

Terapia Familiar Estratégica aplicada a una paciente con ansiedad durante la pandemia²⁹

Margarita Flores Mateos³⁰, Luz María Flores Herrera³¹ y
Cecilia Méndez Sánchez³²

*Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Universidad Autónoma de Aguascalientes*

Resumen

El presente artículo presenta un estudio de caso usando la Terapia Familiar Estratégica en una mujer de 42 años con diversos síntomas de ansiedad con antecedentes de 10 años que incrementaron ante el fallecimiento de sus familiares por COVID-19. El objetivo fue identificar, a partir de su discurso y comportamiento observado, los cambios a lo largo de la intervención de 8 sesiones, para lo cual, mediante un análisis detallado de sus expresiones verbales y gestuales se identificaron mejoras a partir de la tercera sesión. La paciente logró la ejecución de sus actividades cotidianas de manera autónoma, las cuales perduran después de 8 meses de la finalización de su proceso terapéutico. Los resultados obtenidos muestran la efectividad del modelo familiar estratégico en la solución de problemas de ansiedad.

²⁹ Este estudio de intervención fue financiado por el programa de becas de posgrado de la UNAM.

³⁰ Maestrante en Terapia Familiar, FES Zaragoza, UNAM. Correo electrónico: psicmfm@gmail.com

³¹ Docente de la FES Zaragoza, UNAM. Correo electrónico: lucy_fh@yahoo.com

³² Docente de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Palabras clave: terapia familiar estratégica, ansiedad, cambios en terapia, mejoría.

Abstract

This article presents a case study using Strategic Family Therapy in a 42-year-old woman with various anxiety symptoms with a 10-year history that increased after the death of her relatives due to COVID-19. The objective was to identify, from her speech and observed behavior, the changes throughout the 8-session intervention, for which, through a detailed analysis of her verbal and gestural expressions, improvements were identified from the third session onwards. The patient achieved the execution of her daily activities in an autonomous manner, which persist 8 months after the end of her therapeutic process. The results obtained show the effectiveness of the strategic family model in the solution of anxiety problems.

Keywords: Strategic Family Therapy, Anxiety, Changes in therapy, Improvement.

Introducción

La Terapia Familiar Estratégica es un modelo de terapia centrado en la resolución de problemas, que utiliza estrategias específicas para cada familia y problema. Haley (1983), fundador del modelo estratégico, plantea que:

abarca varias modalidades de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la persona, es el iniciador de lo que ocurre en la

sesión y elabora un método particular para cada problema y su tarea consiste en identificar problemas solubles, fijar metas con respecto a ellos, diseñar intervenciones que apunten a dichas metas, examinar las respuestas a fin de corregir y evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz. (p. 1)

Dicho enfoque enmarca los problemas y las dificultades en el ciclo vital familiar, distinguiendo una serie de etapas por las que atraviesa la familia y las dificultades que devienen de transitar

por dichas etapas (Haley, 1983). Además, considera que la psicopatología del paciente sintomático desempeña alguna función en la familia, que permite perpetuar un determinado sistema familiar, por lo que los cambios que experimenta el paciente sintomático afectan a todo el sistema familiar (Haley, 1987). La estrategia terapéutica del modelo se centra en los síntomas y el objetivo es la resolución de los problemas de la familia, para que su ciclo vital familiar se ponga nuevamente en marcha tan respetuosa y eficazmente como sea posible, de forma que el individuo o la familia puedan volver a funcionar con normalidad (Madanes, 1990; Styczynski y Greenberg, 2015).

El foco se sitúa en el presente y en el contexto en el que el problema está ocurriendo. Asimismo, presupone que para que se produzca el cambio es necesario actuar, por lo que el terapeuta debe prescribir una directiva directa o metafórica, las cuales han demostrado importancia en la efectividad en el logro de cambios y concesión de objetivos a corto plazo (Castillo, Brito, Vargas, 2018; Haley, 1983; Haley, 1987; Madanes, 1990). Una vez que la familia pone en marcha acciones

nuevas y diferentes se espera que los elementos del contexto que sostienen el problema cambien y el problema deja de ocurrir.

