

Trabajo Final de Integración

Abordaje terapéutico en un caso de ansiedad de un niño de 9 años, desde la mirada del modelo estratégico de resolución de problemas.

María Alejandra De Carli

Tutora: Nora Gelassen

Universidad de Palermo

Índice temático

1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	3
3. Marco teórico.....	4
3.1 Ansiedad.....	4
3.1.1 Definición de ansiedad.....	4
3.1.2 Estrés.....	5
3.1.3 Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).....	6
3.1.4 Diagnóstico de TAG en niños.....	7
3.1.5 Relación entre la ansiedad y el dolor físico.....	8
3.2. Teoría Sistémica.....	8
3.2.1. Surgimiento de la Teoría Sistémica.....	9
3.3. Modelo estratégico de resolución de problemas de Palo Alto.....	10
3.3.1. Comienzos del modelo.....	10
3.3.2. Definición de problema para el modelo de Palo Alto.....	11
3.3.3. Cambio.....	12
3.3.4. Co-construcción del problema.....	14
3.3.5. La escuela de Milwaukee y la orientación hacia los recursos del paciente.....	16
3.3.6. Abordaje estratégico en la consulta por niños.....	17
3.3.7. Terapia narrativa para niños.....	20
3.4. Tratamiento de TAG en niños.....	21
3.4.1. Introducción.....	21
3.4.2. Conceptualización del caso.....	21
3.4.3. Tratamiento cognitivo conductual.....	22
3.4.3.1. Introducción.....	22
3.4.3.2. Psicoeducación con la familia.....	22
3.4.3.3. Automonitorización.....	22
3.4.3.4. Técnicas de relajación.....	23
3.4.3.5. Reestructuración cognitiva.....	23
3.4.3.6. Exposición.....	25
4. Metodología.....	25
4.1. Tipo de Estudio.....	25
4.2. Participantes.....	25
4.3. Instrumentos.....	26
4.4. Procedimiento.....	27
5. Desarrollo.....	27
5.1. Introducción.....	28
5.2. Descripción de los participantes.....	28
5.3. Primer objetivo.....	30
5.4. Segundo objetivo.....	33
5.5. Tercer objetivo.....	36
5.6. Cuarto objetivo.....	40
6. Conclusiones.....	43
7. Referencias bibliográficas.....	49

1. Introducción

El siguiente trabajo final de integración surgió a partir de la práctica de habilitación profesional que se realizó en el Centro (en adelante C), que se dedica a la formación de profesionales y la asistencia psicológica, tanto de niños como de adultos, a partir de la terapia focalizada en la resolución de problemas. La práctica tuvo una duración de 280 horas, con un promedio de 20 horas semanales.

Las actividades en las que se participó dentro del centro fueron de formación teórica, e incluyeron la asistencia a cursos de capacitación en el modelo estratégico de resolución de problemas, y diferentes ateneos y cursos de temáticas específicas. Entre las diversas temáticas se encuentran el análisis de la noción de cambio en psicoterapia, la función de las tareas en el proceso terapéutico, el uso de los recursos del paciente en psicoterapia y la mirada sistémica en el abordaje de las dificultades escolares en niños. También se realizaron actividades de observación no participante de sesiones terapéuticas en cámara Gesell. Además de participar del proceso de supervisión del terapeuta consultante en la cámara, se procedía con el grabado de las mismas, su edición, subtítulo, e ingreso en la base de datos del centro indicando temática, e intervenciones principales. Para este proceso se accedían a las historias clínicas de los casos observados para completar el conocimiento de los mismos.

Durante uno de los mencionados ateneos se presentó un video de una cámara Gesell sobre un proceso de admisión en el que una madre consultaba por que su hijo de 9 años había sido derivado a psicoterapia por su pediatra. El niño presentaba síntomas ansiosos y algunos síntomas obsesivos. Dicha entrevista, si bien de admisión, marcó la línea de tratamiento que luego se siguió en el caso, focalizado en los recursos del paciente. Este es el caso de estudio elegido para el trabajo final de integración a continuación.

2. Objetivos

Objetivo general:

Analizar un proceso terapéutico en un caso, de un niño de 9 años que consulta por síntomas de ansiedad, desde la mirada del modelo estratégico de resolución de problemas.

