

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Un Trastorno Somatomorfo de conversión con síntoma disociativo en el caso de una niña de 13 años.

Trabajo Final de Integración.

Autor: Verónica González Martín

➤ **Tutora: Dra. Nora Inés Gelassen**

Índice	1
1. INTRODUCCION	2
2. OBJETIVOS	4
2.1- Objetivo General.....	4

2.2- Objetivos Específicos.....	4
3. MARCO TEORICO	
3.1- El Trastorno Somatomorfo.....	5
3.1.1- Histeria: Historia y conceptualización.....	5
3.1.2- Tipos y características generales de los trastornos somatomorfos según criterio del DSM IV.....	7
3.2- Síntoma Disociativo.....	9
3.2.1 Concepto teórico de disociación.....	9
3.2.2- Su relación con el trauma psicológico y el apego. Definiciones.....	12
3.2.3- Disociación normal y patológica. Indicadores.....	15
3.3-Tratamiento.....	19
3.3.1- Principio de tratamiento por fases. Objetivos.....	19
3.3.2-Terapia Cognitivo-conductual: Antecedentes históricos y conceptos fundamentales.....	20
3.3.3-Terapia Cognitivo-conductual en niños.....	22
4. METODOLOGIA.....	23
4.1- Tipo de Estudio.....	23
4.2- Participante.....	23
4.3-Instrumentos.....	23
4.4-Procedimiento.....	24
5. DESARROLLO.....	25
5.1 - Conceptualización del caso.....	25
5.1.1- Motivo de consulta.....	30
5.1.2- Descripción de síntomas de la paciente.....	30
5.2. Etapa Diagnóstica-Estrategia de intervención.....	33
5.2.1-Persona bajo la lluvia.....	33
5.2.2-MMPI-A.....	34
5.3- El trabajo terapéutico.....	35
5.3.1. Estrategia de intervención cognitivos-conductual para los trastornos somatomorfos conversivos con síntoma disociativo- Aplicación del modelo trifásico-Análisis de la evolución de los síntomas de la niña.....	35
6. CONCLUSIONES.....	50
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	55
8. ANEXOS.....	60

Introducción

El presente trabajo surge de la Práctica y Rehabilitación Profesional V, ya que para finalizar la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, se exige realizar

una práctica de 280 horas, cuyo objetivo es brindarle una función integral al alumno de todo lo visto durante los 4 años de carrera, garantizándole a su vez experiencia laboral supervisada por profesionales, previa a la obtención del título de grado.

Esta se realizó en el área de Psicología Clínica, en un Hospital Interzonal General de Agudos situado en la provincia de Buenos Aires, dentro del Servicio de Pediatría.

Este hospital que ya cumplió 57 años, cubre distintas especialidades dentro de la salud pública para una vasta zona de la prov. de Buenos Aires cuyas necesidades son muy críticas y su población refiere a pacientes de clase media baja y clase baja que no tienen acceso al sistema de salud privada.

El Espacio en donde se encuentra ubicado el servicio de Psicología se encuentra en el 4to piso del Hospital, dentro del servicio de pediatría, y está constituido por dos psicólogos. Funciona todos los días y la demanda del servicio está formada por pacientes que son derivados a través de consultorios externos, y por aquellos derivados por los profesionales médicos dentro del área de internación pediátrica. También es parte de la función de los profesionales de este área, recorrer las distintas salas en orden de conocer y estar al día con las admisiones que se van sumando diariamente y en caso de requerir necesidad, completar la historia clínica con los datos del paciente.

Se trabaja principalmente en la detección de cualquier síntoma o signo que nos permita inferir, trastorno psicológico, alguna disfuncionalidad en el orden familiar que pudiera estar afectando a ese niño, ya sea del orden emocional, del aprendizaje o referido a las relaciones interpersonales, la realización de psico-diagnósticos con el objetivo de una intervención temprana. Para que esto ocurra en forma eficaz es muy importante la comunicación de forma fluida entre los médicos del servicio pediátrico, y los miembros del gabinete de psicología.

Las problemáticas más comunes tienen relación con el nivel de vida de las personas que concurren: el abuso sexual, la violencia y el abuso de sustancias son

3.

tópicos recurrentes en los pacientes. Por otro lado, la mayoría de los bebés y niños internados sufren de problemas respiratorios, por los ambientes desfavorables en los que viven.

El servicio permite a los alumnos pasantes, insertarse laboralmente en sus dos áreas fundamentales de intervención acompañados por los profesionales psicólogos que

allí trabajan. Las tareas que se realizaron fueron recorridas de salas de internación pediátrica y Atención ambulatoria en consultorios externos.

A partir de los pacientes observados durante la asistencia al hospital se realizó la elección del tema. Los casos de trastornos somatomorfos conversivos con síntomas disociativos no son muy frecuentes en el hospital, es por eso que se consideró interesante desarrollar este caso. La combinación de estas problemáticas complejas y poco frecuentes generan un gran desafío a la hora de abordarlos.

Objetivos:

General:

Describir el caso de una niña de 13 años que presenta un trastorno somatomorfo de conversión con síntoma disociativo y su tratamiento desde un abordaje cognitivo-conductual.

Específicos:

- Describir los síntomas somáticos y disociativos de la paciente.
- Describir las estrategias de intervención llevadas a cabo por el psicólogo durante el tratamiento desde la línea cognitiva-conductual.
- Analizar y describir la evolución de los síntomas en la niña a lo largo del tratamiento.

5.

3.1-EL TRASTORNO SOMATOMORFO

3.1.1- Historia y conceptualización

Las primeras descripciones egipcias sobre el llamado trastorno somatomorfo, hacían referencia al “hambre del útero” en mujeres que presentaban síntomas inespecíficos. Hipócrates, considerado padre de la medicina, usó el término *histeria* para

describir síntomas físicos sin causa en mujeres. La etimología de la palabra recoge, por tanto, esa idea: la histeria como una enfermedad propia de la mujer por estar ligada al útero causándole un trastorno psicológico a estas. Desde entonces, las explicaciones a los síntomas físicos sin explicación o causa eran consideradas de origen hipocráticas, sexuales, metafísicas o religiosas (Ramos & Vásquez, 2012).

Fue el célebre neurólogo francés Jean M. Charcot, que comienza a estudiarla allá por el año 1883 (Lescano, 2004).

El recorrido de Charcot sobre la histeria tuvo varias modificaciones, y el camino comienza en los intentos de encontrar una conexión entre la sintomatología neurológica y causas de orden espinal o cerebral y otro que finaliza con las elucidaciones de Charcot sobre el poder de las representaciones sobre el cuerpo. El acercamiento a la histeria masculina fue uno de los factores que determinaron el cambio de orientación en los trabajos de Charcot y la ubicación del trauma como factor etiológico produce una desexualización y una desfeminización de la histeria, destacando la centralidad del sistema nervioso, es decir neurologizando la histeria (Gauchet, 2000).

Ya en el siglo XX, Janet continua con el estudio, como explican Van der Hart, Nijenhuis & Steele, (2008) y la define a la histeria como una forma de depresión mental entendiendo con esto una disminución de la eficiencia mental siendo Freud quien hace las primeras aproximaciones explicativas de las histerias.

Freud, S (1893-1993), enunciaba lo siguiente:

Nuestras pesquisas averiguaron para muchos síntomas histéricos, si no para los más, unas ocasiones que es preciso designar *traumas psíquicos*. En calidad de tal obrará toda vivencia que sucite los afectos penosos del horror, la angustia, la vergüenza, el dolor psíquico; y desde luego, de la sensibilidad de la persona afectada [...] dependerá que la vivencia se haga valer como trauma. [...] Debemos aseverar que el trauma psíquico, o bien el recuerdo de él, obra al modo de un cuerpo extraño que aún mucho tiempo después de su intrusión tiene que ser considerado como de eficacia

6.

presente. [...] Descubrimos, en efecto, al comienzo para nuestra máxima sorpresa, que los síntomas histéricos singulares desaparecían enseguida y sin retornar cuando se conseguía despertar con plena luminosidad el recuerdo del proceso ocasionador. (p.29-43)

Lescano (2004) se refiere a la histeria como un cuadro causado por un trauma psicológico que provocaba un cuadro alterado de conciencia a la que Janet llamaba disociación. Ya Breuer y Freud habían publicado en 1905 en *Estudios sobre la histeria*

el término *conversivo*, refiriéndose a la conversión de los síntomas psíquicos en físicos como forma de liberación o comunicación.

Con el desarrollo del manual de diagnóstico y de estadística de trastornos mentales conocido como DSM, en los últimos 30 años la construcción teórica y práctica ha evolucionado mucho (González, 2007).

Vaillant (1971) hace una descripción de la somatización como defensa psicológica para reducir el dolor psíquico. Más adelante, este fue conocido como ganancia primaria por Lazare 1981, donde la enfermedad permite evitar el conflicto, en principio mucho más grave y molesto para el sujeto. Así mismo, se explicó la ganancia secundaria cuyo objetivo es lograr efectos interpersonales, muchas veces de forma inconsciente como por ej. atención, cuidado, cariño o regalos.

En el Manual Diagnóstico y estadístico DSM II (APA, 1968) los trastornos somatomorfos aparecen dentro de las neurosis histéricas pero ya en el DSM III (APA, 1980), dejarían de serlo y el trastorno de conversión será el único que se incluirá en los somatomorfos y los trastornos disociativos formarán un grupo por si solos. Es aquí donde aparece por primera vez el concepto de somatomorfo para reemplazar el de trastornos neuróticos y describir un grupo de enfermedades que imitaban los trastornos somáticos o se centraban en preocupaciones somáticas de carácter no delirantes (Rief & Barsky, 2005).

En el DSM IV hay una ampliación de categorías diagnósticas, incluyendo los trastornos somatomorfos indiferenciados y esto aumentó los múltiples subdiagnósticos (Kroenke & Sharpe, 2007).

Es así que ya en el Manual Diagnóstico y Estadístico DSM IV-TR (APA, 2000), se elimina el término "histeria" y se refiere a estos trastornos agrupándolos en dos grandes grupos: los trastornos disociativos y los trastornos somatomorfos, que serán explicados más adelante.

7.

La somatización implica la tendencia a experimentar y manifestar el malestar psicológico en la forma de síntomas somáticos y pedir ayuda médica para resolverlos. Si se intentara definir no puede decirse que sea un trastorno y tampoco una categoría diagnóstica pero sí un término genérico que describe características relacionadas a lo experiencial, cognitivo y conductual en pacientes que refieren padecer, sentir síntomas físicos que no tienen causa médica (Lipowski, 1999).

Rodríguez, Fernández y Bayón (2005), también se refieren al concepto de somatización como una tendencia a experimentar el estrés en forma de síntomas físicos, preocupaciones corporales y/o experimentarse a sí mismo en términos físicos donde los aspectos psicológicos y físicos de una experiencia no son integrados.

A su vez Lipowski (1999) explica que los trastornos somatomorfos son consultados en escenarios no psiquiátricos ya que los signos y los síntomas producen malestar físico que no puedan ser explicados por alguna enfermedad conocida.

En la mayoría de los casos, las quejas son atribuidas a un origen cardiopulmonar, gastrointestinal, genitourinario, musculoesquelético o neurológico, así como el dolor y fatiga (Servan-Schreiber, 2000).

El efecto y repercusión de los síntomas somáticos sin causa orgánica adquieren la misma dimensión que los efectos de una enfermedad de origen orgánico en la persona que la padece (Ferrai & Kwan, 2001).

El presente trabajo será confeccionado en base al DSM IV-TR.

3.1.2- Tipos y características generales de los trastornos somatomorfos según criterio DSM IV-TR.

El termino trastorno somatomorfo es relativamente nuevo, ya que como fue explicado previamente, el término fue usado por primera vez en el DSM-III (APA-1980) y es utilizado para describir un grupo de trastornos involuntarios caracterizados por síntomas físicos recurrentes y clínicamente significativos que no pueden ser explicados completamente a partir de una afección médica generalizada (“orgánica”) o neurológica.

La característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los

8.

efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia). Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (APA, 2000).

A diferencia de lo que ocurre en los trastornos facticios y en la simulación, los síntomas físicos no son intencionados (p. ej., bajo control voluntario) y en los facticios son producidos deliberadamente como explica

El DSM-IV-TR (APA 2000), reconoce dentro de los trastornos somatomorfos siete sub-tipos específicos:

(i) Trastorno de somatización: trastorno polisintomático que se inicia antes de los 30 años persiste durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos y por dolor.

(ii) Trastorno de conversión: síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales que sugieren un trastorno neurológico o médico.

(iii) Hipocondría u hipocondriasis: creencia, preocupación, miedo de tener o la idea de sufrir alguna enfermedad grave específica a partir de una mala interpretación de los síntomas i funciones corporales.

(iv) Trastorno dismórfico corporal: percepción exagerada de que alguna parte del cuerpo tiene defectos.

(v) Trastorno por dolor: síntomas de dolor en uno o más lugares. El dolor es el objeto predominante de la atención clínica.

(vi) Trastorno somatomorfo indiferenciado: Síntomas físicos, uno o más, no explicados que persisten durante 6 meses al menos y que son suficientes para establecer el diagnóstico de trastorno de somatización.

(vii) Trastorno somatomorfo no especificado: síntomas de trastorno somatomorfo que no cumplen los criterios de ninguna de las categorías anterior.

En este trabajo de investigación, sólo se tomará en cuenta el tipo conversivo, siendo algunos de los síntomas esperables, según la descripción de González (2007), para este sub-tipo somatomorfo los siguientes: la cefalea, el dolor abdominal, síncope,

9.

fatiga, hiperventilación, parálisis/paresia, distonía muscular y síntomas visuales como ser ceguera o visión borrosa.

A su vez, como explica Caballero Martínez (1995), el paciente conversivo experimenta una pérdida funcional motora o sensitiva, típicamente brusca y de curso variable (transitorio o recurrente) que remeda una enfermedad neurológica pero sin congruencia exploratoria y se presenta tras un desencadenante psicológico claro (p. ej.,

una pérdida de visión tras presenciar un acontecimiento traumático, etc.). Los síntomas más frecuentes son parálisis, afonía, crisis, alteraciones de la marcha o de la coordinación, ceguera, visión escotómica y anestesia. El mecanismo de la conversión no está bajo control voluntario (aunque el paciente puede condicionar, hasta un cierto punto, la gravedad de algunos síntomas). El paciente puede mostrar una aparente despreocupación por el síntoma a la que se ha llamado “bella indiferencia.

