las emociones, y debido a esto la persona ve en el otro su fuente de seguridad y protección (Ugazio, 2001). Según esta misma autora, se considera libre e independiente aquella persona que sola, enfrenta el mundo considerado peligroso, y así se ve como valiente; es importante aclarar que la libertad y la independencia tiene que ver con ser libre e independiente de los vínculos y de la relación con la familia (Ugazio, 2001).

Por lo general, en estas familias la red de conversaciones se organiza sobre el miedo, el coraje, la protección y la independencia, lo que hace que los integrantes se definan como temerosos, cautos y dependientes o como valientes y temerarios, que en su vinculación con otros buscaran personas frágiles, dependientes o libres, incapaces de construir vínculos (Ugazio, 2001). En estas familias, el integrante que expresa el síntoma, es decir la fobia, se percibe tan indefenso y necesitado de protección que requiere de otro que le acompañe en las distintas actividades de su vida cotidiana, en esta polaridad, los padres muestran a sus hijos que el mundo exterior es peligroso, se tornan hiperprotectores y ponen límites a la libertad de estos (Ugazio, 2001).

Para Ugazio (2001), la fobia se mantiene por el circuito recursivo que integra los niveles del Self y la relación, donde la persona llega a sentir que la exigencia de lazos afectivos protectores es una amenaza para su estima y su self. El dilema de la persona con un trastorno fóbico estaría en no poder encontrar un equilibrio entre la necesidad de construir y mantener vínculos afectivos que le brindan seguridad y protección; y la necesidad de sentirse libre, independiente con capacidad para explorar el mundo. Siente que no puede alejarse ni física ni psicológicamente de las figuras protectoras porque se percibe débil y necesita refugiarse en estas, aunque siente que le restan libertad y autonomía; si tales figuras se alejan, entonces se verá enfrentado a un mundo amenazador que no logra manejar.

Según Ugazio (2001), cuando se elevan los niveles de recursividad del circuito, la persona desarrolla los síntomas fóbicos, lo que genera una reacción protectora de su familia, que es justificada porque se da un acontecimiento externo e incontrolable, denominado enfermedad, en la cual necesita apoyo y cercanía; en esa medida se disminuyen los niveles de recursividad a límites manejables. En esta interacción, la persona tiene la necesidad de mantener la relación con aquel que le cuida, pero al mismo tiempo busca sentirse libre de ataduras para lo cual intenta controlar de manera unidireccional al otro, convirtiéndose esto en una necesidad. Esto también fue descrito por Haley (1963, citado por Ugazio, 2001), quién afirmaba que los síntomas tienen como propósito manipular el rumbo de las relaciones.

Desde la escuela estratégica la fobia social es vista como “el resultado de ciclos interaccionales de auto-perpetuación del miedo a los demás, donde la auto-observación del miedo y las conductas de evitación se retroalimentan recíprocamente” (Schaefer y Rubí, 2015), se esperaría que al interrumpir las conductas de evitación se acabaría el ciclo, porque a menos conductas de evitación generarían menos miedo, y así sucesivamente. Las soluciones intentadas consisten en utilizar el aplazar la tarea hasta que logre dominarla. (Schaefer y Rubí, 2015). Al respecto Nardone y Portelli (2006), señalan que cuando una persona solicita ayuda y se le da, esta solución que se intenta contribuye a alimentar y confirma el problema, por lo tanto es importante tener en cuenta el sistema de ayuda que se activa para resolver la situación, porque no sólo los intentos de la familia, sino todo lo que se hace para atender la situación pueden volverse parte de las soluciones que mantienen el problema.

En relación con la intervención sistémica, Nardone y Portelli (2006), señalan que en primer lugar es importante definir el problema, aclarando de manera concreta cuál es y cómo funciona el sistema interactivo que contribuye a mantenerlo, esto lleva a que desde la primera sesión el terapeuta observe la persona y la manera como describe el problema. También estos autores plantean que el terapeuta debe tener en cuenta algunas características que presentan los problemas humanos, esto se puede realizar siguiendo lo planteado por Greenberg (1980, citado por Nardone y Portelli, 2006), quién señala que hay tres categorías generales de los problemas en que se mueven los seres humanos: a) la interacción entre la

persona y sí misma; b) la interacción entre la persona y los demás y c) la interacción entre la persona y el mundo (medio social, valores, normas). Cuando alguna de estas áreas no funciona bien, dado el principio de interdependencia, las demás tampoco lo harán.

Otro aspecto importante para Nardone y Watzlawick (2007), son los objetivos terapéuticos, donde se recomienda que se puedan alcanzar de manera gradual, que permitan verificarse de manera progresiva y que se pueda controlar el trabajo. Los objetivos terapéuticos permiten hacer una sugestión positiva en el consultante cuando se puede negociar y hacer acuerdos sobre el tiempo de la terapia y las expectativas de curación, esto refuerza el sentido de colaboración y confianza de la persona (Nardone y Watzlawick, 2007). En relación con la intervención, Nardone y Portelli (2006), señalan que una reestructuración específica ayuda a interrumpir rápidamente el círculo vicioso de la fobia y la ansiedad, esta técnica consiste en informarle al consultante que se le reconoce que necesita ayuda y debe solicitarla, y aunque pareciera ser beneficioso hacer esto, es importante que piense en que cada vez que pasa esto, está empeorando el trastorno. Esto lo llama Nardone y Portelli (2006), la técnica del miedo contra el miedo, pues afirman que el miedo a aumentar y agravar el problema es mucho peor que los miedos que empujan a la persona a solicitar ayuda.