A menudo un síntoma proporciona poder y la terapia estratégica intenta corregir las jerarquías, por ejemplo, cuando un adolescente difícil está ocasionando que la familia se organice de manera distinta, o cuando un miembro de la pareja desarrolla ansiedad que no le deja salir de casa, están ejerciendo poder sobre otros miembros de la familia (Styczynski y Greenberg, 2015). Según Nardone (2012), las personas que padecen de problemas emocionales tales como el miedo, el pánico y las fobias llegan al punto que su padecimiento les impide desarrollar una vida autónoma e independiente de las personas que les rodeaban y son incapaces de desarrollar cualquier actividad por sí solos.

Todas o casi todas las familias atraviesa por crisis evolutivas, como el nacimiento de un hijo o el matrimonio, y/o por situaciones o hechos accidentales, como el padecimiento de una enfermedad o la muerte inesperada de un integrante, que desencadenan cambios en su estructura y funcionamiento, que si no se

resuelven en el momento adecuado, actuarán como obstáculos en las transiciones, relaciones futuras y adaptación a otras crisis, (Beyebach y Rodríguez-Morejón, 1995; González, 2000; Haley, 1983; McGoldrick, Carte, y García, 2014).

Erickson (Haley,1983) sugiere que durante la transición de estas etapas y ante situaciones no esperadas es frecuente la presencia de ataques de angustia, los cuales se clasifican dentro de los trastornos de ansiedad y son considerados un estado o condición emocional transitorio, confusa, difusa y desagradable que se expresa por un sentimiento de tensión emocional y va acompañada de diversos síntomas fisiológicos (ej. sudoración, temblores), conductuales (ej. evitación, llanto) cognoscitivos (ej. pensamientos y auto verbalizaciones catastróficas) y afectivos (ej. miedos irracionales) (Córdova, A., De Santillana, H., García, D., González, H., Hernández, M., y Ramírez, L. 2010).

Puede ser una condición clínica normal o convertirse en patológica cuando la frecuencia y duración es excesiva o se asocia con estímulos que no representan una amenaza real

produciendo alteraciones en el funcionamiento emocional del individuo (Agudelo, Buela-Casal y Spielberger, 2007; Clark y Beck, 2012).

En cualquier procedimiento psicoterapéutico el clínico se enfrenta a la necesidad de monitorizar el proceso de cambio de sus consultantes a lo largo de la terapia. Esto es especialmente relevante en los modelos de Terapia Familiar Sistémica, en los que intervención y evaluación van tan unidos que cualquier maniobra terapéutica tiene valor tanto de intervención como de evaluación (Minuchin, 1974).

A partir de la valoración del proceso de cambio, el clínico tomará decisiones sobre cómo modificar el abordaje terapéutico, ya sea modificando las técnicas que emplea o utilizando otras, en base a ello monitoria el efecto de la estrategia en la evolución del consultante (Herrero, Beyebach y Risco, 2002). Tal motivo hace necesario identificar las señales de mejoría que sugieren que el consultante o consultantes responden a las intervenciones y así seguir formulando estrategias que los acerquen a su objetivo.

Método

Participante

La participante fue una mujer de 42 años, que se dedica al hogar, casada y madre de una hija de 19 años y un hijo de 14 años de quienes dependía para realizar sus actividades cotidianas. Desde hace 10 años presentaba síntomas de ansiedad generalizada y se incrementó en los últimos 6 meses con el fallecimiento de su madre, quien se contagió de COVID-19 dentro del hospital al ser internada por otro problema de salud y tras complicaciones falleció, además de perder a su hermano y un cuñado en los siguientes meses por la misma enfermedad lo que provocó la aparición de diversos síntomas de pánico, agorafobia y depresión. También, tiene artritis, para lo cual se encuentra en tratamiento. La hija mayor fue quien solicitó atención para la participante.

Tipo de estudio

Se trató de un estudio cualitativo, con alcance descriptivo-longitudinal y un diseño investigación-acción, el cual beneficia simultáneamente el desarrollo de destrezas, la expansión de la teoría y las resoluciones del problema. Para el proceso terapéutico se diseñó un plan de intervención de

acuerdo con las necesidades de la participante desde el modelo de Terapia Familiar Estratégica (Haley, 1983; 1987), el número de sesiones estuvo determinado por el propio objetivo de terapia de la participante.