Como explica Van der Hart (2008), a pesar de que los síntomas de conversión son diferentes de los síntomas disociativos, la naturaleza fundamental de las conversiones es disociativa, ya que los pacientes con trastorno de conversión según lo establece el DSM IV-TR presentan porcentajes elevados de disociación somatomorfa, además de tener antecedentes de traumatización.

3.2- SINTOMA DISOCIATIVO.

3.2.1 Concepto teórico de disociación.

Es inherente realizar una distinción entre síntoma y trastorno disociativo.

El DSM IV-TR establece que la característica esencial de los trastornos disociativos consiste en, una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno siendo esta alteración repentina o gradual, transitoria o crónica.

González (2007), explica que dentro de lo que se denomina disociación patológica o trastorno se incluyen:

- la amnesia disociativa que se caracteriza por una incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario y cursa con síntomas depresivos, de despersonalización, analgesia, regresión y estados de trance.

10.

- La fuga disociativa se caracteriza por viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, acompañados de incapacidad para recordar el propio pasado, de confusión acerca de la propia identidad y asunción de otra identidad nueva. Estos episodios pueden cursar con depresión, disforia, ansiedad, duelo, vergüenza, estrés patológico, culpas, impulsos agresivos o suicidas.

- El trastorno de identidad disociativo, antes denominado, personalidad múltiple que se caracteriza por la presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto a una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.
- El trastorno de despersonalización se caracteriza por una sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo, junto a la conservación del sentido de la realidad.
- El trastorno disociativo no especificado se incluye para codificar trastornos en los que la característica predominante es un síntoma disociativo que no cumple los criterios para el diagnóstico de un trastorno disociativo específico.

Butler, Duran, Jasiukaitis, Koopman y Spiegel (1996), diferencian el concepto de trastorno con el de síntoma disociativo asociando el primero a una noción de *rasgo* disociativo, expresada en mayor o menor grado en cada individuo y el concepto de síntoma disociativo asociado a una noción de *estado*, que implica que esta disociación puede ser un fenómeno episódico, experimentada por algunas personas, durante algún tiempo, generalmente limitado y presumiblemente disparado por una situación concreta.

La dualidad mente-cuerpo propia del pensamiento médico-científico occidental ha llevado a separar trastornos muy ligados como los trastornos somatomorfes, conversivos y disociativos, en base únicamente a que la sintomatología se exprese a través del cuerpo o de funciones psíquicas. (González, 2007).

El diagnóstico clínico de la adolescente aquí analizada fue: trastorno somatomorfo conversivo, por presentar, como queda explicitado en el DSM IV-TR (APA 2000) síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias

11.

o sensoriales que sugieren, ya que no existen, un trastorno neurológico o médico, es decir cumple criterio para este trastorno. G no cumple criterio para ninguno de los trastornos disociativos arriba descritos, por ende se el diagnóstico nosológico nos permite entender que el síntoma disociativo será simplemente utilizado como herramienta teórica para explicar y entender más acabadamente como es que funciona la adolescente y produce un trastorno de tipo conversivo.

Es importante conocer la evolución y el concepto de disociación que fue definido por primera vez por Pierre Janet (1859-1920) influenciando luego a Freud y Jung, y se lo conceptualiza como una defensa frente a la ansiedad generada por las experiencias traumáticas que persistirán en forma de ideas fijas subconcientes en la mente del paciente afectando su humor y su conducta.

La disociación llevaría a un estrechamiento de la conciencia en el cuál unas experiencias no se asociarían con otras y se tomará el significado original de este tal como fue formulado por Pierre Janet (1920), quien toma a la esencia del trauma como eje de la disociación estructural de la personalidad, es decir refiere a la existencia de una división de la personalidad o de la conciencia (González, 2007).

Chefetz, 2006 agrega que la disociación es un proceso en el que experiencias y sucesos psicológicos, normalmente relacionados, están desprendidos entre sí y dan lugar a distorsiones de la experiencia con alteraciones sutiles y profundas en la interpretación del significado de los sucesos personales e interpersonales

La personalidad del individuo traumatizado está organizada de tal manera que muchas de sus acciones mentales y conductuales son desadaptativas (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008).

Janet propone la teoría de la disociación patológica como una predisposición constitucional en los individuos traumatizados y aunque el estudio de la disociación se centra fundamentalmente en la patología, existen experiencias disociativas no patológicas denominadas, normativas, que incluyen incluyen el soñar despierto, la fantasía y la absorción en las experiencias de la vida diaria según González (2007).

A su vez, la sociedad internacional para el estudio del trauma y la disociación (ISSTD, s.f), enumera una lista de situaciones que pueden llevar a un niño a disociarse:

- Abuso físico
- Abuso sexual
- Abuso emocional (gritos, explotación y/o situaciones críticas y denigrantes).
- Negligencia crónica, como ser ignorar repetidamente sus necesidades físicas y/o emocionales.
- Ser testigo de violencia familiar o callejera en otra persona o en un animal.
- Ser cuidado por padres que lo aterrorizan o que están aterrorizados.
- Estar sometidos o ser testigo de procedimientos o condiciones médicas dolorosas.
- Ser testigo de un desastre natural como ser terremotos, inundaciones etc.
- Separación repetida de persona que le brinda cuidado y soporte emocional.
- Sufrir bullying en forma crónica y severa.

La ISSTD (s.f), refiere que en estos casos, siempre que el niño reciba apoyo y se sienta seguro acto seguido a la situación escalofriante, cualquier disociación puede ser temporal y no devenir en patológica. A su vez explica que la disociación es una respuesta adaptativa a una situación no normal que permite al niño poder mantener una relación con aquellos que abusan de él y así poder continuar con su vida, pero con altos costos si una correcta intervención a modo de ayuda no aparece a tiempo.

3.2.2 Relación con el trauma psicológico y el apego. Definiciones.

Van der Kolk, Weisaeth y McFarlane (1994), definen trauma como la experiencia de estrés inescapable que abruma los mecanismos habituales de afrontamiento del sujeto y es este autor a su vez quien apoya la consideración de que la disociación, la somatización y otros trastornos de la regulación afectiva son expresiones tardías del trauma. A su vez explica que el evento estresante llegará a ser traumático cuando ocurre un daño psicológico análogo al daño físico y el concepto inescapable significa, que el sujeto no puede resolver por sus propios medios una situación que se le presenta y le implica ajustes de corto y largo plazo que dejarán adaptaciones somáticas, biológicas y sobre el aprendizaje de manera duradera. Hay un “atascamiento” del sujeto a la situación donde, a pesar de la serie de respuestas adaptativas bio-psicológicas, le es imposible encontrar una alternativa, una resolución, es inasumible por que cuestiona el mundo relacional del sujeto.

La disociación es un fenómeno postraumático porque el núcleo de la disociación es el dolor y debajo de los síntomas siempre hay latentes escenas traumáticas recientes que se asocian con el inicio de la terapia clínica como podría ser una agresión, un

13.

accidente de tráfico, un maltrato, pero hay que tener en cuenta que a lo largo de la terapia suelen aparecer traumas psicológicos graves, como ser abuso sexual, violencia directa, pudiéndose decir entonces que trauma y disociación están conectados (González, 2007).

Van der Kolk et al. (1994), también refieren a la disociación relacionada con traumas psicológicos graves y repetidos que se inician generalmente en la infancia.

Según Chu (1988) el trauma ocurrido en la infancia se puede asociar con patologías muy diversas como depresión, ansiedad, mala autoestima, dificultades en el funcionamiento social o conductas autodestructivas, somatización entre otras.

Wieland (1978) agrega que el síntoma disociativo puede ser parte de un trastorno de estrés post-traumático, de una depresión infantil, o de ansiedad severa o generalizada y Van der Hart (2008) explica que los sujetos crónicamente traumatizados carecen de capacidad de integración y de las habilidades mentales adecuadas para darse cuenta plenamente de sus experiencias y recuerdos desagradables. Explica este autor que estas personas al tener que seguir adelante con una vida diaria, en las que en la mayoría de las veces incluyen a las mismas personas que abusaron de ellas y las descuidaron gravemente, la opción más conveniente que tienen a su disposición consiste en evitar mentalmente su pasado y su presente no resuelto y doloroso y en la medida de lo posible mantener una fachada de normalidad que deviene ser muy frágil.

Es así que González (2007), refiere a que las respuestas disociativas se generan como defensas ante el trauma, aunque específica que con el tiempo se convertirán en patrones de respuesta, reacciones automáticas ante emociones y situaciones de diverso tipo, agrupando los síntomas disociativos en tres grandes bloques: amnesia, desrealización/despersonalización, y confusión/alteración de la identidad.

Los nuevos desarrollos realizados en el campo de la neurobiología dan apoyo teórico a las hipótesis que señalaban la íntima conexión entre trauma, disociación y somatización (Rodríguez Vega, Fernández Liria & Bayón Pérez, 2005).

Existen estudios, como los de Pribor, Yutzy, Dean, y Wetzel (1993), donde se encontró que el 90% de las mujeres con trastorno de somatización refieren historias de abuso físico, emocional o sexual y el 80% algún tipo de abuso sexual.

La literatura de la disociación tiende a fijarse sobre todo en el *gran trauma*, pero igualmente importante parece ser la capacidad premorbida y subsecuente, para

14.

experimentar, tolerar, confiar la experiencia emocional, así como la disponibilidad de los otros significantes para determinar los efectos del trauma. Tanto la somatización como la disociación reflejan deficiencias en la organización e integración de la experiencia subjetiva (Rodríguez Vega, et al., 2005).

Es importante tener claro que el trauma por sí solo no es un factor suficiente para explicar por qué un individuo desarrolla un síntoma disociativo. Hay personas que sufren situaciones muy traumáticas que salen adelante sin presentar problemas y otros que evolucionan favorablemente y con gran rapidez por haber tenido una figura positiva generadora de experiencias de apego seguras durante su infancia, por ende el tipo de

apego es otro factor importante a tener en cuenta al buscar causas generadoras de una disociación (González, 2007).

Bowlby (1969) define a la *Teoría del Apego* como una forma de conceptualizar la tendencia humana a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas, y de explicar la amplia variedad de padecimientos emocionales (ansiedad, depresión, ira, alejamiento emocional) y trastornos de la personalidad que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva. Según el autor, la conducta de apego persigue el objetivo de obtener o conservar la proximidad con otro individuo claramente identificado, al que se considera mejor capacitado para enfrentar el mundo y que está dispuesto a prestar su ayuda en una situación de emergencia. Saber que la figura de apego es accesible y sensible brinda al individuo un fuerte sentimiento de seguridad y lo alienta a valorar y continuar la relación.

Las relaciones de apego son constructoras y reguladoras de la emoción que es factor clave para la construcción de identidad. El sistema de apego se activa bajo situaciones estresantes con el objetivo de reducir el estado de alerta y reinstaurar el sentimiento de seguridad. (Bowlby, 1969).

Según Schore (1994) cuando la sincronía interactiva entre el niño y la figura principal de apego es adecuada, el niño podrá tolerar sin problema periodos de estrés ya que, el afecto positivo después de una experiencia negativa, enseña al niño que la negatividad puede ser tolerada y vencida, llamando a esto un apego seguro.

Otro sería el caso, como también explica Schore (1994), cuando un niño depende emocionalmente de un cuidador que no está disponible cuando este lo necesita o reacciona con rechazo ante sus manifestaciones emocionales o que resulta inconsistente en sus respuestas. Ahí el niño puede desarrollar un estilo de apego

15.

inseguro, evitador o desorganizado llevándolo a minimizar la relación vincular o bloqueando la comunicación de rabia o malestar.

Según González (2007) el no desarrollo temprano de vínculos de apego seguro expone a la persona a una mayor vulnerabilidad, reduciendo su capacidad de afrontamiento en situaciones de crisis, de dolor, o de abuso.

Este fracaso de establecer una relación de reciprocidad, puede contribuir a que el niño devenga emocionalmente inconsistente, inestable y vulnerable y a su vez que lo lleve a expulsar de su conciencia ciertos contenidos emocionales. Esto permitiría dar lugar a la disociación para que actúe como mecanismo protector del individuo para este

no sentirse desbordado ante sentimientos molestos o dolorosos como explica Siegel (1999). Blizard (1997), agrega que la disociación entendida como defensa, puede servirle al niño, para mantener las figuras de apego y la del yo fuerte.

3.2.3 Disociación patológica y disociación normal. Indicadores.

La Sociedad Internacional para el Trauma y la disociación (ISSTD, s.f.) se refiere a la aparición de una disociación patológica cuando en situaciones de amenaza crónica o extrema los mecanismos de defensa (lucha-huida) pueden no ser eficaces y hasta pueden hacer de una situación amenazante aún más peligrosa, como podría ser el caso de un niño con un padre alcohólico o violento. Si él tuviera que enfrentarse a este tipo de padre seguramente la situación a la que se expondría sería muy peligrosa por no tener recursos para valerse por sí solo, por sentirse muy asustado e indefenso sin poder escapar de la situación entonces la manera más efectiva para defenderse es a través de una defensa pasiva, como ser la parálisis (congelamiento), la anestesia emocional, o la *huida* es decir bloqueando, disociando esa situación de terror de su memoria, por no haber una figura protectora que ofrezca cuidados afectuosos y sólidos y que lo aleje del dolor, la rabia que todo le produce.

La ISSTD (s.f), explica que esa técnica de supervivencia que es utilizada por los niños en el momento del trauma, es decir entrar en una especie de trance, o quedarse en blanco mirando al vacío, como apagado, desconectado, es justamente para dejar de ser consciente de lo que lo rodea y lo lastima.

La respuesta de parálisis tiene una función biológica de supervivencia en todos los mamíferos, evitando que el depredador siga atacando como se refería Seligman

16.

(1975) al referirse a la conducta de un mamífero cuando este se encuentra en estado de indefensión.

Los niños, como los adultos, se disocian cuando se sienten sobrepasados por el miedo o el dolor, o se sienten indefensos y sienten no poder escapar entonces bloquean lo que está ocurriendo y lo que están sintiendo. Pero, si el niño recibe apoyo y se siente seguro tras la situación que le ha producido terror, la disociación puede ser temporal y, por lo tanto, no problemática, como establecía Bowlby (1969) al referirse a la importancia de un apego seguro.

Van der Kolk (1994) considera que la disociación persistente y crónica hace al humano o al animal a ser más propenso a paralizarse, a disociar, ante una amplia gama de estímulos que pueden estar asociados con la situación amenazante.

Los niños aprenden a frenar sus respuestas emocionales tensionando su cuerpo cuando sienten que las necesidades que no fueron satisfechas le provocan una consciencia dolorosa de ser rechazado o minimizado o desvalorizado todo el tiempo. Acá la disociación actúa como mecanismo de afrontamiento, separando la realidad de lo que está sucediendo realmente, reduciendo la ansiedad y el conflicto pero también interfiriendo con el afrontamiento activo y realista (Sarandon & Sarandon, 2006).