Las prescripciones paradójicas son útiles para cambiar el sistema perceptivo-reactivo del consultante, pues cuando evita no pensar en los miedos, esto paradójicamente le lleva a pensar más en estos (Nardone y Portelli, 2006). La prescripción consiste en pedirle al consultante que cada día a una hora específica, dedique media hora a esforzarse voluntariamente a evocar la situación de la fobia, con la ansiedad y todo el malestar que experimenta y esto debe vivirlo durante media hora, al finalizar suspende el ejercicio y retoma sus labores (Nardone y Portelli, 2006). La intervención estratégica breve es prometedora, autores como Rakowska (2011), llevaron a cabo procesos desde esta perspectiva encontrando que las técnicas paradójicas acompañadas del re-encuadre permitieron mostrar mejoras en las personas con fobia social, manteniendo la mejoría a través del proceso de seguimiento, sin embargo tiene un valor limitado cuando existen recaídas en consultantes con desordenes de la personalidad.

Desde el Centro de Terapia Estratégica en Arezzo (Italia), se ha venido trabajando desde los años 80 en la atención en situaciones de miedo, pánico y fobias, y de acuerdo a lo que narra Nardone y Portelli (2006), se han logrado realizar publicaciones que muestran que la mayoría de los casos atendidos, suelen resolverse entre la sesión 10 y 12, así mismo señalan que en la década del 2000, la efectividad de la terapia sistémica de corte estratégico mostró un 95% de efectividad en el tratamiento de ansiedad, fobia y ataques de pánico (Nardone y Watzlawick, 2007). La terapia sistémica ha logrado desarrollos interesantes en la intervención de este tipo de situaciones, donde no sólo juega las técnicas y particularidades del consultante sino también la habilidad del clínico para acompañar y direccionar el proceso terapéutico.

### **Formulación del caso clínico**

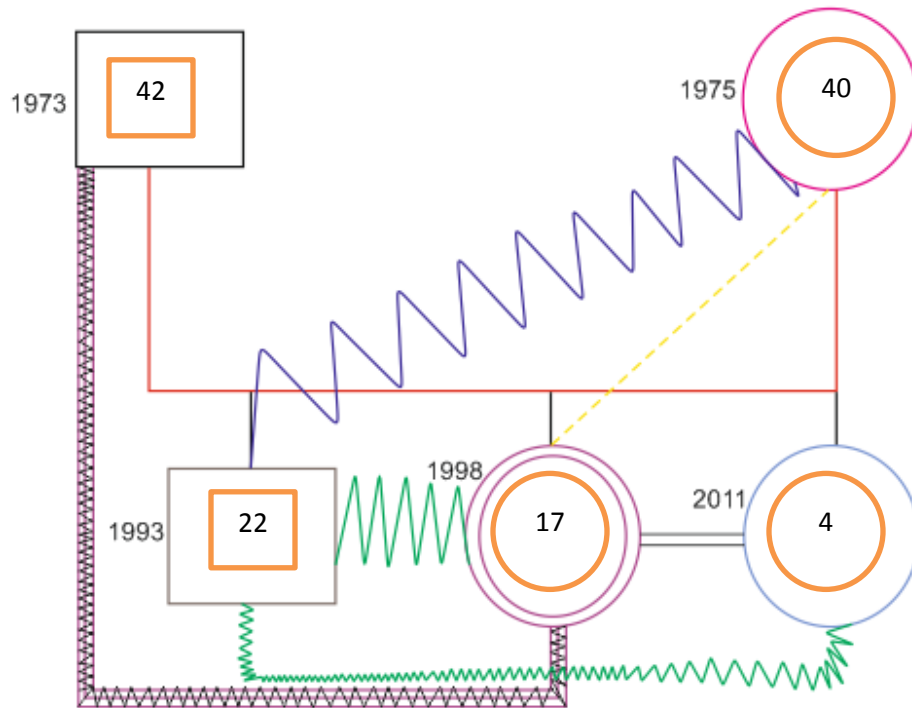
#### **Información General**

Este estudio de caso corresponde a una adolescente, denominada Yenny con 17 años de edad, ocupa el segundo lugar entre sus hermanos, pertenece a una familia nuclear integrada por el progenitor que se ocupa en zapatería, su esposa dedicada a oficios del hogar y ayudante en la zapatería en tiempo libre, sus otros dos hijos: hombre de 22 estudiante de arquitectura, y la hija menor de 4 años, que está en preescolar.

La consultante tiene un nivel de formación de bachillerato y con proyecto de iniciar estudios universitarios. Ella asiste en busca de ayuda profesional por sus propios medios y expresa “Tengo ansiedad para salir y estar con mucha gente, en clase es difícil e incómodo, siento intranquilidad, sudoración, aceleración en el corazón, me pongo fría, nervios, no me quedo quieta en la mirada observando quien está al alrededor”. Manifiesta, inicialmente, que con los miembros de su familia hay cercanía y buena relación; con su hermano mayor el vínculo es distante y relata que en ocasiones se han presentado dificultades en el subsistema fraternal.