Procedimiento

Las ocho sesiones terapéuticas se realizaron a través de la plataforma Zoom durante la pandemia, de manera quincenal las primeras 4 y las últimas mensualmente, con duración aproximada de 45 minutos cada una, las cuales fueron grabadas en audio y video, y transcritas, tomando en cuenta el discurso y comportamiento observado para identificar las cogniciones, emociones y conductas, las cuales se compararon con el expediente y se sacaron los principales temas. Al término de la terapia se realizó una llamada de seguimiento a las 6 semanas y a los 8 meses.

El objetivo de la paciente fue disminuir los síntomas de ansiedad que le permitieran realizar sus actividades cotidianas sin ayuda, incluyendo salir sola y no sentir culpa si recibía ayuda de su familia.

En la tabla 1 se aprecia las directivas dadas a la participante al final de cada sesión para que las realizara fuera de terapia, en algunos casos se incluyó a la familia. Las técnicas usadas principalmente fueron las sugeridas por el modelo de Terapia Familiar Estratégica (Haley, 1983; 1987), como la entrevista inicial, el uso de lenguaje sugestivo y metáforas, énfasis en

lo positivo, ampliación de una desviación y desenganche. Asimismo, se validó su postura y se emplearon elogios constantemente, lo cual favoreció el cambio y éxito terapéutico. La participante se conectó a todas sus sesiones programadas, sin que se reprogramara alguna y realizó todas las directivas que se establecieron.

Tabla 1. Descripción general de las sesiones

No. de sesión	Directivas	Objetivo de la directiva	Resultados
1	Anotar las preocupaciones, emociones y lo que está haciendo al momento que sufre de una crisis.	Desplazar o atenuar las crisis de ansiedad e identificar lo que las produce.	La participante reconoce que sus crisis surgen ante la idea de su propia muerte o que alguien de su familia se enferme y muera.
2	1) Registrar lo que está haciendo y piensa para sentirse más relajada y tranquila. 2) Preguntar a sus hijos ¿qué necesitan de ella para que se sienta mejor ella consigo misma?	Que reconozca la existencia de momentos de tranquilidad y conocer lo que su familia espera de ella.	La participante señala que la tristeza aparece al sentirse incapaz de hacerse cargo de su familia, y da atención en cómo cree que debe ser como madre.
3	1) Centrarse en las cosas deseables que suceden con su familia o alrededor que considere que es bueno para sí misma. 2) Preguntar a su familia qué aspectos de ella los hace sentir bien y lo que les gustaría hacer con ella para que sea la mamá	Desplazar la atención en las cosas que le funcionan y motivarla a que busque asumir su rol de madre.	Desarrollo estrategias para combatir sus pensamientos y reconoce lo que está asumiendo su rol de madre. Además, sonríe, habla con mayor fluidez y su postura corporal no es tan rígida.

	que ellos quieren y, ella sea la mamá que quiere ser para ellos.		
4	1) En situaciones de ansiedad, anotar qué fue lo que pasó y qué hizo para enfrentarla. 2) Buscar y llevar a cabo acciones que puede hacer para mejorar la relación con sus hijos y su esposo. Puede pedirles sugerencias.	Determinar en qué situaciones aparece los síntomas de ansiedad y fomentar la autonomía en su rol de madre y esposa.	Identifica mejoras en sus pensamientos y conducta, al igual que su familia quienes le cuentan sus problemas y les dedica más tiempo. Se ríe de sí misma al compararse con la de antes.
5	Hacer una actividad que no podía hacer sola por la ansiedad y reportar la reacción de sus hijos y esposo.	Fomentar su independencia desviando la atención a las necesidades de su familia.	Logro salir sola de casa a un lugar más retirado a pesar de las molestias por una caída y se mantiene con entusiasmo.
6	1) Seguir haciendo lo que le ha funcionado y anotar en que ha necesitado ayuda que podría haber hecho sola. 2) Propiciar quedarse sola en casa durante unas horas.	Que la participante busque su autonomía al no pedir ayudar.	Al reducir su familia el acompañamiento, se siente nuevamente la madre que cuida y protege. Se percata que ha cambiado y su tarea es averiguar que le gusta.
7	1) Ritual de despedida de sus seres queridos que perdió por COVID-19 e invitar a su familia a despedirse. 2) Seguir haciendo las cosas que le han funcionado.	Al cumplirse un año de la pérdida de sus familiares se fomenta cerrar el proceso de duelo junto con su esposo e hijos.	Por primera vez logra hablar sin llorar sobre sus familiares que perdió, diferencia sus crisis de ansiedad con otros malestares, disfruta lo que hace y su familia le da menos atención para enfocarse en sus propias actividades.
8	No se asignó.	Darle confianza en sus capacidades y no es necesario que se le indiquen que hacer.	