A esa interferencia que por un lado es positiva ya que lo aleja del dolor en el momento de la aparición del trauma, hace referencia la ISSTD (s.f), explicando que ese recurso de huida, o de quedarse en blanco, si no es tratado por algún especialista, este puede continuar apareciendo en otras circunstancias llevando al niño a serios problemas no permitiéndole un desarrollo normal, no permitiéndole construir vínculos saludables con sus pares y su entorno y evitando que aprenda a manejar sus emociones de manera apropiada.

Lo mismo sugiere Wieland (1978), acerca de la disociación y su especial trato a tiempo. La disociación puede ser leve, moderada o extrema y cuando comienza a generarle al niño problemas sociales y académicos, debe ser tomada en cuenta. Si esta no es tomada con la seriedad que se requiere o no se le brinda al niño el apoyo emocional positivo y seguro necesario, sin brindarle a su vez, la posibilidad de ayuda terapéutica para darse cuenta y conectar la realidad con sus emociones para superar sus miedos, la problemática lejos de disminuir irá en aumento hasta terminar con la escisión de su *self*.

17.

Esto lo lleva a retirarse y refugiarse en sí mismo buscando sus propios recursos para protegerse y consolarse y habrá una tendencia a elaborar un guion de vida solitario, retraído aislado del mundo exterior, elaborando creencias disfuncionales y patógenas como por ejemplo pensar que no vale nada, que nadie lo quiere, o que nadie lo entiende, desarrollando un *self* sumiso, tratando de ser aceptado, respetado y considerado por los otros todo el tiempo (González, 2007).

La forma más extrema de disociación es cuando estas partes o estados disociados toman o se apoderan del funcionamiento del niño y este actúa como si

convivieran en él varias partes activas que se conectan y se desconectan con gran facilidad (Wieland, 1978).

Por otro lado, Sarason y Sarason (2006) asegura que casi todas las personas transitan por experiencias disociativas que son consideradas normales, al entender aquí la disociación como el corte de la conexión entre las ideas y la emoción, tomándola en este caso como un atributo que permite la división de nuestra atención y nos permite realiza varias cosas a la misma vez, no interfiriendo en el desarrollo, ni en los progresos académicos ni sociales del niño.

Wieland (1978) explica que las experiencias disociativas o conocidas como disociación normativa, que son parte de un desarrollo normal, no producen fragmentación de la experiencia o del self. El niño es consciente de lo que ha ocurrido y puede hablar de esa situación, procesarlo y elaborarlo, sin problema aceptando todo lo ocurrido como parte de una misma realidad, historia y de un mismo self sin necesidad de disociar para evitar el dolor.

Pero en cambio sí lo experimentado le genera al niño miedo, terror, o no puede soportarlo debido a no tener la oportunidad o los recursos para procesar lo acontecido la situación disociativa no solo tiende a aparecer sino a tornarse patológica ya que las percepciones, los sentimientos, sensaciones físicas y el conocimiento acerca del mundo será puesto en un lugar afuera del *active awareness*, algo así como en un lugar inaccesible de poder conectarlo con la realidad y su emoción, como si las guardara bajo una llave que no permite el acceso a ella, haciendo que la disociación lo proteja de esas situaciones negativas y dolorosas (Wieland, 1978).

Wieland (1978) asegura que así como la disociación ocurre y aparece en niños traumatizados, muchos otros niños en las mismas condiciones de trauma, no desarrollan síntomas disociativos patológicos ya que debe no solo haber un trauma presente para

18.

que se disocie sino una capacidad biológica que favorezca la aparición, y un apego de tipo inseguro o desorganizado que imposibilite una sensación de seguridad y confianza generada por parte de su entorno para con el niño afectándole su posterior desarrollo.

La ISSTD (s.f), explica que la manera que cada niño maneje cada situación no va a depender de un solo factor sino de varios. Entre ellos, la capacidad que tenga para calmarse a sí mismo y creer que ese mundo puede volver a ser seguro. También hace

referencia a la habilidad de escucha que tengan los padres acerca de los sentimientos confusos y conflictivos de su hijo y de poder enfrentar abiertamente la situación traumática y por último a la disponibilidad de recursos disponibles, rápidos y certeros que ofrezcan apoyo real al niño y los padres.

Debido a la desregulación emocional, los trastornos que conllevan un trauma acumulativo manifiestan un comportamiento somatomorfo con miedo, ira, parálisis etc, y los que sufrieron trauma simple o no resuelto, presentan quejas somáticas de amplia variedad, relacionadas con el sistema digestivo, sexual, dolores de cabeza, fibromialgia o dolor crónico explica la ISSTD.

Según Garralda (1992), la dificultad para la expresión verbal de las emociones fruto de la inmadurez cognitiva y la limitación de vocabulario, está considerada como uno de los factores que subyacen a la comunicación del malestar emocional a través de síntomas físicos. Por esta razón se está desarrollando un interés creciente en el estudio de los factores de personalidad en niños con trastornos somatoformes ya que se ha descrito a estos pacientes con rasgos de perfeccionismo, altas expectativas personales, autosuficientes, que tienden a negar sus ansiedades, y a su vez negar o relegar los conflictos, clave para acercarse a comprender la razón por la que el cuerpo y las funciones corporales obtienen una gran relevancia como forma de expresión de los conflictos psíquicos y relacionales.

Como explica González (2007), la sintomatología del trastorno somatomorfo será expresada a través del cuerpo y la sintomatología disociativa expresada en las funciones psíquicas, es decir evadiendo, evitando o bloqueándose.

Aquí la conexión entre lo somatomorfo y lo disociativo, como explica González (2007). En el trabajo investigado, hay un trastorno somatomorfo por presentar síntomas físicos que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren una enfermedad neurológica o médica inexistente (de ahí el término somatomorfo), con

19.

síntoma disociativo, ya que el problema real, es decir el origen de la inestabilidad meramente psíquica, se bloquea o es sólo parcialmente experimentado, sin que sea registrado por la conciencia pero sin cumplir criterios para ser abordado como un trastorno disociativo pero si como un síntoma a partir del cual entendemos el trastorno somatomorfo, en este caso analizado.

3.3-TRATAMIENTO:

3.3.1-. Principio de tratamiento por fases.

Van der Hart (2008) contempla la conveniencia de trabajar con el tratamiento orientados por fases cuando se debe trabajar directamente con recuerdos traumáticos. Habrá una primera fase de estabilización y reducción de síntomas, luego una segunda que tratara los recuerdos traumáticos para su procesamiento y una tercera y última fase de integración de la personalidad, rehabilitación y reconexión.

Van der Hart (2008) describe que en la primera fase del tratamiento se intenta que los pacientes aprendan a desenvolverse dentro de las limitaciones propias de su energía y eliminar todas aquellas acciones que produzcan gastos inútiles de ella, para potenciar acciones más adaptativas. Deben identificar lo que mejora o disminuye su energía, y reducir lo que no les suma. Por ej, aquellos pacientes que hacen demasiado en el día, comenzar a recortar cosas para poder ocuparse de las acciones mentales que están siendo evitadas mediante ese exceso de conductas, o en caso de un paciente paralizado, que no hace nada, deberá tratar de emprender más acciones mentales y conductuales. Por otro lado aquellos que están empantanados en rumiaciones u obsesiones deberán simplificar las acciones mentales para que las acciones conductuales se vuelvan más adaptativas.

En la segunda fase se intenta procesar el significado del evento traumático a fin de que la disociación se vuelva innecesaria y resolver la angustia que producen los recuerdos traumáticos y poder así comenzar hacer el duelo de eso que lo traumatiza. En el proceso de recuperación se debe intentar que la memoria traumática se integre y así pueda pertenecer a un único estado mental (Van der Hart, 2008).

Por último, este autor, establece que en la fase tres, se intenta elaborar finalmente ese duelo para dar lugar a una consciencia más profunda a través de la

20.

resolución progresiva de la angustia que genera el cambio y a la vida normal que tuvo su comienzo en la fase 1 permitiendo así reestructurar su identidad y sus relaciones.

Básicamente la terapia tiene que poder restablecer el sentido de seguridad y predictibilidad del paciente evitando a lo largo de la terapia una retraumatización del paciente (Van der Hart 2008).

Una buena alianza terapéutica es fundamental. La relación vincular va a hacer el instrumento que ayude al paciente a que pueda regular sus emociones y así

experimentar una vez más la vivencia de alienamiento emocional con otro, en este caso el terapeuta, que puede ser receptivo y responder a sus necesidades. (Rodríguez Vega, et al. 2005).

3.3.2 La Terapia Cognitiva Conductual: Antecedentes históricos y conceptos fundamentales.

La terapia cognitiva surgió en los años setenta de la mano de Aaron T. Beck como un abordaje de tratamiento para la depresión y a partir de ahí se probó su eficiencia para trastornos del estado de ánimo y ansiedad también (Bunge, Gomar & Mandil, 2010).

La hipótesis básica sobre la que se asienta el *Modelo de Terapia Cognitiva* (T.C.C.) de Beck, enfatiza que los pensamientos ejercen una influencia decisiva sobre las emociones y la conducta. Considera que los individuos responden a los significados que le adjudican a las situaciones más que a los eventos en sí mismos, es decir que ante los acontecimientos vitales, cada sujeto elaborará una interpretación en función de su idiosincrásico diálogo interior. Es esta serie de pensamientos que fluyen incesantemente (respecto de sí mismo, su mundo y el futuro) la que determinará su estado de ánimo, su conducta y activación fisiológica (Beck & Clark, 1997).

El objetivo de la TCC es flexibilizar los modos patológicos del procesamiento de la información y lograr que la persona pueda sentir y actuar de manera más adaptativa ya que la rigidez en la interpretación y significación de los acontecimientos sería la principal generadora de padecimiento psíquico (Bunge et al. 2010).

Beck (1995) señala que el modo en que se interpretan las situaciones estaría determinado por una serie de elementos como ser, los esquemas, las creencias nucleares, las creencias intermedias y los pensamientos automáticos.

21.

Beck y Clarck (1997) definen a los esquemas como estructuras funcionales de representaciones de conocimiento y de la experiencia anterior, más o menos permanentes, que guían la búsqueda, codificación, organización, almacenaje y recuperación de la información y juegan un papel fundamental ya que guían nuestros pensamientos, sentimientos y conductas mediante la interpretación de las demandas ambientales que nos afectan y reflejan las creencias, juicios y reglas más básicas del individuo. El material de los esquemas es relativamente inaccesible a la conciencia y se

mantiene oculto o latente hasta que es activado por un estresor. Estos esquemas son elaborados a partir de experiencias infantiles y su interacción con el medio.

Como bien señala Beck (1995) el tratamiento de los desórdenes psicológicos incluye la modificación de estas estructuras de atribución de significado mediante la desactivación de los esquemas disfuncionales y la activación de modos constructivos más racionales. Este desarrolló un *modelo del sistema de procesamiento de la información* que distingue jerárquicamente los siguientes elementos:

Por un lado están los *Pensamientos Automáticos*. Son pensamientos evaluativos, rápidos y breves que pasan por la mente cuando se produce un cambio en el estado de ánimo. No son producto del razonamiento, sino que brotan automáticamente en forma verbal (diálogo interno) y/o visual (imágenes). También están las llamadas *Creencias Intermedias* que están constituidas por reglas/expectativas (“debo cumplir con todas mis tareas escolares”), *actitudes* (“ser irresponsable es algo terrible”) y *supuestos* (“si no cumplo con mis tareas, mis padres se van a enojar conmigo”) y por último las *Creencias Nucleares*. Son representaciones de la realidad estables y profundas que las personas consideran como verdades absolutas que están constituidas desde la infancia y existen sin una clara conciencia y suele referir a definiciones negativas de la propia identidad (“soy tonto”).

Los componentes cognitivos como los arriba mencionados, los pensamientos, imágenes y creencias son importantes para entender los trastornos psicológicos, y la terapia cognitiva trabaja para realizar cambios en este nivel. La reestructuración cognitiva de la que habla Bunge et al. (2010), implica enseñar a los niños sobre el triángulo pensamientos-emociones-conductas y modificar junto con ellos sus pautas de pensamiento con el objetivo de que puedan afrontar con mejores recursos las situaciones desafiantes. El tratamiento conlleva la realización de tareas para ser hechas en la casa.

22.

3.3.3. La Terapia Cognitivo-Conductual en niños.

Aunque la terapia cognitiva debe adaptarse a las características únicas de los niños, hay varios principios establecidos en el trabajo con adultos que también pueden aplicarse a su tratamiento. Utilizadas con flexibilidad, la estructura de las sesiones (con tiempos acotados y orientadas a metas específicas), la implementación de registros de pensamiento y el *diálogo socrático* (preguntas del terapeuta que cuestionan los

pensamientos automáticos y las creencias disfuncionales), pueden ser importantes recursos destinados al cambio. A su vez, las tareas para el hogar que se realizan en el tiempo entre sesiones, son un elemento central que permiten el *descubrimiento guiado*, consistente en aplicar las habilidades aprendidas en el consultorio a contextos reales, facilitando la gestión de alternativas idéicas y/o comportamentales y corrigiendo errores de interpretación (Knell, 1999).

En relación a esto, Bunge et al. (2010), señalan una importante diferencia respecto al tratamiento con niños. En la infancia los esquemas centrales se encuentran en formación, siendo susceptibles a las influencias de los entornos significativos, entonces habrá que tener en cuenta al trabajar, para poder lograr estabilidad y resultados positivos, los estilos de interacción familiar de cada niño como también el establecimiento de una estructura flexible en las sesiones acorde a cada uno y el establecimiento de una agenda con objetivos.

Fundamentalmente, es necesaria la implicación de la familia, ya que esta puede colaborar a reforzar habilidades de afrontamiento, mantener y generalizar los logros terapéuticos, modelar conductas y modos funcionales de procesamiento de la información (Ronen, 1997).

Agrega que es imprescindible adaptar las intervenciones a la edad, nivel de desarrollo y habilidades cognitivo-sociales del paciente (lenguaje, capacidad de tomar perspectiva, razonamiento y regulación verbal.) De lo contrario, cuando las exigencias de las tareas terapéuticas exceden las capacidades del niño, estos pueden parecer equivocadamente resistentes, evitativos e incluso incompetentes (Ronen, 1997).