Como antecedente Yenny relata que cuando tenía entre 12 y 13 años en varias ocasiones de autolesionaba como acto de rebeldía con sus padres. Se evidencia culpa y labilidad emocional en la medida que avanza en el relato de su historia personal. Luego de escuchar su relato inicial se estableció el encuadre y se plantearon realizar sesiones individuales y familiares.

## Genograma Familiar:



El genograma familiar muestra el esquema de una familia nuclear, en la etapa del ciclo vital denominada familia con hijos adultos, está compuesta por los subsistemas conyugal y fraternal. La relación entre los miembros de la pareja oscila en momentos de cercanía y apoyo, y de tensión y conflicto. Existe una relación de cercanía entre el padre y la hija, evidenciado en la preocupación de ella por él, siente que él se sacrifica por la familia y por esta razón ella considera que debe trabajar para colaborar en casa, sin embargo en esta relación también se dan situaciones de conflicto. La relación de la consultante con la madre es distante.

El hijo mayor tiene una relación conflictiva con la madre y con sus hermanas, debido a que no contribuye en las labores de casa. Entre Yenny y su hermano la relación es de conflicto porque ella percibe que a él no le importa las condiciones de la familia, se ocupa solo de sus asuntos y no asume responsabilidades en casa.

## Comprensión del problema desde el modelo sistémico:

### Análisis descriptivo

Se encuentra en la historia familiar que la adolescencia de Yenny, es definida por los padres como rebelde lo que les lleva a tomar la decisión de no dejarla salir, lo que desencadenó en la joven y su núcleo familiar dificultad en las relaciones tornándose agresivas. Hacia el final de la adolescencia, la consultante empieza a presentar algunos síntomas cuando tiene que salir de la casa y dirigirse a un lugar abierto donde hay varias personas, ella presenta sudoración, incremento del ritmo cardíaco, ansiedad, temor y deseos de retornar a casa. Esto no le permite sentirse bien frente a otras personas. Sus antecedentes indican haber tenido episodios de autolesiones pero superadas luego de los catorce años. En la actualidad ella está preparando el ingreso a la educación superior, lo que ha hecho recurrentes los episodios de ansiedad, que se muestran con frecuencia cuando debe enfrentarse a situaciones como tomar el transporte y exponer en clase, así mismo se identifica que la actitud del hermano mayor hacia ella genera también ansiedad.

Esta situación la ha convertido en una persona solitaria, con pocos amigos, permanece la mayor parte del tiempo encerrada. Cuando le ayuda a su padre en la fábrica prefiere que hacer el trabajo sola, su padre es quien le lleva los materiales y retira los trabajos elaborados. Cuando intenta salir puede demorar hasta dos días preparándose para esto, lo que le genera más angustia. Aunque los padres se muestran muy preocupados por su comportamiento, sus propias ocupaciones por el trabajo no les da tiempo para acercarse a ella y buscar soluciones al problema.

La situación que vive Yenny ha afectado su relación con los demás miembros de su familia, la torna insegura frente a su proyecto de vida, aunque su deseo por estudiar sigue siendo su mayor motivación. Se identifican en ella habilidades y competencias como la disciplina, su capacidad por luchar para alcanzar las metas que se propone, capacidad de análisis y comprensión, habilidad para desarrollar tareas manuales. Así mismo, está trabajando para ayudar con la manutención de la casa, percibe que la relación con los compañeros de trabajo es distante, debido a su dificultad.

### **Análisis explicativo**

Desde la perspectiva sistémica la fobia social de Yenny se puede explicar a través de un modelo de organización relacional, donde experimenta una marcada tendencia a responder con miedo y ansiedad (acompañadas de una reducción más o menos marcada por el comportamiento autónomo), cuando sabe que debe enfrentarse a salir a realizar alguna actividad en la que requiere interactuar con otras personas, el miedo en Yenny es una reacción de carácter defensivo ante cualquier posibilidad de perturbación del equilibrio afectivo que pueda percibirse como pérdida de la protección y dependencia, que expresa en su narrativa, al afirmar, que necesita sentirse acompañada para estar segura. Esta situación si bien le da tranquilidad, también le genera frustración porque desea ser libre e independiente, de tal manera que pueda tener amigos, ir a la universidad sin temores, tareas que son propias de su etapa del ciclo vital.

En cuanto a la familia, los padres tienden a la sobreprotección porque consideran que existen muchos peligros en el entorno de los cuales deben proteger y salvaguardar a su hija, más no pasa lo mismo con el hermano mayor, esto quizás asociado a las creencias sobre el rol de las mujeres y los hombres en el contexto del patriarcalismo. Así mismo, la rebeldía que expresaba Yenny y el hecho que se autolesionara era su forma de reaccionar ante los límites rígidos que le imponían en la familia, y que no permitieron que ella realizara tareas propias de este ciclo vital como salir con sus amigos, tomar decisiones, salir sola y participar de espacios como fiestas. La familia no logró flexibilizar su funcionamiento de acuerdo al ciclo vital de Yenny, y el ciclo vital de la familia, por el contrario ante el comportamiento de la joven, los padres optan por cuidar y restringir más, lo que aumentaba a su vez la rebeldía, generando conflictos en la relación parento-filial. Esta dinámica de la relación, convenció a los padres que su hija no es capaz de valerse por sí misma y a Yenny de insistir en su rebeldía, por lo cual opta por quedarse en casa participando de los quehaceres y aceptando que sus padres la acompañarán cada vez que salía de casa, lo que consolidó la idea sobre la incapacidad de cuidarse a sí misma y ser garante de su propia seguridad. Cuando Yenny debe enfrentar el mundo exterior con independencia, desarrolla una estrategia fóbica que permite mantener en cierta medida la seguridad y protección de la familia.