Se hizo una llamada de seguimiento a las 6 crisis de ansiedad de importancia, las cuales semanas, en la que menciona haber tenido dos analizó dándose cuenta de que *“solo eran sus*

nervios” y cuando los síntomas se redujeron continuo con sus actividades. Sigue sintiéndose “nerviosa” (ansiedad) en menor intensidad, pero sale sola de casa. La relación con su esposo y sus hijos es más cercana y ya no requiere de su compañía para realizar sus actividades cotidianas. A los 8 meses se realizó una segunda llamada, en la que reporta estar tomando fluoxetina desde hace 7 meses porque *“era el empujón que le hacía falta, sabía todo lo que tenía que hacer, pero todavía se sentía nerviosa”*. Se siente *“más independiente, con más confianza, fuerte y con gusto por la vida”*, puede usar el transporte público sin la compañía de su familia, quienes también están más tranquilos y realizan sus propias actividades.

Análisis de datos

A partir de la transcripción de las sesiones se seleccionaron los fragmentos analizables en las que se habló de los síntomas del problema, de las mejorías durante el proceso terapéutico reportados por la participante y las que el comportamiento observado reflejaba alguna emoción como llorar o reír, se generaron los códigos iniciales, en los cuales se organizó la información en grupos de un mismo significado

(emocional, cognitivo y conductual). Se revisaron dichos códigos y se reagruparon generando temas y subtemas. Se obtuvieron las frecuencias de las categorías de las quejas y las mejorías para evaluar el éxito de la intervención. En un segundo análisis, se tomaron fragmentos del discurso de la participante para ejemplificar las categorías de interés y explicar e interpretar las mejorías. Se utilizó el programa Atlas-ti versión 7.0 para ayudar en el análisis de datos.

Resultados

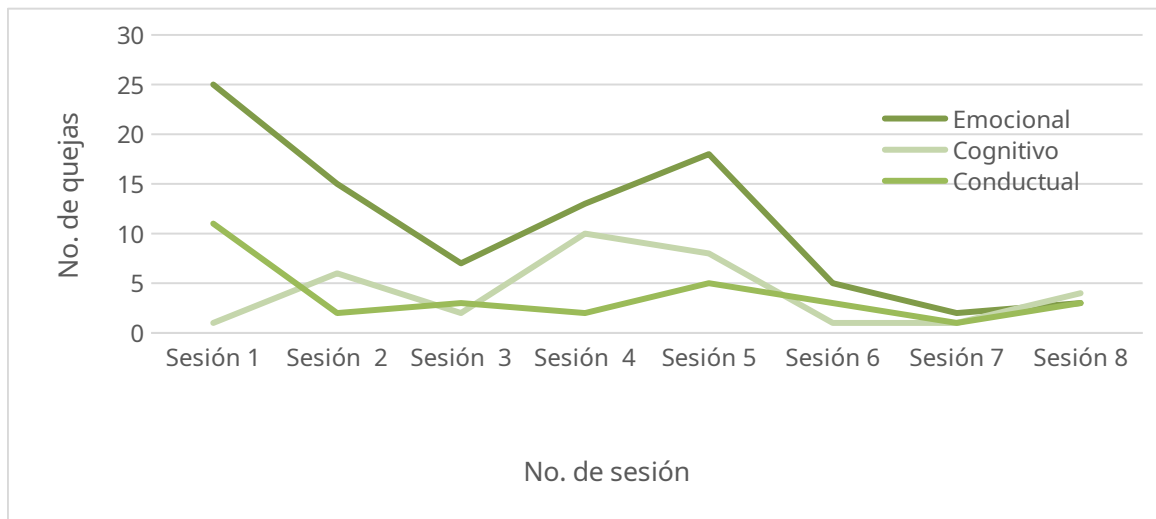
De acuerdo con el número de síntomas expresados por la paciente y observados durante las sesiones se evidencia que el nivel emocional presenta mayor frecuencia, siendo la emoción más presente el miedo a diferentes situaciones, *“no es que cada que salga me den [ataques de pánico] pero, si voy a salir me da miedo”*, el cual, a partir de las primeras directivas se logró identificar que era provocado por pensamientos de muerte de sí misma o de su familia, por ejemplo *“si alguien se enferma... que eso me queda por las pérdidas que tuve, si alguien se enferma, rápido, o sea, empiezo a pensar: ¿si se pone peor y si pasa los mismo [muere]?”*. De las quejas