Friedberg y McClure (2005) explican que, como los niños están orientados a la acción y están predispuestos biológicamente a aprender haciendo, la terapia cognitiva debe adoptar un enfoque experiencial, ya que a diferencia de los adultos ciertos aprendizajes no pueden ser adquiridos por medios verbales, entonces practicar, hacer y

23.

ejercitar son parte esencial del tratamiento centrándose en el aquí y ahora. Además, señalan que esto agrega vitalidad al tratamiento, ya que la motivación de los niños mejora cuando se divierten por eso el juego y los dibujos vehiculizan gran parte de las intervenciones.

4. METODOLOGIA

4.1- Tipo de Estudio

-El presente trabajo será un Estudio Descriptivo de caso único.

4.2- Participante

Se trabajó con una paciente de trece años llamada G, que llegó al servicio de psicología clínica del Hospital Interzonal Gral.de Agudos , a través de una interconsulta presentada por los médicos del servicio de pediatría ante la falta de diagnóstico médico, encontrándose internada en ese momento por un episodio paroxístico que había sufrido en su casa. Se descartó su índole epiléptica y se trabajó sobre un trastorno somatomorfo conversivo con síntoma disociativo.

4.3-Instrumentos

- Se usó una entrevista clínica psicológica semi-dirigida o semi-estructurada como instrumento privilegiado, en este caso con la adolescente y con la madre, donde el entrevistado habló sobre lo que deseaba y el entrevistador, en este caso el terapeuta, introdujo preguntas o pidió aclaraciones sobre puntos confusos o que necesitaron ser ampliados en torno a un guión general flexible construido a partir de las preguntas de evaluación (la guía de entrevista), conformado por distintas áreas que permitieron recolectar información sobre antecedentes de la adolescente y sus familiares, el inicio de sus síntomas, circunstancias en que estos aparecieron, sobre la dinámica vincular madre-hija, y sobre exámenes médicos realizados en el hospital.
- Se utilizó también, la historia clínica médica del paciente. Los contenidos usados fueron la anamnesis del paciente para conocer sobre los antecedentes de este y sus familiares, dilucidar los factores de riesgo, ver el inicio de los síntomas y

24.

ver también cuales fueron las circunstancias en que estos aparecieron. A su vez, se indagó a través de este instrumento los exámenes complementarios realizados o indicados por el personal médico y los juicios de valor formulados por los profesionales que permitieron llegar a fundamentar su diagnóstico y tratamiento.

- Se tomó el MMPI-A el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnessota para adolescentes, que deriva del MMPI creado por S. R. Hathaway. El MMPI-A (Casullo, 1993) es para sujetos de 14 a 18 años con 478 ítems y una estructura idéntica al resto de las formas; es decir, posee escalas de validez, clínica, de contenido, adicionales y de Harris. El tiempo de aplicación es libre y oscila entre 45 y 60 minutos. Evalúa los principales patrones de personalidad y trastornos emocionales. Es autoadministrable.
- Se tomó también el test de la Persona Bajo la Lluvia que evalúa la aparición de las defensas latentes ante una situación estresante (Querol & Chavez Paz, 2004) o el HTP, (casa, árbol, persona), en donde se busca examinar la imagen interna que el examinado tiene de sí mismo y de su ambiente, que cosas considera importantes, cuales destaca y cuales no (Hammer, 1969).

4.4-Procedimiento

El tratamiento psicoterapéutico se desarrolló en los consultorios externos del Hospital . Durante el transcurso de estos meses se efectuaron entrevistas con la paciente de modalidad semanal y de una duración de 45 minutos.

Con el fin de reunir el material necesario para la elaboración del Trabajo Final de Integración se procedió, en un principio a la lectura exhaustiva de la historia clínica de la niña en cuestión y se preguntó a los médicos que la asistieron para agregar aquellos datos que los mismos creyeron interesantes aportar.

Luego se realizó un psicodiagnóstico para decidir el mejor tratamiento a seguir. Este constó de varios pasos:

- Una entrevista semi-dirigida con la madre y con la adolescente con el objetivo de recolectar la mayor cantidad de información posible sobre:
 - antecedentes de la paciente y de sus familiares,
 - los factores de riesgo,
 - inicio de los síntomas,
 - circunstancias en que estos aparecieron
 - exámenes complementarios realizados o indicados por el personal médico
 - la dinámica del vínculo madre-hija.
- Entrevistas con la niña a solas, para conocerla y para trabajar junto a ella realizándole los siguientes tests a lo largo de varias sesiones:

1. MMPI-A el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnessota para adolescentes.
2. Test de la Persona Bajo la Lluvia o el Test casa, persona, árbol.

También se efectuaron entrevistas con la madre para chequear información que se iba suscitando y se indagaron las particularidades del funcionamiento familiar para arribar a un diagnóstico estructural. Se buscó modificar aquellos patrones vinculares que limitaban la autonomía, y la comunicación entre los miembros, sostenían el estilo de apego de la díada madre-hijo y la ansiedad de G.

5. DESARROLLO

5.1 CONCEPTUALIZACION DEL CASO:

La conceptualización del caso clínico, de acuerdo a Friedberg y Mac Clure (2005), es una guía o borrador inicial donde se explica el funcionamiento psicológico del paciente y las características actuales de este, tomando en cuenta su historia familiar, su desarrollo social y cognitivo, su contexto cultural, sus síntomas fisiológicos y emocionales integrando estos al problema específico que trae el paciente con el objeto de entender el o los orígenes, el desarrollo y su mantenimiento, ya que los patrones de conducta de un niño estarían determinados por múltiples variables interrelacionadas.

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC), considera que el comportamiento está multideterminado por una serie de factores (el contexto interpersonal y ambiental, la fisiología, las emociones, la

26.

conducta y la cognición) que interactúan como un sistema dinámico y complejo (Beck, 1995).

Se focaliza en el *porqué* de la presentación de los síntomas y el énfasis se pone en obtener una imagen individualizada del funcionamiento psicológico del evaluado.

Algunos autores tales como Kuyken, Padesky y Dudley (2009), lo denominan la *brújula clínica* que orienta y dirige el tratamiento en la dirección correcta.

Para que esto sea viable, Beck y Clark (1997), sostienen la necesidad de crear un vínculo terapéutico en donde el terapeuta y el paciente trabajan juntos, como un equipo, en busca de evidencias que les permitan someter a revisión las creencias disfuncionales y por momentos es necesario la interacción con la familia al trabajar con adolescentes.

El establecimiento de este empirismo colaborativo como bien reseñaba Beck y Clark (1997), sobre la base del mutuo compromiso y confianza llevó a la conformación de un equipo de trabajo formado por la adolescente su madre y terapeutas que permitió la recopilación de data e información necesaria para la correcta formulación del caso y tratamiento. Esta manera colaborativa da poder al profesional como al paciente.

La conceptualización de este caso está hecha desde la perspectiva de la Terapia Cognitiva Conductual. La terapia cognitiva conductual está basado en la teoría que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck 1995).

G es una adolescente de 13 años, que luego de ser dada de alta en el hospital se presenta a la consulta con su madre quien será la que la acompañará en todas las ocasiones. Vive en un barrio de un partido del conurbano bonaerense, junto a E su mamá, y dos de sus cuatro hermanos, F de 16 años y A de 15, ambos estudiantes. Tiene otras dos hermanas mayores, L de 26 que tiene una beba y C de 23. Ambas se encuentran en pareja viviendo en otro domicilio.

Sus padres se encuentran separados hace ya 7 años y como consecuencia del divorcio la presencia del padre ha sido mínima. Una de las principales razones de divorcio fue el abuso físico y psicológico del padre hacia la madre principalmente.

El núcleo familiar está conformado a su vez, por los abuelos maternos que viven cerca y los que están involucrados también en el cuidado de la adolescente que dice sentirse cómoda en la casa de ellos como también en la casa de sus tíos maternos.

27.

El padre de la menor, es chofer de micro y la adolescente refiere tener poco contacto con él ya que éste la trata bien solo cuando quiere. La madre es ama de casa y trabaja como modista en su hogar perteneciendo a una clase social media baja.

En cuanto a los estudios, G se encuentra cursando el 1er año de la escuela secundaria, por 2da vez ya que lo repitió el año pasado y por lo que comenta la madre este año se encuentra complicada ya que por los síntomas de desatención y quejas somáticas como dolores fuerte de cabeza, dolor de estómago y mareos la han llevado a faltar reiteradamente. La madre relata que cuando le pide que haga sus tareas, G alude no sentirse bien y se retira a su cuarto a dormir.

La madre refiere que G es una niña introvertida, poco comunicativa y no la describe como una chica rebelde pero si difícil de llevar por momentos por ser

discutidora y peleadora especialmente con su hermana. En las entrevistas G mostró cierto interés y cooperación, aunque tímida y monosilábica en sus respuestas al principio. Relata a su vez, que hace unos meses G la acompaña los días sábados a la iglesia donde charlan con el sacerdote y realizan tareas solidarias.

En cuanto a sus relaciones sociales la madre la describe como una niña con pocas amigas. Estas son del ámbito escolar y no del barrio pero refiere a que desde su alejamiento las ve poco. La madre cuenta en forma preocupada sobre la existencia de un chico mayor que G, a quien describe como “mala junta” para su hija, vecino del barrio, con el que la adolescente se comunica vía mensajes de texto telefónico o a través de “Facebook”. La mamá aduce que este chico es tema de discusión en la casa ya que ella no acepta esa relación no solo por la edad del chico sino por su entorno ya que lo considerado un “drogadicto”. Al preguntarle a G sobre esta relación, ella acepta la existencia de éste pero le quita importancia y agregó que su mamá exagera con la descripción ya que ella lo considera un chico trabajador y muy correcto, y aclara que entre ellos no había más que una amistad.

G relata haber sido muy amiga de sus primas aunque aduce no verlas tanto en la actualidad. Cuando se le interroga la razón ella cuenta en forma entrecortada y con tristeza en su voz que una de ellas, J de su misma edad, se encontraba en coma en terapia intensiva hacia un año. Al preguntarle si la había ido a ver ella refiere que sí, una sola vez y que había quedado muy impactada por la cantidad de cables que tenía y agregó “yo de eso no quiero hablar, me hace mal y yo quiero ponerme bien”.

28.

González (2007) explica esta reacción enfatizando que a veces se produce un rechazo emocional ante la dureza de las historias vividas, como un *no querer ver*.

Con respecto a la conflictiva relación con su hermana F (16) con la cual convive y comparte habitación la adolescente se refirió a ella como una “buchona” y “traicionera” con la que no se puede contar por no saber guardar secretos ya que ella fue quien le comentó a la madre acerca de su amistad con J, el chico que la madre considera una mala influencia para G. Según relató ella, la hermana la insultó y agredió verbalmente varias veces cuando esta quiere hacer uso de la computadora, la menosprecia diariamente diciéndole que su afección es “puro teatro”, la agrede físicamente pegándole y tirándole de los pelos si ella no accede a sus pedidos

inmediatamente por ser su hermana mayor y la amenazó en varias oportunidades con “matarla a piñas” en caso de no obedecerle.

G dejó claro no soportarla y estar segura que su hermana no la quiere, que la odiaba y que eso le generaba mucha angustia. Por esta situación G decidió irse a vivir a lo de su abuela unos meses el pasado año pero decide volver a su hogar por pedido expreso de su mamá previa charla con su hermana donde se trató de establecer reglas básicas de convivencia como ser poniendo horarios para el uso de la computadora familiar.

Esta relación hostil, fría y competitiva con su hermana transforma el clima familiar ya que la madre termina involucrándose en las peleas que existen entre las menores y produce un clima de cierta violencia doméstica que empeora la convivencia.

La relación con su madre se muestra desafectiva y distante. La madre aduce no poder hablar con ella ni relacionarse en forma fluida. G a su vez considera no importarle a su mamá y considera que el mayor interés de ella no es otro que su nieto de 10 meses hijo de la mayor de la familia aludiendo que al bebé le compran de todo y a ella le dicen no tener plata cuando ella pide algo.

En líneas generales recalca sentirse maltratada por casi toda su familia ya que que su hermana le grita, su papá la amenaza con pegarle cuando la ve, la abuela le habla mal, la madre la ignora, su madrina no la registra y su tío la molesta aduciendo tener miedo a que este pudiera sobrepasarse con ella. Al único que no nombra es a su hermano A. Alega sentirse denigrada por el trato que su hermana le brinda en forma reiterada y considera que su madre hace las cosas para con ella simplemente por obligación por ejemplo, acompañándola al hospital.

29.

La relación de la niña con su padre es también lejana y fría y recalca no sentirse importante para él porque considera que su padre no la quiere ya que cuando ella necesita de su ayuda él nunca está presente y cuando le pide plata se la niega aduciendo que no tiene, lo cual ella refiere a eso como una mentira. Agrega que el padre toma alcohol en exceso y que se separó de su madre en forma violenta.

G, todo el tiempo repite sentirse sola y angustiada y especifica que su madre jamás le demostró su amor por que nunca le da lo que ella quiere y agrega que siempre defiende a su hermana y dejar a ella de lado. Puso como ejemplo la negativa la madre en festejar sus 15 años poniendo como razón el no poder afrontar los gastos pero aduce que si puede organizar el 1er cumple años de su sobrino en un salón de

eventos. La adolescente nos describe una situación en donde claramente se puede observar que predomina la falta de comprensión, falta de amor y una situación caótica en el ambiente llevándola a sentirse frustrada en sus necesidades diariamente.

Al ser cuestionada sobre la separación de sus padres, en un principio proporciona poca información, negándose a hablar sobre el tema y respondiendo con frases como: “no me acuerdo”, “no se” u optaba quedarse en silencio mirando un punto fijo.

Recordando la definición de trauma de Van der Kolk, Weisaeth y McFarlane (1994), como la experiencia de estrés inescapable que abruma los mecanismos habituales de afrontamiento del sujeto y apoyan la consideración de que la disociación, la somatización y otros trastornos de la regulación afectiva son expresiones tardías del trauma, fue que se decidió indagar más acerca de este punto. Ella manifestaba recordar esa época como borrosa y distante y como algo que ya se encontraba en el pasado, tema al que ella prefería no volver.

A pesar de eso en su relato comenta, casi como no dándole importancia, una pelea entre sus padres, que fue el detonante de la separación de estos. En esta el progenitor intentó ahorcar con sus manos a su madre frente a ella y fue la adolescente quien se interpuso para parar la pelea. A su vez, comentó que el padre amenazaba a la madre con quitarse la vida si ella no le permitía regresar al hogar.

Al interrogar a la madre sobre este punto nos reveló que G había sido testigo presencial del momento en que su ex marido la tomó a ella por el cuello y la amenazó con quitarse la vida por lo que dió a entender a través de su relato que la separación de estos resultó de cierto alivio para ella, aunque relata que ella cree que la adolescente denota sentir cierto grado de culpa por pensar de esta manera.