La relación conflictiva de Yenny con su hermano se alimenta porque de alguna manera ella desea tener las libertades que él si logra, dado que ella no logra enfrentarse al mundo

con libertad y autonomía, pero también porque ella está aferrada a una lealtad con sus familia que además le causa conflicto, porque ella piensa que es su obligación ayudar económicamente a sus padres pero no logra hacerlo porque siente temor de enfrentarse al mundo. Esto alimenta su rabia porque su hermano mayor logra desvincularse de estas situaciones y apartarse de lo definido por la dinámica familiar, mientras ella no puede.

### **Proceso de Intervención**

Se desarrollaron un total de 14 sesiones incluida las sesiones de evaluación, se hicieron encuentros individuales y en conjunto con los progenitores. Se establecieron tres objetivos terapéuticos atendiendo a las expectativas de la consultante:

- Interrumpir la pauta de soluciones intentadas por la consultante y su familia que mantienen el problema.
- Ampliar la perspectiva que tiene la consultante sobre sí misma, pasando de una definición a partir del déficit por una centrada en los recursos, logros y fortalezas.
- Reestructurar la dinámica familiar favoreciendo en la familia la flexibilidad del sistema ante los cambios del ciclo de vida de sus integrantes y de la misma familia.

Para el alcance de los objetivos terapéuticos se realizó un proceso de intervención en el cual se utilizaron diversas estrategias y técnicas propias del enfoque sistémico.

### **Instrumentos de evaluación**

El proceso de evaluación con Yenni se orientó en principio a definir la demanda así como hacia la visualización de los recursos que la consultante posee y le han permitido afrontar diversas situaciones en su vida. A explorar sobre su pasado y a modificar su presente a través de la generación de un contexto conversacional. Mediante la aplicación de los siguientes instrumentos que fueron analizados desde el enfoque sistémico tales como:

**Genograma Familiar:** es un método de representación pictórica que permite evaluar el desarrollo familiar a lo largo del tiempo, permite conocer aspectos demográficos, tipología estructural, estados del ciclo vital, identificar las relaciones al interior de la familia, los

roles, las jerarquías, los vínculos y conectar situaciones vividas y actuales (Pérez, Molero y Montoya, 2012).

**Interrogatorio circular:** Leuridos y otros citan a Palazzoli (1986) indica que la entrevista circular es como una forma de conducir una investigación sistemática de los cambios y diferencias en las relaciones familiares, que mantienen en forma recursiva las interacciones disfuncionales o los síntomas en una familia. Por su parte Penn citado por Leuridos y otros (1986) indica que la entrevista circular investiga los patrones de relación contextual recurrentes que constituyen el sistema familiar. La exploración de los lazos conductuales ideológicos entre la evolución del problema que se presente, los cambios en las relaciones intrafamiliares y las interacciones entre estas dinámicas, revela el círculo familiar de interrelaciones.

**Historia clínica:** que es definida como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención” (Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud citado por el Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología) Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley” a través de la cual se logró conocer la historia de cada miembro de la familia en las diferentes etapas del desarrollo. Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud.

#### **Instrumentos de Intervención:**

Durante el proceso de intervención se utilizaron técnicas propias de la terapia familiar sistémica y en algunos momentos se usaron otras correspondientes a la terapia narrativa. A continuación se describen:

**Externalización del problema:** es una herramienta planteada desde la terapia narrativa, se define como el proceso de sacar fuera una emoción, sentimiento, dándole una forma física y una identidad (White citado por Ortiz, 2008). Así mismo, señala que esta herramienta “libera a las personas para que los problemas gravísimos se puedan plantear de forma más apacible y eficaz” (White citado por Ortiz, 2008).

**Preguntas circulares:** el interrogatorio circular busca alterar las percepciones de la familia. Se formulan preguntas para poner de manifiesto conexiones entre personas, acciones, percepciones, sentimientos y contextos (Tomm citado por Beyebach y Rodríguez, 1988).

**Preguntas reflexivas:** son “preguntas hechas en la intención de facilitar la auto-curación en un individuo o familia mediante la activación de la reflexividad entre significados dentro de sistemas preexistentes de creencias que permiten a los miembros de la familia generar o generalizar por sí mismos patrones constructivos de cognición y conducta” (Tomm citado por Beyebach y Rodríguez, 1988). Existen varios tipos de preguntas reflexivas las orientadas al futuro, preguntas de cambio inesperado de contexto, con sugerencia implícita, de comparación normativa las cuales hacen que la familia sea más autónoma y genere soluciones por si misma.