conductuales que más veces reportó fue el no poder dormir, "si me acostaba, me dormía como a las 11 y despertaba como a las 2 o 3 y ya no me dormía". La conducta, que se observó en las sesiones, específicamente en las primeras 3 sesiones fue el llanto, el cual aparecía al hablar sobre sus familiares que fallecieron, al no sentirse capaz de cuidar de su familia o revivir las emociones sobre su malestar, "cuando mi mamá murió en octubre [comienza a llorar]... y era cuando sentía esa sensación de tristeza y yo, quería estar

mejor, y en vez de estar triste me empezaba a dar ansiedad y después ya me daba el ataque de pánico y así".

Cabe mencionar que en la sesión 4 reportó un pequeño aumento de síntomas debió a una caída que sufrió, lo que hizo automonitorear su salud y activar sus pensamientos negativos. De la sesión 4 a la 5, aumento el intervalo de las sesiones a 4 semanas, que coincide con la elevación de quejas; en las subsecuentes sesiones los síntomas fueron disminuyendo como se aprecia en la figura 1.

Figura 1. Quejas verbalizadas y observadas durante las sesiones



De acuerdo con la sintomatología que presentaba la participante y la dificultad para identificar qué

era lo que producía sus crisis, primero se buscó identificar las preocupaciones presentes, las

emociones y las acciones que hacían que se mantuviera el problema, por lo que la primera directiva fue que pusiera atención a esas situaciones y las describiera. Tal intervención permitió identificar como empezaba a surgir una crisis y seguir su desarrollo hasta que desaparecía. Asimismo, reconoce que sus crisis eran provocadas por pensamientos de muerte de sí misma o de su familia:

“ya haciendo mis cosas, acá, ya en mi casa... no sé, había tenido unos buenos días y de repente dije, voy a hacer algo porque, no sé, a la mejor me muero y ya me dio miedo...”.

Con ello se identificó que una de sus preocupaciones importantes era no ser capaz de cuidar de su familia y tener que depender de ellos, a la vez que ellos dejaban de hacer sus actividades por estar acompañándola, lo cual le producía tristeza, sentimientos de inutilidad y aumentaban su nivel de ansiedad:

“...siento que no debería de ser así, principalmente con mis hijos, o sea, debería de ser al revés, la que debe estar al pendiente soy yo, no ellos de mí, la que debe de cuidar soy yo...”.

[llanto] me da tristeza no poder estar completamente bien para ellos, porque son muy buenos niños”.

La pérdida de sus familiares por enfermedad la hizo tener miedo de salir de casa sola, incluso quedarse sola en casa:

“pasó hace poco, que llegue a la carnicería y ya para entrar, es que no puedo, no puedo entrar y me regrese, me regrese a la casa, estuve un rato, me calme y hasta que volví a regresar con mis hijos ya pude hacer mis compras normalmente”.

“estaba lavando, tendiendo ropa y tenía que estar alguien por ahí, porque también me daba miedo estar sola, que me pueda pasar algo y que estuviera yo sola”.

Se hizo presente a la familia a través de la voz de la paciente, de esta forma a la familia se volvió una fuerte motivación para “estar bien y ser la madre que necesitan”. Parte de ello fue descubrir cómo se sienten:

“Ella [hija] me dijo: hasta porque te veía mal no te quería decir, pero igual, no me siento como tú, que ya lo empiezas a aceptar, que sabes que no

puedo ser de otra forma [fallecimiento de abuela] yo no, apenas empiezo, me estoy sintiendo más triste y más triste, pues no te decía porque no te veía bien, pero ahorita ya me sentí con la confianza de decirte".