A su vez, la madre comentó el estado crítico en el que se encontraba su sobrina, ya que consideraba que este podría ser otro de los eventos por el que su hija podría estar atravesando un momento difícil, aunque este fuera una situación crítica más reciente.

5.1.2- Motivo de consulta.

Evaluar a la paciente en el ámbito psicológico, siendo esta derivada por el servicio médico pediátrico del hospital a modo de interconsulta mientras se encontraba

internada, por referir episodios paroxísticos, es decir ataques de aparición brusca y repentina, acaecidos en su casa evidenciando síntomas físicos sin causa médica constatados luego de realizarle una extensa batería de estudios.

5.1.3- Descripción de síntomas somáticos y disociativos.

La paciente no refiere enfermedades médicas en su historial clínico y la madre la describe como una niña sana sin complicaciones médicas significativas aunque señala como antecedente familiar, haber sufrido ella como su hijo A de 15 años episodios epilépticos en algún momento por los que fueron medicados. La madre hace referencia a estos ya que da a entender que a G le podría estar pasando lo mismo.

G es internada en el área de pediatría del hospital, luego de haber sido llevada hasta allí por la madre alegando que su hija había sufrido un episodio en donde en forma brusca y sorpresiva comenzó con temblores leves, seguido por un desvanecimiento, pérdida de tono muscular y de sus movimientos y una completa ausencia pero sin perder la conciencia.

La historia clínica de la evaluada señala haber llegado al hospital en un estado vigil, hemodinamicamente compensada, lucida y reactiva, por sus propios medios pero sin recordar lo que le ocurrió y refiere cefalea leve.

Ante la descripción del cuadro realizada por la madre se la interna y se le ordena la realización de un batería de estudios que abarcaron tests cardiológicos, neurológicos, ginecológicos, de laboratorio completo, y examen físico, todos resultando dentro de los parámetros considerados normales.

31.

Con los estudios realizados se descarta un episodio paroxístico de tipo epiléptico, por no evidenciar en los estudios neurológicos nada que suponga una descarga anormal y excesiva de neuronas que produjera la llamada crisis epiléptica, y a su vez se descarta también un trastorno paroxístico no epiléptico (TPNE) ya que para que este se confirme debería ser originado por una disfunción cerebral de origen diverso, habiendo dado los estudios neurológicos normales.

Partiendo de esta base, es derivada para una interconsulta con el departamento de psicología para ser evaluada, en búsqueda de una respuesta a su episodio, antes de ser

dada de alta. Ella y su madre aducen que ésta ha tenido varias de estas “crisis” que consisten en “desmayos” en donde no pierde la conciencia y en la que sí parece estar totalmente ausente agregando que después de estas “crisis” ella no recuerda nada de lo que ocurrió.

La adolescente manifiesta haber sufrido por primera vez un episodio similar a los 8 años, coincidente con la separación vincular de los padres, a pesar de que ella no registra el evento con su manifestación.

Al ser visitada por primera vez por el departamento de psicología, estando aun internada y por pedido de interconsulta de los médicos ante la falta de diagnóstico por tener síntomas físicos sin causa médica, la paciente describe una serie de sintomatología somática que va desde una sensación de malestar general hasta fuertes dolores de cabeza y estómago. Aducía experimentar también considerable tensión muscular, por momentos sensación de mareo, opresión en el pecho y debilitamiento. Se infiere un posible trastorno somatomorfo conversivo con síntoma disociativo.

A su vez, al conversar con ella se pueden captar lapsos de tiempo perdido en partes de su historia, es decir periodos que están fuera de la conciencia del paciente por no recordar lo que hizo durante ese tiempo o no poder responder con detalles. González (2007) hace referencia a esto como un estrechamiento de la conciencia, evidencia típica de sintomatología disociativa.

Luego de ser dada de alta se la interroga sobre la posibilidad de comenzar una terapia psicológica en el hospital a la que ella accede y es citada para la semana entrante donde concurre a la hora establecida junto a su mamá. Al llegar se le pide que espere junto a su madre afuera del consultorio unos minutos y es en esa espera cuando G registra in-situ un ataque de los que venía padeciendo. Esto nos permitió observar lo que ella había relatado padecer y también se pudo observar los síntomas

32.

disociativos en forma manifiesta. Es de destacar el inicio brusco y repentino del episodio.

La adolescente se encontraba sentada en estado de trance, absorta de la realidad y mirando un punto fijo, inmóvil, como habiendo perdido los automatismos de la conducta motora sin parecer darse cuenta de lo que ocurría a su alrededor a pesar de encontrarse en un pasillo lleno de gente.

Al intentar, el Lic. D, a cargo del tratamiento, ponerse en contacto con ella, la adolescente no pareció registrar su presencia en un primer momento. Poco a poco, ante

las preguntas del terapeuta la niña comenzó a hacer contacto visual con él hasta que accedió a responder preguntas básicas tales como *me puedes hablar?*, *puedes levantarte?*, *puedes mover el brazo?*, con un leve movimiento de la cabeza indicaba una respuesta negativa. Se podía observar cierto grado de despersonalización, como si estuviera por fuera de su cuerpo, separado de él.

Poco a poco, la adolescente fue recobrando su presencia ante el requerimiento del terapeuta de mirarlo a los ojos, mover los dedos de la mano, o de mover la cabeza de un lado a otro. A su vez se le indicaba respirar de forma pausada y profunda para lograr relajarla y se le hablaba en forma suave como tratando de quitarle dramatización a la situación y generar, a la misma vez, empatía con ella. De repente G pareció despertar de un sueño y sonrió al vernos a todos mirándola atentamente.

Butler, Duran, Jasiukaitis, Koopman y Spiegel (1996) ven en la interrupción de la atención y del control voluntario un elemento central en la definición de disociación y agregan que la disociación puede ocurrir en el ámbito de la percepción (p.ej. atención focalizada como ocurre en la absorción), conducta (p.ej. acciones automatizadas como conducir un coche), afecto (p.ej. el embotamiento de la respuesta emocional ante circunstancias abrumadoras), memoria (p.ej. amnesia de acontecimientos traumáticos) e identidad (como la inseguridad respecto de la propia identidad durante una despersonalización).

G mostraba cursar varios síntomas correspondientes a un trastorno somatomorfo conversivo con manifestación motora específicamente presentando alteración de la coordinación, alteración psicomotora y del equilibrio y a su vez, cefalea, dolor abdominal, corporal en general y muscular, ataxia, baja energía, e hiperventilación.

33.

5.2. ETAPA DIAGNOSTICA

Se le realizaron a la adolescente dos tests, que forman parte de las estrategias de intervención llevadas a cabo por el psicólogo a cargo.

En primer lugar el llamado Persona bajo la lluvia que evalúa la aparición de las defensas latentes ante una situación estresante (Querol & Chavez Paz, 2004), y el MMPI-A que es el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para

adolescentes, que deriva del MMPI creado por S. R. Hathaway (1963), que evalúa los principales patrones de personalidad y trastornos emocionales.

5.2.1-Persona bajo la lluvia (anexo1)

En la interpretación de la persona bajo la lluvia se busca obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en las que la lluvia representa el elemento perturbador. Este elemento hace propicia la aparición de defensas y se puede observar una situación de estrés en la que el individuo ya no logra mantener su fachada habitual y, sintiéndose forzado a recurrir a defensas ante latentes.

Después de haber recibido la consigna, la evaluada procedió a ejecutar el dibujo. Se mantuvo concentrada mientras lo realizó y no se incomodó ante la observación del evaluador.

La adolescente comenzó dibujando la cabeza con trazos continuos y moderados, luego procedió con los detalles de la cara, luego pasó al tronco y a las piernas, luego a los brazos y las manos, el paraguas, y finalmente hizo la lluvia y las nubes.

El análisis del dibujo bajo la lluvia de G nos revela a una adolescente que tiene una gran necesidad de ser tenida en cuenta y ser reconocida que no posee defensas adecuadas para enfrentar el medio sintiéndose en la necesidad constante de defenderse de este ya que lo siente como una gran presión y amenaza llevándola a desconfiar de las personas que la rodean. Esta falta denota una incapacidad para poder sobrellevar las demandas externas de manera adecuada generándole un gran estrés y reaccionado a menudo con angustia, impaciencia, ansiedad o evasión.

El temor a lo social queda evidenciado y existen claros indicadores de retraimiento, querer escapar u ocultarse mostrando preocupación por las críticas y

34.

opiniones de otros para con ella. Se evidencia a su vez una tendencia a la anulación de su persona y un gran sentimiento de culpa. A pesar de lo detallado, G ha indicado en su dibujo tener la capacidad de enfrentar al mundo y su comportamiento presente, asistir a la terapia, indica tener cualidades para hacer frente a su problema.

5.2.2-MMPI-A (anexo 2)

Los cálculos y la interpretación del presente perfil se han realizado sobre la base de la adaptación y baremización llevada a cabo por la Dra. María Martina Casullo (1993) de Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Actitud ante la realización de la prueba:

La adolescente respondió todas las preguntas. Ha contestado de forma sincera y por esta razón se consideró esta prueba como válida.

El moderado puntaje obtenido en la escala de Sinceridad (L: 59) podría estar indicando el uso de la negación como mecanismo de defensa central con un pobre insight.

Las puntuaciones en la escala K: 53 que corresponde a la de defensividad, indicarían predisposición y buen pronóstico hacia el tratamiento psicoterapéutico por presentar un balance adecuado entre actitudes de apertura y de reserva.

En cuanto al perfil clínico, mostró el rango Hy (histeria) un puntaje significativo siendo este de 67. Esto demuestra que la joven presenta preocupaciones y quejas somáticas con patrones de sobre reacción a situaciones de estrés que a menudo se acompañan con el desarrollo de síntomas físicos, y con fuerte necesidad de afecto, atención y aprobación.

Asimismo la puntuación alcanzada en el rango HS:61 que corresponde a hipocondriasis, podría estar indicando que G presenta preocupaciones por su salud y también sentimientos de aislamiento y se ha podido observar esto en el ítem HEA que corresponde a la escala de contenido que refiere a preocupaciones de la salud (64).

A su vez, se reconoce la existencia de problemas escolares, incluyendo de índole académica y dificultades de adaptación. La ansiedad, que se puede observar

35.

elevada en la escala de dicha denominación (ANX: 61), puede incidir negativamente sobre la atención y concentración de la joven.

En cuanto al rango denominado depresión (61), el puntaje ha verificado presencia de algún grado de sentimientos de insatisfacción, desesperanza e infelicidad, probable apatía general y falta de interés en actividades. Posible presencia de sentimientos de culpa, vergüenza y autocrítica, así como escasa autoconfianza y sensación de inadecuación y pesimismo.

También se ha verificado una autovaloración negativa que no sólo fue verificada por la moderada elevación de la escala de Depresión, sino que se puede corroborar con la puntuación de la escala de Baja Autoestima (Lse: 61) que verifica ser una persona con cierta sensación de incapacidad para resolver sus problemas personales y ser altamente influenciable por los otros.

La escala que refiere a Problemas Familiares (FAM: 61) indicó relaciones conflictivas con los padres y otros miembros del grupo familiar. Sus respuestas revelan sentimientos de no poder contar con su familia deseando querer desprenderse de grupo familiar.

3- EL TRABAJO TERAPEUTICO

5.3.1. Estrategia de intervención cognitivos-conductual para los trastornos somatomorfos conversivos con síntoma disociativo- Aplicación del modelo trifásico-Análisis de la evolución de los síntomas de la niña.

A partir de la conceptualización del caso se desarrolló un *plan de tratamiento* que orientó el camino de la práctica clínica. En éste se contempló el orden y el momento en que debían implementarse las diversas técnicas cognitivo-comportamentales para el tratamiento de la adolescente como así también las pautas para adaptar las intervenciones al caso particular de G.

Los primeros abordajes del tratamiento fueron enfocados en procesar los elementos traumáticos de la evaluada siguiendo las líneas de tratamiento del trauma definidas por Herman (1992) conocido como *modelo trifásico*.

El modelo trifásico supone, como dice la palabra un tratamiento que consta de 3 fases. Una primera de estabilización o de establecimiento de la seguridad, luego una de

36.

procesamiento de los recuerdos o fase de re memorización y duelo y la tercera y última fase de reconexión tal como lo explica González (2007).

La implementación de estas fases permitió la posibilidad de analizar la evolución de la niña en su tratamiento ya que el pasaje de una instancia a la otra suponía la superación de los objetivos planteados en la etapa anterior refiriendo al tercero de los objetivos planteados en el trabajo.

Fase de estabilización:

Judith Herman (1977) especifica que lo primero que se debe hacer con este tipo de pacientes es permitirles recuperar no solo su seguridad objetiva si no también, que se sienta a salvo haciendo que recupere el control sobre sí mismo y sobre su entorno y que aprenda a manejar sus síntomas que interfieren en su vida y conllevan el riesgo de re-traumatización.

Es de recordar que al ser citada para iniciar su tratamiento terapéutico, en la primera cita, G cursa una de sus crisis, mientras se encontraba en la sala de espera como se mencionó en el apartado 5.1.3- *Descripción de síntomas somáticos y disociativos*.

Es por eso que en esta fase inicial de tratamiento se puso énfasis en fortalecer y estabilizar al paciente a través de la búsqueda de una buena alianza terapéutica y la regulación de sus emociones. Se buscó lograr con la evaluada un marco seguro de trabajo, basado en la empatía, autenticidad, motivar el compromiso y la participación activa del paciente.

En un inicio, se avocó a brindarle información sobre la estructura del tratamiento explicándole la cantidad y el tiempo aproximado de las sesiones y se le explicó a su vez los límites de la confidencialidad de los temas tratados con ella para promover la confianza y la seguridad de ella para con la terapia.

G mencionó no querer que su madre se entere de las cosas que nos confiaba y es por esa razón que se le explicó la modalidad del tratamiento. Se le explicó nuestro deber de confidencialidad pero aclarándole que el trabajo terapéutico incluiría por momentos a su madre por la necesidad evidente de que ella la apoye y comprenda en pos de facilitar y acompañar su curación y lograr un entorno capaz de contener, a lo

37.

que la adolescente accedió. Se convino encontrarnos en el consultorio del hospital una vez por semana en sesiones de 45 a 60 min.

En esa primera sesión luego del evento acaecido en la sala de espera, anteriormente relatado, la verbalización de lo sucedido produce un cierto desahogo en G. Se la escucha, mostrándole aceptación y comprensión incondicional, evitando preguntas que puedan denotar prejuicio. La propia narración demostró ser en sí misma

terapéutica aunque por momentos aseveró no recordar en detalle todo lo ocurrido y durante esta se fueron normalizando sus emociones y sus conductas.