**Preguntas estratégicas:** estas “se hacen para influenciar al cliente o familia de una forma específica, y se basan en asunciones lineales acerca de la naturaleza del proceso terapéutico. La intención de estas preguntas es predominantemente correctiva” (Tomm, citado por Beyebach y Rodríguez, 1988). El terapeuta por medio de estas preguntas pretende limitar las posibilidades de que los miembros de la familia sigan por el mismo camino problemático, hacer que se sientan culpables o avergonzados por haber tomado el camino equivocado (Tomm, citado por Beyebach y Rodríguez, 1988).

**Prescripción del síntoma:** La intención paradójica confronta nuestro sentido común ya que es un proceso mediante el cual el paciente es animado a hacer, o a *desear que ocurra aquello que precisamente teme* (Frankl, 1999). Esta técnica ha sido utilizada en contextos diferentes donde lo único en común es la angustia por la expectativa de fracaso o por la expectativa de colapsarse por no poder responder adecuadamente a las situaciones que se presentan. Esto último, explica Frankl (1999), es especialmente cierto en algunos tipos de obsesiones y fobias caracterizados por su gran despliegue de angustia.

**Pregunta sobre la construcción de la posibilidad:** simulan posibilidades de relación que hasta el momento no se han puesto en práctica entre estas la pregunta por el Milagro: terapia centrada en las soluciones, vas a pensar por un momento que esta noche cuando tu

llegues a la casa y por alguna razón o un milagro de la vida, cuando te despiertes por ese milagro ¿Cómo te darías cuenta que ansiedad ya no está, se ha ido? ¿Qué cosas te gustaría hacer cuando ansiedad ya no está? ¿Quién por parte de la familia se sorprenderá que ya no este ansiedad?

**Metáforas:** De acuerdo a Ortiz (2008), las metáforas permiten representar el mundo, las relaciones, los sentimientos, los comportamientos utilizando imágenes. Hablar con metáforas es una manera eficaz de recoger informaciones, de otro modo difícilmente obtenibles, de un grupo que se muestra particularmente rígido o defendido. De acuerdo a Andolfi citado por Ortiz (2008) En algunos casos, comunicar con metáforas promueve un cambio a través de tomas de conciencia a veces dramáticas. Entonces, el lenguaje metafórico introduce un cambio en la red de interacciones familiares y al hacer esto, permite una redefinición del problema y de la persona, además de implicar a todos en el proceso.

### **Descripción del proceso terapéutico**

La primera sesión se orientó a la presentación de los integrantes de la familia (madre e hija acuden al primer encuentro), el encuadre del proceso, la comprensión de la solicitud de ayuda y los objetivos del proceso. Las siguientes dos sesiones se orientaron a la evaluación familiar, comprender la estructura familiar, entender el funcionamiento de la familia y hacer la devolución a la familia sobre la comprensión del problema mostrando la manera en que la familia ha participado en la aparición de los síntomas de Yenny.

En las primeras sesiones individuales se realizó externalización del problema porque se consideró pertinente para ayudar a Yenny a tener poder sobre el síntoma que expresaba así como posibilitar que se describiera a sí mismo al margen del problema de ansiedad y temor. En este caso se invita a la adolescente a darle una forma física a la ansiedad, asignarle un nombre, se plantean preguntas acerca de la manera como está situación la ha limitado en su vida, así como los momentos únicos en que no está presente la ansiedad o ha logrado derrotarla. También se realizó prescripción del síntoma, animando a Yenny a que intente

reírse de su propio sufrimiento y de esta manera afronte el temor que le provoca la expectativa de fallar, indicándole que en los siguientes días en la noche a determinada hora y durante 30 minutos, imagine las situaciones que hacen que aparezca ansiedad o “bicho” como ella denominó el síntoma, intentando experimentar el malestar que vive en esos momentos.

Durante las sesiones individuales tres y cuatro, se acudió al uso de preguntas circulares que permitieron que Yenni, visualizara la dinámica familiar desde la perspectiva de los demás integrantes de la familia, lo que le permitió identificar situaciones que ayudaban a mantener el problema, como el hecho que el padre continuara acompañándola para salir, que le llevaran los materiales de trabajo y promovieran que estuviera sola, entre otros. También se trabajó sobre la manera como en la familia se expresan las emociones y con el fin de superar experiencias negativas que estaban afectando la dinámica personal y las relaciones familiares.

En las sesiones cuatro y cinco, se usaron preguntas reflexivas que permitieron mostrar otras formas de visualizar su historia con la ansiedad, identificando los recursos, fortalezas y capacidades que usó para liberarse de este síntoma, se rescataron los momentos que mostraban que era una joven fuerte, capaz de tomar decisiones, se identificaron personas que en su historia tenían una valoración positiva de ella como responsable, solidaria, inteligente, capaz de lograr sus metas. Este tipo de preguntas también permitieron que se planteará metas y se proyecte a futuro, esto se complementó con tareas enfocadas a su proyecto de vida, que permitieron mostrar su deseo de continuar estudiando, también hubo tareas que buscaron enfrentar pequeños retos como exponer en público, hacer una pregunta en clase, salir a tomar el bus sola, las cuales fue cumpliendo gradualmente, una vez se acordaba con Yenny el pequeño paso que daría hacia el dominio de la ansiedad.