Al reflexionar sobre lo que hizo a su hija contarle cómo se siente, se da cuenta que sus hijos la están viendo como una persona en la que se pueden apoyar y confían, llevándola a sentirse nuevamente una madre que cuida a sus hijos.

A partir de la directiva de realizar una actividad que no podía hacer sola por la ansiedad, decide salir sola de casa a la escuela de su hijo.

"Mi hijo estaba muy emocionado, má, te viniste solita, ya vez como sí puedes, luego me abrazó. Mi hija me habla, cómo estás, ya vez como si estás bien, fuiste tú sola ¿verdad?, ya me felicitó. Mi esposo igual, me llamó, me felicitó, ya vez que sí puedes".

Ver feliz a su familia por su avance le permitió sentirse orgullosa de sí misma, y sentirse con más confianza para salir. Además, refiere sentirse más tranquila y entusiasta por probar nuevas actividades.

"Ya como que me animan más las cosas, les digo que, ya que salimos, si vamos a hacer esto, ya nos tardamos más porque antes a lo que íbamos, salía y empezaba, es que ya me quiero ir a mi casa, ya me cansé, empezaba a poner pretextos, ya es tarde, hace calor, era como una desesperación por estar ya en la casa y, ahorita yo les digo vamos a ver tal cosa o acompáñenme, vamos a comprar tal cosa, porque mis hijos ya también se estaban acostumbrando a estar encerrados".

En la séptima sesión se dio espacio para hablar sobre el proceso del duelo. Describió como fue el fallecimiento de su madre, sus primeras crisis de ansiedad hace 10 años, cuando su hijo estuvo internado sin que lo pudieran diagnosticar, y presenció el fallecimiento de otros niños que la hizo pensar que su hijo terminaría igual. Al final de la sesión, se da una aceptación de las pérdidas y que tiene que seguir con su vida, descubriendo lo que la emociona.

"Es la primera vez, no platicaba sin que llorara de mi hijo y de mis familiares, siempre quería decir algo y con quien fuera lloraba y, ahorita me sentí tranquila, si fue triste, si dolió mucho, mucho tiempo, pero no podría ser de otra forma".

En el primer seguimiento, a las 6 semanas, indicó seguir presentando un poco de ansiedad y al ignorar sus síntomas se le pasa, logrando realizar sus actividades de manera independiente. A los 8 meses, señaló que está tomando fluoxetina, *"era el empujo que me hacía falta [medicación], porque sabía todo lo que tenía que hacer, pero todavía me sentía nerviosa"*, se siente más tranquila, sale de paseo con sus hijos y toma el transporte público sin que la acompañen.

Discusión

El uso de directivas en cada sesión permitió trabajar con metas a corto plazo, hizo posible que en cada sesión se lograra un avance y fueran reconocidos por la participante, las cuales están relacionadas con el afrontamiento del miedo, lo que le ayudó a realizar sus actividades cotidianas de manera independiente y asumir de nuevo las tareas maternas.

La familia es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida, por lo que al detectarse la importancia de la familia se apoyó en ellos de manera indirecta para motivarla y colocarla en el nivel jerárquico que le corresponde. Haley (1983) señala que con frecuencia el tratamiento individual puede cambiar la situación y el trabajo del terapeuta es considerar el contexto familiar en el momento de intervenir con el tratamiento, lo que se necesitaba era ayudarla a superar su crisis que impedía su paso a otra etapa, por lo que la presencia física de la familia no se requirió.

Desde la perspectiva de Erickson en la que se basa el modelo (Haley, 1983), el problema tiene una función y los síntomas aparecen en la familia o en un individuo cuando el ciclo de vital de la familia enfrenta dificultades para superar una etapa de dicho ciclo. El síntoma es una metáfora del problema, lo que sugiere que la paciente manifestaba síntomas de ansiedad como forma de mantener a sus hijos junto a ella dado que el marido pasaba la mayor parte de la semana fuera de casa por trabajo, evidenciando que la falta de una figura de autoridad o protección en casa

provocaba a la paciente crisis que requerían tener alguien con ella. Convirtió a su marido en un auxiliador como señala Madanes (1990), del cual requería mantener la comunicación a través de llamadas haciéndolo necesario para evitar la separación. La actitud benévola del esposo y los hijos hizo más desvalida a la paciente de modo que permitió que se aliarán para ayudarla.