Se empezó desde las primeras consultas a dar sentido, junto al paciente, a los síntomas, con el objetivo de que ésta entienda lo que le estaba pasando y que pudiera comenzar a aceptarlos como parte de su problemática. .

La psicoeducación es una herramienta que sienta las bases para una posterior reestructuración cognitiva en donde el evaluado debe aprender a diferenciar entre las emociones, pensamientos y conductas y posteriormente a evaluar e identificar la conexión entre ellas como explica Bunge et al. (2010).

Entendiendo que pacientes como G carecen de ciertas habilidades esenciales como la capacidad de tranquilizarse a sí mismo, capacidad de reflexionar más que reaccionar, se le enseñaron habilidades de relajación para que ella pudiera manejar los síntomas fisiológicos del miedo o la ansiedad que se le genera luego de sus crisis.

Se le explicó cuáles son las respuestas más comunes del cuerpo al estrés, como por ejemplo, la respiración agitada, el aumento de la frecuencia cardíaca, la tensión muscular, la transpiración, los dolores de cabeza y del cuerpo, el dolor de panza y náuseas, y se le mostró como la relajación ayuda a reducir estas sensaciones molestas.

Para esto recurrimos a sus fuertes creencias espirituales integrando la meditación o la inducción a una respiración profunda para lograr la relajación.

Se le demostró in situ y se practicó junta a ella, un par de técnicas respiratorias interesantes para su relajación. Una le indicaba respirar varias veces en forma corta y rápida y otra, en cambio, la respiración era más profunda y relajada inspirando el aire hacia su estómago e inflándolo como un globo.

38.

Luego, fueron practicadas en forma conjunta y se conversó acerca de cómo se sentía. Los ejercicios de relajación le permiten aumentar el registro de sus diferentes sensaciones afectivas mediante el incremento de la percepción de su propio cuerpo.

Se le asignó como tarea para el hogar la práctica de alguna de estas técnicas pidiéndole que registrara su estado anímico antes y después de hacerla, con el objetivo de que la paciente generase un ritual diario y que no sólo fuera usado en casos de estrés. A la sesión siguiente refiere haber practicado durante toda la semana y sentirse mucho

más calma aunque muestra cierta molestia por referir llevarle bastante tiempo ésta práctica. Se aprovechó esta situación para concientizar sobre la importancia de no decaer en su uso a lo que ella asiente con la cabeza y promete seguir con la práctica.

Cuando se les brinda a los pacientes información y herramientas lo que uno hace es fomentar una actitud menos defensiva, que les permite conectarse poco a poco con sus emociones promoviendo una sensación de cierto dominio y valoración de recursos internos y habilidades que facilitan su afrontamiento (Bulacio, 2004).

En esta instancia se buscó en el paciente desarrollar gradualmente su empatía y enfatizar la colaboración entre todas las partes de la personalidad, sin compartir aún el material traumático.

A su vez se buscó reforzar sus fortalezas personales, sus recursos positivos ya que G no era del todo consciente de cuales eran, teniendo en cuenta que la enemistad con su hermana, la separación de sus padres, el evento que fuera testigo entre sus padres, la relación desafectiva con su madre, le había generado una gran baja de su autoestima e inseguridad, generándole pensamientos y creencias que manifestó de la siguiente manera: “nadie me quiere”, “todo es culpa mía”, “mi hermana me odia”, “me dice artista de mierda”, “todos me ignoran”, “nadie me cree lo que me pasa”, “me quiero ir de mi casa porque es lo mismo si estoy o no estoy”, “me siento sola, me tienen lastima”.

Se decidió trabajar esos pensamientos de culpa, desesperanza, negación, alejamiento afectivo, anhedonia, apatía etc., con la técnica de la reestructuración cognitiva para enseñarle a cambiar algunas de sus formas de pensar distorsionadas que la conducían a un gran malestar emocional y gran frustración.

Parte del trabajo consistió en introducir pensamientos alternativos y confrontar estas frases buscando evidencia en contra y así modificar las concepciones erróneas.

39.

Por ejemplo, a la frase “nadie me quiere”, o “todos me ignoran” de G, en la terapia se la confronta con la pregunta del terapeuta, “realmente crees que nadie te quiere o que te ignoran?, el hecho de que tu mamá te acompañe a la terapia no es una demostración de preocupación y amor?” y se la indujo a realizar un ejercicio de reestructuración llamado “someter a prueba la evidencia”.

Este ejercicio, tal como explica, D’Zurilla y Nezu (1999), consiste en investigar los datos o la evidencia que apoye la veracidad de ese pensamiento que tan mal la hace

sentir, investigando los hechos, lo que ocurre en realidad para corroborar o no ese pensamiento como válido o no válido.

Se plantea el ejercicio como un juego de detectives. La idea es que ella entienda que para afirmar algo o tomar una decisión uno debe haber investigado los hechos que lo llevan a afirmar algo contundentemente.

La labor del terapeuta fue justamente ayudarla a identificar en la lista de pensamientos, “nadie me quiere”, “todo es culpa mía”, “mi hermana me odia”, “todos me ignoran”, “nadie cree lo que me pasa”, “me siento sola, me tienen lastima”, ver cuáles eran los hechos que corroboran y cuáles no su forma de pensar, haciéndose para esto dos listas, permitiendo a su vez, verbalizar sus pensamientos y emociones.

El pensamiento “nadie me quiere” acercado por ella, fue justificado indicando que la hermana no la dejaba mirar televisión en ciertas ocasiones ni usar la computadora, por otro lado, que la madre la castigaba injustamente y que su hermana la molestaba.

Por otro lado entre los datos que no apoyaban ese pensamiento estaban aquellos que reflejaban a su mamá acompañándola al hospital, cocinándole todos los días y a su hermana ayudándola con la tarea así no fuera más que algunas veces.

Para terminar se la ayudó a analizar sus pensamientos para que pudiera ver cuán erróneos eran, si así realmente se presentaban y tratar de ayudarla a crear un pensamiento alternativo que se ajustase a una situación más positiva como ser: “mi mamá si me quiere aunque a veces pareciera lo contrario por estar con muchas preocupaciones, y mi hermana, a veces me molesta pero también me ayuda con la tarea cada tanto”.

Los pensamientos positivos alternativos son muy importantes porque la intención es que sean esos que ella evoque cuando tenga pensamientos automáticos negativos.

40.

Lo que se buscó fue el reconocimiento por parte de G, de la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta y que ella comprendiera que estos están interrelacionados, es decir que ciertos pensamientos conllevan emociones y modos de actuar. El proceso de la terapia cognitiva estuvo enfocado en distinguir, y en poner atención a todos los pensamientos que surgían frente a una determinada situación.

Este procedimiento pone en marcha el proceso de modificación de las cogniciones desadaptativas y la regulación de sus emociones. (Beck, 2005).

Otro ejercicio realizado fue pedirle, como parte de las actividades de planificación diaria pensadas en el tratamiento, que realizara una tarea para la sesión siguiente que estaba ligada también al monitoreo de sus emociones.

Se le pidió, que anotara en un cuadro, indicando los días de la semana y dividiéndolo en dos tiempos: mañana y tarde, y que registrara allí todas las emociones que iba sintiendo durante el día, a lo largo de una semana. Dentro de este monitoreo de emociones, tres emociones se repetían constantemente: tristeza, dolor y enojo. Estas tres emociones aparecían de manera constante tanto en el transcurso del día como en la semana en general.

Al hablar en la terapia sobre estas emociones G reconoce ser emociones ligadas siempre a situaciones o eventos familiares, relacionando la tristeza con el no amor que siente de su mamá y padre, relacionando el dolor con la actitud diaria de su hermana para con ella y el enojo con el trato privilegiado que se le brindaba a su sobrino.

Se evidenció la carencia, durante sus primeros años de vida, de una figura positiva que le hubiese proporcionado experiencias de apego seguras. G no tenía de quien agarrarse, por decirlo de alguna manera cuando niña. No tenía a nadie en quien recostarse. Su padre era una figura hostil, su madre una mujer vulnerable y ausente y esta falta, que denota un fallo de los padres en responder a las necesidades de ella, también influyeron en el desarrollo de sus síntomas disociativos. Esta negligencia psicoafectiva le produjo baja autoestima, sentimientos de inferioridad y de inadecuación, tristeza, ansiedad, etc.

González (2007), comentaba al respecto que si un sujeto no desarrolla tempranamente vínculos de apego seguro se verá expuesto en una mayor vulnerabilidad, reduciendo su capacidad de afrontamiento en situaciones críticas.

41.

Para poder seguir relacionando las emociones con situaciones específicas de su vida, realizamos con la adolescente otra tarea. Se le propone que lleve a cabo lo que se llama un *registro de pensamientos* (anexo 3 y 4) y que anotara en una hoja *situaciones* que le produjeran malestar durante esa semana, el *pensamiento* que esa situación le hubiese generado, la *emoción* que le produjo, puesto en palabra y medido del 0 al 10 y *la conducta o acción* realizada (Acción 1) por ella como consecuencia y la que podría haber realizado (Acción 2). De esta manera, la emoción se liga a una situación específica y a su vez a un pensamiento.

A la sesión siguiente se analizó el registro junto a ella y se obtiene como síntesis que su esquema cognitivo global estaba ligado al sentirse sola y al no ser querida. Un par de ejemplos que ella dió en el registro fueron los siguientes:

Situación 1: “yo estaba en la computadora y F la hermana) me la pide gritándome que si no se la daba me iba a cagar a piñas”.

Pensamiento: “no me quiere, me quiero ir de mi casa”.

Sentimiento: “Dolor”, puntuación: 4

Acción 1: “me fui a mi cuarto y me largue a llorar”.

Acción 2: “haberle dicho a mi hermana que me esperara dos minutos así podía terminar con lo que estaba haciendo”.

Situación 2: “le pedí plata a mi mamá para comprarme un buzo que quería y me respondió que la plata que había juntado era para el regalo de A” (el sobrino).

Pensamiento: “me odia”.

Sentimiento: “angustia, opresión en el pecho”, puntuación: 7

Acción 1: “me quede callada con ganas de llorar”.

Acción 2: “Haberle explicado a mi mamá lo importante que era para mí el buzo y cuanto me dolía esa actitud”.

Queda claro que tiene una gran dificultad en regular emociones, generándole esto una sensación de soledad, dolor y enojo. Ella demostró una gran dificultad para tolerar y manejar experiencias emocionales intensas. Como establece Wright y Beck

42.

(2009), las emociones intensas pueden estimular o intensificar las distorsiones cognitivas, y como explica Siegel (1999), el fracaso en establecer una relación de reciprocidad contribuyó en ella a que se torne emocionalmente inestable y muy vulnerable.

G ha demostrado manejarse con, pensamiento dicotómico como el todo o nada por ejemplo cuando dice “yo sé que el problema con mi hermana existe, traté de solucionarlo pero no se puede ni se podrá porque ella me odia”, también con etiquetado por ejemplo cuando dice “la tarada soy yo” o con lectura de pensamiento por ejemplo

cuando dice “yo no le caigo bien a mi familia tampoco soy la preferida de mamá” o falsa atribución cuando dice “ella me hace encabronar”.

Se trabajó entonces en la identificación de esos pensamientos automáticos que le producen las emociones que ella relató sentir o experimentar y que son pensamientos que se le vienen de repente a la cabeza y que mayormente la hacen sufrir. Es importante que G pudiera comenzar a identificar sus pensamientos automáticos desagradables como también los agradables siendo esta una labor más difícil ya que acotaba en un principio: “no se me ocurre ningún pensamiento lindo” en un principio.

Para trabajar con esta identificación de los pensamientos automáticos y de su conexión con las emociones se realizó también un ejercicio en el consultorio:

Se le pidió que cierre los ojos y que respire profundamente y se le induce un pensamiento tomado de lo que ella expresó y nos relató, y se le dice:

“Imaginate sentada en el sillón y de repente pensás NADIE ME QUIERE”.

Al cabo de unos segundos se le vuelve a preguntar:

“Qué sentiste cuando te dijiste eso?”

G respondió que había sentido mucha tristeza.

Este ejercicio permitió hacerle ver que como ella misma puede generar esa emoción que tanto le molesta. Entonces, se realiza el ejercicio contrario, es decir, con un pensamiento positivo.

Lo importante de este ejercicio fue demostrarle a la adolescente que el control de sus pensamientos está sólo en ella y que ella misma puede inducir o suprimir cuando

43.

quiera las emociones que estos provocan induciéndola a que cuando algo no le haga sentir bien sepa como poder revertir ese pensamiento para no llegar a sentirse sobrepasada por el dolor o sentirse indefensa o sin escapatoria optando de alguna forma caer en la evitación y el bloqueo resultando en una nueva crisis.

Fue durante esta etapa que se tomó el test de la Persona Bajo la Lluvia, y el MMPI-A, habiendo presentado sus resultados en el apartado: *5.2-Etapa diagnóstica*.

El trabajo en esta primera fase queda claro que consistió en que la adolescente comprenda este juego de las emociones y la capacidad de poder dominarlas y el objetivo del para qué.

La metacognición, es decir, la toma de conciencia de los propios procesos mentales, ayudan a entender a las emociones desde un punto de vista cognitivo y poder identificar el pensamiento detrás de la misma. Esta es una manera de autorregulación emocional, y además de introspección que en si es una herramienta útil para el cambio o modificación de pensamientos y emociones desadaptativas o disfuncionales como explica Goleman (1998).

El trabajo con la adolescente consistió en que ella pudiera comenzar a desarrollar la capacidad para conocer sus propias emociones, el poder regularlas, en el momento, lugar y con el tipo de expresión adecuada, poder a su vez reflexionar antes de actuar, superar obstáculos y lograr metas y el poder comunicar con afecto y respeto y no desde el enojo y la tristeza para así poder aprender a proyectar una conducta ajustada, saludable y segura que repercutiera en todos los ámbitos de su vida.

Por el contrario, la persona que desconoce sus emociones actúa de forma desordenada, impulsiva y ansiosa, muestra apatía hacia muchas tareas y metas, reacciona con cierto egoísmo ante determinadas situaciones sociales y se siente, probablemente, sola y triste, como le ocurría a G

Habiendo podido tratar estos temas, se pasó a la segunda fase: la del procesamiento de los recuerdos.

El tratamiento del procesamiento de los recuerdos aborda los hechos traumáticos que generaron el trastorno en la adolescente, y es por esa razón debían ser tratados con posterioridad a la primera fase para no generar en ella más desestabilización o nuevas crisis.

44.