En la sexta sesión individual se hizo una revisión de los logros del proceso, donde Yenny expresó que estaba más tranquila, percibe que disminuyó sensiblemente la ansiedad ante la exposición al público. También la joven reporta que se vinculó al grupo de pastoral de la iglesia, lo que siente que la fortalece y le ayuda a ir ampliando la red social de apoyo. En la sesión individual final se hizo un resumen del proceso. A través de preguntas reflexivas se escribió un relato en el que se destacaron los cambios tanto emocionales como

de conducta. De la misma forma se establecieron algunas recomendaciones como la de continuar participando del grupo de pastoral y la de aumentar la consecución de nuevos amigos. En cuanto a su proyecto de vida, la consultante centró sus expectativas en la preparación del ingreso a la universidad a estudiar una carrera administrativa, teniendo en cuenta que es la que más se acerca a las habilidades que ha venido desarrollando.

En relación con las sesiones familiares, las sesiones dos y tres se centraron en el fortalecimiento de lazos y vínculos entre los miembros del subsistema fraternal y conyugal. Es importante resaltar que el transcurso de la sesión tres se acordó con el hermano mayor de la consultante establecer unas normas de convivencia y acuerdos de no agresión con los demás miembros de la familia. La respuesta frente a los acuerdos fue positiva y mejoró la relación fraternal. Las preguntas circulares fueron útiles para mostrarle a los progenitores cómo la forma y estilo de crianza de la adolescente han contribuido a la dependencia de Yenny, que no la deja enfrentarse sola al mundo exterior, tanto que esa situación no le deja ser libre e independiente ahora que inicia su etapa de estudio universitario.

Las sesiones familiares cuatro y cinco se centraron en el análisis de los límites, valores y normas del sistema familiar. Se adquirieron compromisos de mejora en la comunicación, en el apoyo mutuo entre los miembros de la familia y en la creación de espacios de recreación y cambio de rutinas con el fin de fortalecer los lazos afectivos de los subsistemas conyugal y fraternal. Se usaron preguntas estratégicas en sesión con los padres, donde la intención era generar un efecto de observación de su comportamiento en la relación de pareja, en cuanto a reglas y normas no definidas de igual manera para los miembros del hogar porque se notó la diferencia con su hijo mayor y lo que se ha visto reflejado en la consultante. La sexta sesión familiar se centró en revisar los cambios y los efectos en la dinámica familiar que se dieron al hacer ajustes en los límites y también en las pautas con las cuáles se estaban comunicando, ante lo cual manifestaron que en las últimas semanas se sentían más cercanos, lograban conversar sin gritar o descalificarse y establecieron acuerdos. También expresaron que han conversado sobre el deseo de construir nuevos proyectos familiares como es la puesta en marcha de una tienda de calzado en la que vendan al detal sus productos. La última sesión familiar permitió evaluar el proceso desde su inicio. Cada uno de los integrantes relata a través de un escrito la experiencia vivida, los

cambios obtenidos y los compromisos adquiridos a futuro. Luego cada uno de ellos expuso sus expectativas frente al futuro de la familia como sistema. Vale la pena resaltar como se evidencia mejor cohesión familiar, capacidad para dialogar y llegar a acuerdos, un ambiente familiar cálido y cercano, los padres se muestran confiados en la capacidad de su hija y le animan a realizar actividades de manera autónoma.

## **Resultados**

En el proceso de intervención realizado con Yenny y su familia, se logró en primer lugar interrumpir la pauta de soluciones intentadas que mantenían el problema, esto a partir de mostrar cómo la manera de ayudar los padres a la joven y las definiciones sobre ella, a partir de la incapacidad y la dependencia, contribuían a que la situación perdurara. Esto permitió que Yenny empezara a percibirse de una manera positiva, desde las capacidades que tiene y de lo que había logrado hasta el momento.

El uso de la externalización del problema permitió que Yenny, se diera cuenta que podía tener poder y control sobre el síntoma, favoreciendo la confianza en sí misma y abandonando la idea que esto dominaba su vida. Así mismo, la prescripción del síntoma, fue una manera de mostrar de nuevo a Yenny que podía controlar la situación y verla de una manera menos seria, lo que le permitió estar más tranquila, sentirse segura para enfrentar situaciones que le generaban ansiedad. Esto se evidenció en los pequeños pasos que Yenny junto con la terapeuta trazaron para mostrar que la ansiedad estaba siendo derrotada, tales como exponer en público, hacer preguntas en clase, salir sola a tomar transporte público, entre otras.

También se logró ampliar el concepto que la consultante tenía acerca de sí misma, pasando de una definición desde el déficit a una centrada en los recursos, logros y fortalezas; esto favoreció que identificara que ha sido responsable, solidaria, buena hermana e hija, pero que también empezará a construir un proyecto de vida, donde se focalizaron los sueños y anhelos, fortaleciendo la idea de ingresar a la universidad. Al iniciar el proceso Yenny contaba con una red de apoyo centrada en su familia, y durante el mismo se vinculó a grupos como el de la iglesia y empezó a construir relaciones más

cercanas con pares porque le era más fácil expresarse acerca de sí misma y conversar sobre diversas situaciones.