Por otro lado, la actitud terapéutica empleada fue la de la entrevista como intervención de Tomm (1987), que sugiere que cualquier verbalización o acción del terapeuta influye significativamente en el resultado terapéutico. El diseño de estrategias podría definirse como la actividad cognitiva del terapeuta al evaluar los efectos de acciones pasadas, construir nuevos planes de acción, anticipar las posibles consecuencias de diversas alternativas y decidir cómo proceder en cualquier momento dado, a fin de maximizar la utilidad terapéutica (p. 5).

A pesar de que las conductas de la participante se modificaron con ayuda de las intervenciones y se encuentran funcionando después de 8 meses del término de la intervención, el tratamiento farmacológico fue necesario como lo sugiere

Salinas (2018), ya que se considera un caso severo y duradero por la antigüedad y los diferentes cuadros sintomáticos.

Conclusiones

Si bien las conclusiones de este estudio son exitosas y demuestran la eficacia y eficiencia las intervenciones realizadas desde el modelo de Terapia Familiar Estratégica, son limitadas, dado que se ajustaron a la paciente y no pueden ser generalizadas.

La detección temprana de las mejorías sobre las quejas puede ayudar a la elección de estrategias y diseño de directivas que permitan incrementar las mejorías y reducir el número de sesiones.

Referencias

Agudelo, D., Buena-Casal, G., y Spielberger, C. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de sus síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41. Recuperado de: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1156

- Beyebach M. y Rodríguez Morejón A. (1995). Ciclo vital de la familia: crisis evolutivas. En A. Broderick, C. B. (1993) *In: Espina, A., Pumar, B., y Garrido, M (Eds). Problemáticas familiares actuales y Terapia Familiar* (pp 57-101). Valencia: Promolibro.
- Castillo, M., Brito, A. y Vargas, R. (2018). Enfoque Breve Estratégico: un camino simple y efectivo para solucionar problemas complejos. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 257-271.
- Clark, D.A., y Beck, A.T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Córdova, A., De Santillana, H., García, D., González, H., Hernández, M., y Ramírez, L. (2010). *Guía Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto*. Secretaría de Salud.
- González, I. (2000). Las crisis familiares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(3), 270-276. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300010&lng=es&tlng=es.
- Haley, J. (1983). *Terapia No Convencional*. Argentina: Amorrortu.
- Haley, J. (1987). *Estrategias en psicoterapia*. Ediciones Toray.
- Herrero, M., Beyebach, M. y Risco, A. (2002). El proceso de cambio durante las sesiones de Terapia Familiar Breve. En M. D. García (Coord.), *Temas de psicología (VIII): homenaje al Profesor Enrique Freijo Balsebre*, pp. 225-238. Universidad Pontificia de Salamanca, Servicio de Publicaciones.
- Madanes, C. (1990). *Terapia Familiar Estratégica*. Argentina: Amorrortu.
- McGoldrick, M., Carte, B. y García, N. (2014). Overview: The life cycle inits changing contex: Individual, Family and Social perspectives. McGoldrick, M., Carte, B. y García, N. (Eds). *The life cycle inits changing contex: Individual, Family and Social perspectives*. England: Pearson Education Limited.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa

Nardone, G. (2012). Miedo, pánico, fobias. La terapia breve. Barcelona: Herder.

Salinas, C. (2018). *Eficacia del modelo de terapia breve estratégico en el tratamiento de trastornos de ansiedad*. Tesis. Universidad Autónoma de Nuevo León Facultad de medicina.

Styczynski, L y Greenberg, L. (2015) Terapia estratégica. En Moreno, A.(ed), *Manual de*

terapia sistémica, principios y herramientas de intervención. Biblioteca de psicología, Desclée de Brouwer.

Tomm, K. (1988). *La entrevista como intervención. Parte I: el diseño de estrategias como una cuarta directriz para el terapeuta* (Mark Beyebach, trad.). Terapia Familiar. Lecturas I. Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca, 37-52.