Ante todo se debía fortalecer el vínculo entre el terapeuta y la evaluada y se le fue dejando en claro a lo largo de la primera fase, su gran fortaleza por haber sobrevivido a situaciones de alto impacto emocional y lo importante que era el haber tenido el aplomo de aceptar la terapia en búsqueda de ayuda.

Si bien se fue trabajando desde el principio cuestionando sus cogniciones asociadas al trauma, este trabajo fue en forma indirecta, es decir sin meternos a hablar de lo traumático en forma directa.

Se podría decir que en G el trabajo de estabilización se dió en forma positiva aunque no fue fácil lograr su confianza en un principio ya que al encomendarle las tareas ella no daba por sentado que las podría realizar debido básicamente a su falta de confianza que la llevó a tener una baja autoestima. Por esta razón se la debió motivar a que ella si podía realizarlas y que sería muy importante para la continuidad evolutiva de la terapia.

A lo largo de la primera fase se fueron realizando entrevistas con la madre para ir conociendo no solo la estructura familiar sino los patrones de interacción familiar teniendo en cuenta que en un adolescente los esquemas cognitivos a partir de los cuales se define su identidad y modelos de relación con otros se encuentran en formación y fuertemente determinados por un aprendizaje social.

Minuchin (1989) define la *estructura familiar* como un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los patrones mediante los cuales sus miembros interactúan. Se trata de las pautas transaccionales cuyo funcionamiento se da en base a reglas acerca de quiénes son los actúan, con quiénes y de qué forma.

Por otro lado, previo a comenzar con la segunda fase se citó a la madre, para obtener mayor información sobre el contenido del acontecimiento traumatizante que la atormentaba a la adolescente, con el objetivo de estar preparados en caso de que la evaluada se quedase *en blanco* durante su relato y poder así asistirle brindándole la información adecuada para superar ese estado.

La madre nos proveyó de data interesante sobre los hechos ocurridos a los 8 años de edad de G que permitieron recolectar información sobre antecedentes de la adolescente y sus familiares, el inicio de sus síntomas y circunstancias en que estos aparecieron.

En la segunda fase, se buscó que la adolescente pudiera reconstruir la historia traumática, para rencontrar el equilibrio interno perdido y lograr la integración del acontecimiento en las experiencias personales y así poder continuar con la trayectoria de vida interrumpida y lograr que pudiese ver lo que pasó como algo de su pasado que no tenía por qué seguir afectando su vida actual.

Las memorias traumáticas se presentan en forma fragmentada, a veces incoherentes, las sensaciones físicas y emocionales, deben transformarse en una narración para permitir la integración bajo la forma de la Memoria Explícita o Narrativa Van der Kolk (1994).

A modo de introducir el echo traumático se le explica a G que contara cual era para ella el disparador de su soledad y tristeza en su presente y ella responde casi sin pensar, que era básicamente el maltrato de su hermana y del resto de su familia para con ella. Al preguntarle lo mismo pero enfocándolo en el pasado ella se queda como pensativa y con la mirada puesta en un punto fijo. Al volver a interrogarla ella refiere, en un tono de voz bajo, al evento acaecido entre sus padres cuando ella tenía ocho años.

Se la notó algo angustiada y retraída al declarar esto y se aprovechó la situación para explicarle que hay ciertas reacciones que las personas tienen ante algunas situaciones de la vida que llevan muchas veces a las personas a creer que son malas por pensar así o sentir así, o que se están volviendo locas o que están perdiendo el control simplemente por tener pensamientos raros o sensaciones que las hacen sentir muy enojadas o tristes porque muchas veces esas situaciones involucran a gente que uno quiere, como en su caso a sus padres.

Se la trata de reconfortar y se la alienta para que se sienta segura y se le explica lo importante que es que ella pueda comenzar a reconocer y no seguir evitando esos recuerdos que son los que tan mal la hacen sentir y explicarle que el no enfrentarlos traen al corto plazo más malestar.

Se le pide si siente ganas de contar lo que ocurrió en esa ocasión, y ella asiente con la cabeza, demostrándonos estar preparada para afrontar su historia intentando no revictimizar al paciente sino intentando que ella pudiese ver la escena desde otra perspectiva. Por esa razón para evitar el riesgo de hiperarousal, al narrar lo que le pasó, Roschild (2000) propone utilizar la técnica de dividir la narración en tres fases que consisten en:

1. nombrar el trauma
2. Delinear los asuntos principales del trauma, sin detalles, es decir las circunstancias que llevaron al hecho.
3. Pedir la narración del incidente en detalle solo si se siente al paciente preparado midiendo su estado general midiendo su capacidad de poder tolerar y digerir el pedido del terapeuta.

46.

Esta narración cronológica favorecerá la reconstrucción cognitiva. Se intentó que el paciente recordara lo sucedido desde una cierta perspectiva de observador, lo que

le permitirá disminuir la intensidad de las connotaciones emotivas que contienen los hechos, que se fueron evocando a lo largo del discurso, similares a las sintió cuando se produjeron, pero más atenuadas.

En base a esta técnica, G logró nombrar el trauma, diciendo que su madre había intentado ahorcar con las manos a su mamá delante de ella amenazando con matarse.

Luego prosiguió contando que estaban en la casa, que de repente la madre y el padre comenzaron a discutir, que el padre comenzó a gritar e insultar a su mamá *tirándole en cara* ciertas situaciones y que en un momento, refiere no recordar muy bien, el padre estaba sobre la madre intentando ahorcarla diciendo que por culpa de ella se iba a matar.

G cuenta estar bien y querer seguir, al interrogarle como se sentía con el relato. Prosigue y cuenta que en ese momento pensó en salir corriendo por miedo a que su papá le hiciera algo a ella pero ante la situación desesperante de su mamá se abalanzó sobre su papá, le pegó y le gritó “dejá a mamá la vas a lastimar”. Dice no recordar cuantas veces se lo dijo, ni que ocurrió en el forcejeo, ni cuánto tiempo duró ese momento, pero se recuerda llorando y abrazada a su mamá luego del incidente. Relata no recordar mucho más de lo que ocurrió después.

Desde el rol del terapeuta se intentó guiar al consultante en la revisión del incidente traumático sin ofrecer ninguna interpretación, o intervención de ningún tipo: todo el trabajo fue hecho por la evaluada. Se buscó que pudiera revivir y recorrer el hecho traumático en condiciones controladas. Que lo pudiera poner paulatinamente en palabras, integrando la memoria traumática a la memoria explícita para que la carga emocional se fuera desagotando, permitiendo que el hecho traumático pudiera archivar en la memoria como lo que es: un hecho del pasado, que no amenazaba ya

47.

el presente del individuo y romper con el círculo vicioso de la evitación de situaciones, estímulos, pensamientos con el objetivo de disminuir la ansiedad que le genera.

Al terminar su relato se la notó un poco angustiada al recordar su actuación. Ella dice: “tendría que haber corrido a pedir ayuda y no pegarle a mi papá”, también agregó “pero si yo no hubiera hecho eso no sé qué hubiera pasado”, y vuelve a agregar “no sé, si hice bien”.

Como sostiene González (2007), hay que tener presente que las personas que han padecido una situación traumática suelen verla de una forma global y califican su

actuación durante la misma de forma integral, normalmente dura, autoexigente y descalificadora y no son conscientes, hasta que uno se lo hace ver, que en ciertos momentos actuaron de la forma apropiada.

El trabajo posterior al relato consistió en marcar aquellos momentos en los que la adolescente realizó las conductas apropiadas para usarlo como reforzador y hacerle ver sus actuaciones y conductas para que se dé cuenta de su capacidad y resistencia, como por ejemplo el haber salido en defensa de su madre siendo tan chica, el haber sentido empatía por otro y querer ayudarlo sin medir consecuencias etc.

Se indagó sobre el malestar psicológico que experimenta como consecuencia de esto y que cosas evita hacer, pensar o hablar para no sentirlo. A lo que refiere evitar todo tipo de pensamiento que le recuerde ese momento de su vida. Se utilizó esta situación para explicarle una vez más lo positivo de poder hacer frente a esos recuerdos diciéndole que aunque a ella le produjeran dolor al contarlos la evitación de ellos no permite elaborarlos y entenderlos.

Se le dio valor para poder seguir y se le explicó que el ámbito terapéutico era un lugar seguro para confrontarlos junto a la ayuda y presencia de los terapeutas.

A su vez, le preguntamos si reconoce con que apoyos cuenta ya sea familiares o de amigos, explicándole que es muy importante en estos momentos poder generar el armado de redes a modo de contención. Sobre esto, nos comentó tener varias amigas en la iglesia y un par del colegio con las que charla de cosas divertidas y a las que siente como un gran sostén.

Se le explicó que a pesar de que los eventos traumáticos se viven como algo muy personal, hay ciertos factores favorecedores para sobreponerse y encontrar las propias fortalezas y el contar con otras personas, tanto para escuchar su relato como para distraerse del mismo y centrarse en otras actividades hará más llevadero este difícil

48.

periodo de la vida. Se la incita a retomar sus amistades, realizar salidas junto a sus amigas y participar más de las actividades en su iglesia.

Luego de la narración del hecho traumático se la nota a G más relajada. Su procesamiento cognitivo es más fluido lo que comenzó a permitirle una buena introspección en terapia. Llega puntual a las sesiones, su estado anímico varía entre apatía, al hablar sobre temas familiares, especialmente relacionados a su padre y un estado anímico entusiasta cuando se tratan temas relacionados a actividades en el colegio o a sus amigas.

González (2007), explica que luego de poder narrar lo traumático, el paciente comienza a sentirse más unificado, va desarrollando una sensación de calma, fortaleza y paz interior pudiendo darle un sentido más coherente a su propia historia afrontando de un modo más efectivo sus problemas y comienza a focalizar su energía más en el presente y no tanto en el pasado.

Antes de pasar a la segunda fase, se indagó sobre si existía en ella la necesidad de contar, hablar, o comentar algo acerca de lo que le había pasado a su prima que se encontraba en coma. Ella nos contó que de ese tema prefería no hablar ya que consideraba que nada podía ella hacer al respecto y que es un tema que creía en manos de dios. Se aprovechó la situación para ofrecerle ese espacio terapéutico para conversar del tema cuando ella quisiera a lo que agradeció las palabras.

Esto marcó la entrada a la última de las fases y la más compleja de lograr, la fase de reconexión e integración interna. Esta fase intenta que el paciente logre un mayor control o poder sobre sí mismo.

La idea con G fue que pudiera ver que este tipo de maltrato que la afectó en lo psicológico por haberse criado en una familia negligente fue, el resultante de la formación de esquemas negativos y distorsiones cognitivas que influyeron en su auto percepción y autoevaluación negativa tanto de ella como de los demás y que , a su vez, ella generó creencias y pensamientos relacionados a una baja autoestima como consecuencia de observar maltrato de parte de su padre hacia su madre, y hacia su persona.

G entendió que esta pauta de reacción, como el síntoma disociativo, se continuó arrastrando aun con circunstancias diferentes, peleas con su hermana por ejemplo. Lo que se intentó fue que ella entendiera que en ese momento por ser niña no

49.

tenía habilidades para reaccionar de otro modo, pero que ahora ya más mayor tenía la capacidad para defenderse o retirarse a tiempo antes de que eso la afectase en su persona y a su vez, aprendiendo a sentir varias emociones diferentes al mismo tiempo, a poder tolerarlas y manejarlas.

Al interrogarla si hubo otras situaciones de crisis nos comentó que no y nos contó a su vez que su hermana había mostrado un cambio de actitud para con ella describiéndolo como mucho más tranquilo y amable. Ante esto, se nos ocurrió plantearle la idea de invitar a su hermana y a su madre a la próxima sesión cosa que

aceptó. La idea era poder en algún futuro cercano plantearle a G la posibilidad de invitar a su padre.

La inclusión de la familia a participar del tratamiento fue con la idea de poder darles la oportunidad de interactuar en presencia del terapeuta y que este tome el rol de modulador y así ayudarlos a resolver o tratar los conflictos que se presentasen allí, mantener y generalizar los logros terapéuticos y modelar conductas.

En la sesión junto a su mamá y su hermana F, se la observó expectante y algo ansiosa. Así fue que se comenzó agradeciendo la presencia de la hermana como un gesto positivo y explicándoles que la consulta vincular, forma parte de la caja de herramientas de las terapias ya que los vínculos, muchas veces sufren y hacen sufrir. Es de destacar que la madre de G estuvo muy involucrada en su tratamiento desde el principio aunque siempre con cierto descreimiento a que lo que la hija padecía fuera de índole puramente psicológica. En la sesión nos comentó que G le había enseñado las técnicas de relajación y que habían practicado juntas varias veces.

Esto nos alegró ya que es importante que los padres puedan adquirir ciertas destrezas no solo para tener una interacción más efectiva con sus hijos sino para poder regular las emociones de estos o resolver las crisis que surgieran. En el caso de G ayudó a elevar el nivel de comunicación entre ellas, y fortaleció su vínculo antes caracterizado como de apego inseguro y desafectivo.

En cuanto a la Florencia, se la notó atenta pero poco involucrada como reforzando el descreimiento que se había percibido en la madre sobre el origen psicológico de la problemática de la hermana ya que llegó a comentar que ella no creía mucho en los tratamientos de este tipo.

En esta sesión se planteó la necesidad de que G comenzara su ritmo escolar nuevamente como para no perder el año y se arregló encontrarnos cada 15 días

50.

en vez de una vez por semana para permitirle a G tiempo para reorganizarse en la escuela.

A los 15 días se recibió un llamado en el consultorio del hospital por parte de la madre, excusando la presencia de G por estar engripada. Tampoco concurrió a la sesión siguiente, por tener mucho que estudiar pero comprometiéndose a retomar la terapia en cuanto se organizara y se pusiera al día en el colegio. Hasta el día de hoy la adolescente no retomó la terapia.

6. CONCLUSIONES

El presente trabajo final de integración ha tenido como objeto describir el caso de una niña de 13 años que presenta un trastorno somatomorfo de conversión con síntoma disociativo y su tratamiento desde un abordaje cognitivo-conductual.

Durante la práctica se tuvo conocimiento del paciente al cual se decidió analizar debido a ciertos aspectos de su historia que lo hacían, a modo de ver de la autora de este trabajo, más interesante que otros, ya que implicaba una patología poco común y resultaba un desafío su estudio e intervención.

Para contestar el objetivo general se crearon tres objetivos específicos: describir los síntomas somáticos y disociativos de la paciente, describir las estrategias de intervención llevadas a cabo por el psicólogo durante el tratamiento desde la línea cognitiva-conductual y analizar y describir la evolución de los síntomas en la niña a lo largo del tratamiento.