En relación con su familia, los padres fueron gradualmente ajustando los límites de acuerdo a la etapa del ciclo vital de Yenny, aunque fue difícil para ellos visualizar una nueva forma de acompañar a su hija desde el cuidado y la protección, en un entorno donde realmente existen situaciones de riesgo en su comunidad. Sin embargo, reconocer que la manera de apoyar y cuidarla estaba contribuyendo a su ansiedad y demás dificultades, les permitió encontrar otras alternativas y empezar a ver a su hija como una persona que podía cuidarse a sí misma, tomar decisiones de manera reflexiva, pedir apoyo cuando lo necesitara y enfrentar dificultades propias de su ciclo de vida. La relación con el hermano mayor avanzó hacia una interacción más tranquila, también en la medida que Yenny tuvo libertad para salir sola y compartir con sus amigos, cesaron los conflictos. Otro aspecto que contribuyó en esta situación, fue que los padres empezaron a hacerse cargo de la situación con el hijo mayor, sin involucrar a Yenny.

En términos generales se lograron los objetivos propuestos, es posible que persistan situaciones en la familia, pero quizás este proceso también les haya permitido fortalecer sus capacidades y recursos como sistema para afrontar diversas situaciones.

### **Discusión**

La fobia social como problema de salud afecta de manera importante la calidad de vida de las personas que la sufren afectando de manera negativa los vínculos del quién la vive con su núcleo vital. En el presente caso, la consultante es dependiente de personas significativas para realizar actividades cotidianas debido al nivel de afectación que la enfermedad causa en ella. También se encuentra que la fobia que presenta Yenny coincide en diversos aspectos con lo planteado con la teoría que señala que las fobias sociales comienzan en la adolescencia, giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas, (Caballo y Mateo, 2003 citados por Meca, 2004).

La fobia social, vista desde el enfoque sistémico, muestra cómo esta no es el problema sino que es la expresión de una dinámica del sistema, tal como señala Minuchin (2003), la familia es “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia”, en este sentido la familia se organiza alrededor de la semántica de dependencia y miedo versus libertad y autonomía, lo que hace que las pautas de interacción giren en torno a esto. También Hernández (2006), señala que el síntoma no es el problema, es una expresión del funcionamiento del sistema y en el caso de la familia de Yenny, la consultante no era el problema sino la red de interacciones que se había construido alrededor de ella, donde no sólo los padres la veían incapaz de valerse por sí misma sino además le habían mostrado un mundo exterior amenazador, y esto se relaciona con lo expuesto por Ugazio (2001), que señala que en estas familias la red de conversaciones se organiza sobre el miedo, el coraje, la protección y la independencia, lo que hace que los integrantes se definan como temerosos, cautos y dependientes o como valientes y temerarios, que en su vinculación con otros buscaran personas frágiles, dependientes o libres, incapaces de construir vínculos.

De acuerdo con la anterior, en la dinámica familiar de Yenny no solo existía una pauta interaccional donde ella se sentía en la necesidad de sentirse protegida por sus padres, ante lo cual ellos respondían, sino también existía una inconformidad en la consultante porque ella deseaba ser capaz de valerse por sí misma y tener la libertad para enfrentar las diversas situaciones de la cotidianidad, pero no lograba, entrando en un ciclo que se repetía una y otra vez, lo que está en concordancia con lo propuesto por Ugazio (2001), que mencionaba que la fobia se mantiene por el circuito recursivo que integra los niveles del Self y la relación, donde la persona llega a sentir que la exigencia de lazos afectivos protectores es una amenaza para su estima y su self.

De otra parte, también se evidenció como la familia seguía cuidando y protegiendo a su hija como si fuera una niña y no una adolescente, haciendo la familia poco flexible frente a los cambios, tal como afirma Hernández (2006), las dificultades se dan cuando el sistema familiar no logra pasar de una forma de funcionamiento alrededor del síntoma a otra forma de organización donde este no se requiera. También se identificó que las distintas soluciones propuestas por la familia para ayudar a Yenny contribuyeron a

mantener el problema, como lo afirma Hernández (2006), cuando un problema se vuelve crónico, en otras palabras, perdura en el tiempo, este es el resultado de una dificultad que se ha tratado de resolver mediante soluciones que no son eficaces.

En la intervención sistémica, fue importante seguir lo planteado por Nardone y Portelli (2006), quienes señalan que un primer paso es definir el problema, aclarando de manera concreta cuál es y cómo funciona el sistema interactivo que contribuye a mantenerlo, esto lleva a que desde la primera sesión el terapeuta observe la persona y la manera como describe el problema. Esto permitió que en las primeras sesiones se indagara por el sistema familiar, la historia de la situación para entender cómo esto se volvió un problema, para lo cual fue importante usar las preguntas circulares y el genograma. Greenberg (1980, citado por Nardone y Portelli, 2006), también muestran que hay tres categorías generales de los problemas en que se mueven los seres humanos: a) la interacción entre la persona y sí misma; b) la interacción entre la persona y los demás y c) la interacción entre la persona y el mundo (medio social, valores, normas). En el caso de Yenny, se evidenció un problema en la relación consigo misma pues se veía desde el déficit y esto no le permitía ver sus recursos y capacidades. En la relación con los demás tenía dificultades en el trabajo y con compañeros, de hecho sus redes de apoyo eran pocas, y en su relación con el mundo lo percibía amenazante, esta situación daba cuenta de las dificultades que vivía la consultante y se expresaban en su fobia social.

En la intervención fue importante plantear unos objetivos que se relacionaran con lo que deseaba Yenny y su familia del proceso, esto siguiendo lo propuesto por Nardone y Watzlawick (2007), que refieren que los objetivos terapéuticos, se deben alcanzar de manera gradual, deben verificarse de manera progresiva y deben atender a un proceso de negociación con el consultante sobre el tiempo de la terapia y las expectativas de curación, esto refuerza el sentido de colaboración y confianza de la persona. De acuerdo con esto orientar el proceso hacia re-estructurar la dinámica familiar e interrumpir el círculo de pautas que mantenían el problema, permitió empezar a generar cambios tal como lo señalan Nardone y Portelli (2006). Otras técnicas que contribuyeron en el proceso se tomaron de la terapia narrativa como fue la externalización del problema que fue útil para Yenny se diera cuenta que podía tener poder sobre su problema.

Finalmente fue importante durante el proceso de intervención, seguir lo propuesto por Ortiz (2008), sobre la ética relacional que implica reconocer las necesidades de todos los involucrados en el proceso y tratar de lograr un encuentro en donde “todos ganen”. Es muy importante reconocer y valorar los diferentes contextos que rodean las familias y sus relaciones al igual que las diferencias y las potencialidades tanto individuales como familiares. También se considera que los resultados obtenidos luego de las sesiones realizadas están en consonancia con los alcances terapéuticos que los teóricos de la terapia sistémica plantean, por lo tanto y al igual que lo que dice Ortiz (2008), cada uno es un sistema, resultante de la interacción de elementos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. Cada uno tiene una historia y el hecho de haberla vivido, es lo que va a permitir el encuentro terapéutico.

### **Conclusiones**

El desarrollo del presente caso de fobia social y su intervención familiar permitió llegar a las siguientes conclusiones:

El abordaje de la fobia social desde el enfoque familiar sistémico permite comprender la dinámica familiar y las estrategias de la familia en su tratamiento, pasando de una mirada de lo individual a una del contexto, comprendiendo que el diagnóstico o síntoma, no es la situación a intervenir, sino las interacciones que se dan en la familia y mantienen el problema.

El desarrollo teórico sobre las fobias desde la mirada sistémica, fue posible evidenciarlo en el caso, viendo cómo se daban las pautas en la familia que mantenían el problema, y ayudó a identificar soluciones que había intentado la persona y la familia y que se hacían mantenedoras de la situación. Esto es importante para el terapeuta porque conlleva a estar atento a que las soluciones que se propongan no se vuelvan parte de la dificultad.

Durante el proceso se vio la importancia de intervenir no sólo en la persona sino también en el sistema familiar, mostrándole a sus integrantes que la consultante no es el problema sino la manera como se están relacionando.

## Referencias Bibliográficas

- Ballesteros, A. Pereira, Y. y Massa J. (2004) Fobia social en la infancia y la adolescencia. *Monografías de psiquiatría*.  
[http://www.centrelondres94.com/files/Los\\_trastornos\\_del\\_comportamiento\\_en\\_la\\_adolescencia.pdf.2004](http://www.centrelondres94.com/files/Los_trastornos_del_comportamiento_en_la_adolescencia.pdf.2004).
- Beyebach, M. y Rodríguez, J. (Comps.) (1988). *Terapia Familiar. Lecturas I*. Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca, 37-5MECA,
- Capafons, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*. 13, 3, 447-452.
- Castillo, A. (2005) *La metáfora como modelo de utilización de la palabra en psicoterapia*. Revista PTFS. Barcelona.
- Frankl, V. (1999). *El hombre en busca de sentido*. (20ª. Edición). España: Ed. Herder.
- García, R. y Colbs. (2015) *Uso de técnicas con enfoque sistémico narrativo: intervención psicoterapéutica en una familia por duelo infantil*. Iztacala: UNAM, FES México.
- Hernández, A. (2006) *Psicoterapia sistémica breve*. Bogotá: El búho.
- Maganto, C. (2004). *La familia desde el punto de vista sistémico y evolutivo*. Recuperado de [http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi\\_libro/39c.pdf](http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/39c.pdf)
- Méndez, C. y colbs. (2001) Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: Un estudio meta-analítico. *Psicología Conductual*. 9,1. 39 – 59.
- Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa
- Nardone, G. y Portelli, C. (2006) *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (2007) *El arte del cambio: trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder

Nelson, Th. & Rosehnthal. (1986) La Evolución del Interrogatorio Circular: Entrenamiento de Terapeutas Familiares. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 2, 113 - 127.

Ortiz, D. (2008). La Terapia Familiar Sistémica. Quito: Universidad Politécnica Salesiana.

Pérez-Marín, M. y Molero, M. (2009) Adopción: Un protocolo basado en EMDR, terapia familiar narrativa y la teoría del apego. *Mosaico*, 14, 263-292.

Posada Villa, J. y colbs. (2006) Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *Nova*, 4, 6, 1-114.

Rakowska J. (2011) Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. *Psychother*, 21,4. 462-71.

Sánchez, J y colbs (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico. *Anales de psicología*. 20, 1, 55-68.

Schaefer, A. y Rubí, P. (2015) Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 53,1. 35-43

Ugazio, V. (2001) *Historias permitidas, historias prohibidas: polaridad semántica familiar y psicopedagogía*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Zlachevsky, A. (2003) Psicoterapia sistémica centrada en narrativas: una aproximación. *Revista Límite*, 10.