Luego de una amplia revisión bibliográfica sobre los Trastornos Somatomorfos especialmente el conversivo, como así también la bibliografía de los síntomas disociativos asociados a este, y su posterior integración con las observaciones participantes en las intervenciones llevadas a cabo, se puede decir que los objetivos han sido cumplidos.

Para ello, ha sido necesario, en primer lugar, desarrollar el marco teórico que sustentaría el análisis del caso, lo cual implicó no sólo una minuciosa búsqueda bibliográfica que fuera actualizada y adecuada sino que implicó a su vez un trabajo exhaustivo de lectura y mucho estudio previo de la temática a tratar, a fin de poder desarrollar acabadamente los objetivos propuestos en forma clara y completa.

51.

Así fue que en la primera parte del trabajo se realizó un recorrido histórico de cómo fueron evolucionando los distintos conceptos de esta investigación, como el concepto somatomorfo, el conversivo y el disociativo buscando a su vez la relación de estos con la presencia de trauma complejo y/o la posibilidad de un no desarrollo temprano de vínculos de apego seguro como posibles disparadores de la sintomatología disociativa a través de la cual entendimos y analizamos el funcionamiento de la adolescente y su posterior desarrollo del trastorno somatomorfo conversivo como patología.

El marco teórico abarcó a su vez, la descripción del tratamiento elegido para trabajar con la paciente para que logre procesar el recuerdo traumático utilizando las tres fases de Herman (1977), siempre dentro de un modelo terapéutico cognitivo conductual que es analizado al final, como así también las características de la práctica clínica de la TCC en niños y adolescentes.

A la adolescente se la evalúa en profundidad para entender el origen de sus “crisis” de desmayos, y sus fuertes dolores de cabeza, debilitamiento, entre otros síntomas, ante la falta de diagnóstico médico y la referencia de la madre de existir situaciones familiares con impronta emocional fuerte como ser una violenta separación cuando esta cursaba sus 8 años de edad, dando a entender la posibilidad de un trauma complejo como factor principal.

Como consecuencia del tratamiento la paciente realizó cambios importantes en sus comportamientos, en sus cogniciones y en sus sentimientos con respecto a su madre y hermana, empezando para el final del tratamiento a convivir con ellas de manera más funcional.

Por lo tanto se puede hablar de un tratamiento exitoso que provocó una nueva forma en la dinámica con la que la paciente enfrenta las situaciones que antes le generaban angustia, tristeza y sensación de indefensión.

La herramienta base fue la psicoeducación. El objetivo del trabajo cognitivo en primer lugar fue fortalecer la alianza o empatía terapéutica tratando de promover un vínculo positivo y de deshacer cualquier tipo de mirada prejuiciosa para con los psicólogos teniendo en cuenta los problemas de apego con los que llegan a la terapia este tipo de pacientes y detectarlos a tiempo o neutralizarlos siendo la clave para el éxito del trabajo.

52.

Esta excelente alianza terapéutica lograda pudo constatarse a lo largo de todas las sesiones en donde el ambiente de confianza instalado desde el inicio, hizo que la paciente se comprometiera y pudiese realizar los trabajos planteados logrando aprendizajes nuevos y cambios de perspectivas que la ayudarán a lo largo de su vida.

G ha logrado generar un gran compromiso no sólo con la terapia sino con el resto de sus cosas, como también logró adquirir seguridad en sí misma y en los otros a través de la enseñanza de habilidades de relajación y distintas estrategias usadas por la TCC como lo es la reestructuración cognitiva, con el fin de modificar el modo

desadaptativo de interpretación y valoración subjetiva de esta y logrando a su vez modificar esquemas de evitación de situaciones dolorosas que funcionaban como posible factor de mantenimiento de su trastorno.

Está claro que G ha sido sometida durante mucho tiempo al maltrato emocional, con insultos y descalificaciones, siendo testigo de violencia explícita, que le han dejado secuelas en su psiquismo. Frases como “sos tonta”, “sos inútil” la indujeron a tomar una posición de sumisión y dependencia estructurando su personalidad en base a esos significantes que la llevaron a generar un trastorno somatomorfo conversivo siendo el síntoma disociativo la clave para entender su funcionamiento ante el trauma.

Con las intervenciones llevadas a cabo, mediante el [diálogo socrático](#), la modelación y la práctica de hábitos [cognitivos](#) nuevos, G aprendió a reconocer sus recursos positivos dejando poco a poco de lado los que habitualmente utilizaba por ser muy desestabilizadores y logrando así flexibilizar sus modos patológicos del procesamiento de la información para poder sentir y actuar de manera más adaptativa. Para esto se acudió a tareas que permitieran introducir la posibilidad de pensamientos alternativos, la identificación y el monitoreo de pensamientos automáticos, ejercicios para confrontar frases y buscar la evidencia en contra para modificar concepciones erróneas y regular las emociones reconociendo la relación entre pensamiento, emoción y conducta, a través del empirismo colaborativo, el descubrimiento guiado, la implementación de registros organizados de pensamientos, ayudándole a implementar el auto-cuestionamiento y la refutación siendo la intervención de la madre importante pero menor por considerar su edad y su grado de limitación cognitiva bajo, por estar cursando un estadio de desarrollo operatorio formal contando ya con la capacidad de trabajar con categorías abstractas.

53.

Los resultados obtenidos en el transcurso del tratamiento avalaron la efectividad de la estrategia implementada en base a la TCC hasta llegar a la confrontación del trauma mismo que se dió con naturalidad por encontrarse preparada para hacer frente a esos miedos y preocupaciones generadas en ese estresor vivido de niña.

G, una paciente que creció en un entorno sin apoyo, de violencia y maltrato emocional repetido a lo largo del tiempo, sin un padre presente, con una madre desafectiva y una hermana que la sometió a la agresión y desvalorización constante exhibía actitudes evitativas claras. Las emociones como el enojo, la ansiedad y la

tristeza le resultaban tremendamente aversivas e intentaba minimizar cualquier malestar emocional, pero su baja tolerancia emocional y sus habilidades de afrontamiento inadecuadas se combinaban para generar sus “crisis”.

Por lo tanto llegó a la terapia con una pobre visión de futuro, con una gran experiencia traumática dolorosa, y demostró a lo largo del tratamiento, haber adquirido los recursos para poder no solo afrontar sino también modificar su posición desadaptativa de un inicio logrando correrse de ese rol de sumisión, de vulnerabilidad, no presentando crisis nuevas durante el tratamiento.

A su vez, estos cambios significativos en su vida fueron evidenciados en su día a día ya que comenzó a tener contacto nuevamente con sus amigas, planeaba retomar la escuela, había logrado modificar el vínculo con su hermana y además la ayudó a mejorar su apariencia poniendo más atención en la ropa.

El tratamiento de G fue posible gracias al entrenamiento profesional de los pediatras del hospital quienes realizaron el pedido de interconsulta al área de psicología pediátrica para su evaluación permitiendo así un abordaje interdisciplinario.

Una de las limitaciones de la continuación del tratamiento se debe a la resistencia de la aceptación del diagnóstico psicológico, por parte de la madre, al cual se arribó durante la concurrencia a los consultorios externos.

La etiqueta de "enfermedad mental" produce un gran rechazo por parte del paciente o de la familia cosa que no ocurre con la “enfermedad médica”, esto se debe en parte al desconocimiento o a la asociación de lo psiquiátrico a la locura. Dicha resistencia en muchas ocasiones impide q se realicen las intervenciones adecuadas para lograr una mejoría de la sintomatología.

54.

Para finalizar cabe destacar que a pesar de haber comenzado a trabajar en la última fase del modelo trifásico de Herman, la de reconexión, esta ha quedado inconclusa ya que la idea era haber invitado al padre a una de las sesiones, quedando esto truncado. Por eso considero que podría ser interesante trabajar junto a éste realizando una intervención más directa , en caso de que G retomase las sesiones en un futuro.

Por otro lado, quedaría en agenda trabajar junto a la madre en lo que sería psicoeducación en “prevención de recaídas” dándole herramientas para que supiera

como actuar en caso de que volvieran a surgir interacciones negativas entre los distintos miembros de la familia como también el poder brindarle entrenamiento en lo que respecta a técnicas esenciales para una convivencia más adaptativa.

Esta situación no influyó de todas maneras en el desarrollo exitoso de todos los objetivos propuestos.

Para finalizar quiero mencionar lo dificultoso que ha resultado trabajar en condiciones desfavorables en el ámbito hospitalario por no contar con suficientes consultorios e infraestructura adecuada lo que implica un sobre esfuerzo por parte de los profesionales de la salud para mantener la atención adecuada.

Ha sido interesante el haber tenido la experiencia de haber trabajado en un hospital del conurbano bonaerense con una población de bajos recursos y gran vulnerabilidad en donde mejorar la calidad de vida de un paciente y ser testigo de sus aprendizajes y cambios enriquece mi formación como futura profesional.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Psychiatric Association (APA). (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association

American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association

- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4^a ed., Texto rev.)*. Washington, DC.
- Beck, J. S. (1995). *Terapia cognitiva*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. & Clark, D. (1997). *El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Blizard, R.A. (1997). The originis of dissociative identity disorder from an object relations and attachment theory perspective. *Dissociation*, 2,(4) 125-135.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bulacio, J.M. (2004). *Ansiedad y estrés en la práctica clínica*. Buenos Aires: Editorial Librería Akadia.
- Bunge, E. Gomar, M. & Mandil, J. (2010). *Manual de Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.
- Butler, L.D., Duran, R. E. F., Jasiukaitis, P., Koopman, C., & Spiegel, D. (1996). Hypnotizability and traumatic experience: A disthesis-stress model of dissociative symptomatology. *American Journal of Psychiatry*, 153, 42-63.
- Caballero Martinez,L.(1995). La condición somatomorfa. *Psychonewsletter*, 2,1-2.
- Casullo, M.M. (1993). *El Inventario MMPI para Adolescentes*. Departamento de Publicaciones. Buenos Aires: Facultad de Psicología U.B.A

56.

- Chefetz, R. A. (2006). ¿Por qué debemos leer estos artículos sobre los procesos disociativos? *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica*, 29, 11-21.
- Chu, J. (1998). *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex post-traumatic and dissociative disorders*. New York : Wiley and Sons.
- D’Zurilla & Nezu. (1999). *Problem-Solving Therapy: A positive approach to clinical intervention*. (3rd.ed). New York: Springer Publishing.co
- Ferrari, R & Kwan, O. (2001). The no-fault flavor of disability syndromes. *Medical Hypotheses*, 56 (1), 77-84.

- Freud, S. (1993). *Estudios sobre la histeria. Obras completas*. Tomo II. Capítulo I: “Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: Comunicación preliminar”. Bs.As: Amorrortu (trabajo original publicado en 1893).
- Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós.
- Garralda, M.E. (1992). A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. *Br.J. Child Psychiatrics* 161,759-773
- Gauchet, M. (2000). *El verdadero Charcot*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Goleman, D. (1998). *La práctica de la inteligencia emocional*. España: Karlós.
- González, A. (2007). *Trastornos Disociativos: Diagnóstico y Tratamiento*. España: Lulu.
- Hathaway, S.R; Monachesi, E.D,. (1963). *Adolescent personality and behavoiur*. Minneapolis University of Minnesota press.
- Herman, J. (1977). *Trauma and Recovery: The aftermath of violence, from domestic abuse to political terror*, N.Y:Basic Books.
- Hollifield, M. (2005). Somatoform disorders. En: Kaplan H, Sadock B.(Eds.). *Comprehensive text book of psychiatry*. (pp. 1800-28) 8th ed. Baltimore: Lippincot & Williams.
- Janet, P. (1920). *The major symptoms of hysteria*. New York: Mc.Millen.
- 57.
- Knell, S. (1999). *Cognitive-behavioral play therapy*: Plenum Publishers. Citado en: Cía, A. H. (2002). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Polemos.
- Kroenke, K., Sharpe, M., et al. (2007). Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics*, 48, 277-285.
- Kuyken, W; Padesky, C.A., Dudley, R. (2009). *Collaborative Case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive behavioral therapy*. U.K: Guilford Press.

- Lescano, R. (2004). *Trauma y EMDR: un nuevo abordaje terapéutico*. Buenos Aires: EMDRIA Latinoamérica.
- Lipowski, Z. J. (1999). Somatization : The concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358-1368.
- Minuchin, S. (1989). *Familias y terapia familiar*. México D. F.: Gedisa.
- Pribor, E.F; Yutzy, S.H; Dean, J.T. Wetzel, R.D. (1993). Briquet's Syndrome, dissociation and abuse. *American Journal of Psychiatry*, 150(10),1507-11.
- Querol, S., Chávez Paz, M. I. (2004). *Test de la persona bajo la lluvia. Adaptación y aplicación*. Buenos Aires: Lugar.
- Ramos J.D & Vasquez, R. (2012). Aproximación crítica a los trastornos somatomorfos en niños. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 41(4). Septiembre 2012, Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n4/v41n4a13.pdf>
- Rief, W & Barsky, A.J. (2005). Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 30 (10): 996-1002.
- Rodriguez Vega, B., Fernández Liria A. & Bayón Perez, C. (2005). Anuario de psicología clínica y de la salud 1-Trauma, disociación y somatización. España. http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_1_esp.pdf
- 58.
- Ronen, T. (1997). *Cognitive developmental therapy for children*: Wiley. Citado en: Bunge, E. Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.
- Sarason, I.G & Sarason, B.R. (2006). *Psicopatología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.
- Schore, A.N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. The Norton Series on Interpersonal Neurobiology New York: WW Norton & Company.
- Seligman, M. (1975). *The Optimistic Child*. Harper, New York.

- Servan-Schreiber D, Kolb NR, Tabas G. (2000). The somatizing patients: Part I. Practical diagnosis. *Am Fam Physician*. 2000 Feb 15;61(4):1073-8. Review. PubMed PMID:10706159.
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: Guilford.
- Sociedad Internacional para el estudio del Trauma y la Disociación (ISSTD). (s.f) Recuperado el 8 de agosto de 2013, de <http://www.isst-d.org/>
- Vaillant, G.E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Arch Gen Psychiatry* 24, 107–18.
- Van der Hart, O; Nijenhuis, E & Steele, K (2008). *El Yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao: Descleé.
- Van der Kolk, B; Weisaeth, L & McFarlane, A (1994). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society: The Effects of Overwhelming Stress on Mind, Body and Society*. New York: Guilford Pubn.
- Wieland, S. (1978). *Dissociation in traumatized children and adolescents: Theory and Clinical interventions*. New York : Routledge, psychosocial stress series.

ANEXOS

60.