Objetivos específicos:

- 1-Describir el proceso de construcción del motivo de consulta y sintomatología expresada por el paciente y sus padres, considerando los ejes interaccional, intrapersonal y constitucional del niño.
- 2-Analizar las intervenciones aplicadas en el caso según el modelo de terapia estratégica de resolución de problemas.
- 3-Describir el cambio producido en el niño y sus padres a lo largo del proceso terapéutico.
- 4-Proponer la utilización de técnicas cognitivo conductuales complementarias en el tratamiento.

3. Marco teórico

3.1. Ansiedad

3.1.1. Definición de ansiedad

La ansiedad es una emoción normal que permite al hombre anticipar contingencias del ambiente para así planificar sus objetivos, o prevenir posibles amenazas. Cuando la intensidad es muy elevada o permanente puede resultar inhibitoria causando que el sujeto no se movilice hacia los objetivos buscados. De ésta manera la ansiedad se convierte en desadaptativa o patológica (Bulacio, 2004; Cia, 2002).

La palabra ansiedad tiene su raíz en la palabra *anxietas* que significa aflicción. Se trata de un estado psicofísico molesto, que se caracteriza por inquietud e inseguridad ante lo que se percibe como una amenaza inminente (Cia, 2002).

En tanto emoción, la ansiedad permite al ser humano acercarse o alejarse de algo, en este caso ese comportamiento de lucha o huida se produce con anterioridad al suceso mismo que se hace presente gracias a las capacidades cognitivas humanas. Por su naturaleza anticipatoria y la necesidad consiguiente de funciones cognitivas superiores que le den significado a esas anticipaciones, se puede decir que la ansiedad es un fenómeno esencialmente humano. Es una emoción necesaria para la adaptación, y ocasiona comportamientos de lucha para alcanzar el objetivo propuesto o prevenir el peligro, o de huida, lo que resulta en un comportamiento de evitación (Bulacio, 2004).

Se transforma en patológica o desadaptativa cuando produce una inhibición que no le permite dicha movilización. Este tipo de ansiedad se encuentra presente en diversas patologías como síntoma secundario o específicamente como un trastorno de ansiedad (Cia, 2002). La ansiedad patológica tiene un componente cognitivo, uno emocional, que es una forma también

cognitiva, una dimensión conductual y otra corporal o fisiológica. Puede agregarse también una dimensión social, aunque esta estaría más centrada sobre sus efectos en las demás personas que en el interior sintomático del sujeto que la padece (Bulacio, 2004). La dimensión cognitiva está dada por la hipervigilancia, la anticipación aprehensiva, las preocupaciones excesivas, el temor a un objeto real o las propias sensaciones. La dimensión conductual está dada por la tendencia a la evitación y, la dimensión física, comparte las respuestas fisiológicas del estrés (Cia, 2002).

En tanto patología, la ansiedad se desencadena como un tipo específico de respuesta frente al estrés.

3.1.2. Estrés

El estrés es considerado en la actualidad un tipo de respuesta orgánica destinada al mantenimiento de la homeostasis e imprescindible por lo tanto para la adaptación y la vida (Bulacio, 2004).

Si bien está presente en forma normal en todos los seres vivos, cambian los estímulos y la forma de organizar dicha respuesta. En los vertebrados ya se necesita por ejemplo, un complejo sistema nervioso y otro endocrino para que el organismo responda en forma integrada a los estímulos amenazantes. Las conductas adaptativas están guiadas por el instinto. En cambio, en el ser humano, dichas conductas adaptativas no sólo están al servicio de los instintos básicos, como la reproducción y la supervivencia sino también de numerosas otras necesidades, como las de seguridad, autorrealización, reconocimiento, éticas, estéticas, entre otras. Estas necesidades son valoradas en forma individual a partir de las variables cognitivas del sujeto. Por eso, siguiendo a Lazarus (citado en Bulacio, 2004) se puede entender que el ser humano valora los distintos estímulos a los que está expuesto y los compara con la autoevaluación de sus recursos. Cuando sus recursos son insuficientes se produce la activación fisiológica que permite desarrollar o explotar al máximo los recursos necesarios para afrontar los correspondientes estresores (Bulacio, 2004). Es decir, el hombre produce la activación de su sistema nervioso y endocrino para poder responder físicamente a las exigencias que se le planteen.

Lazarus (citado en Bulacio, 2004) supera con esta propuesta las teorías basadas en el estímulo de Holmes y aquellas que sólo lo hacían en la respuesta física Seyle y le da una dimensión cognitiva y humana al estrés. Pero, pese a ello, la respuesta orgánica del estrés, es la misma que sus antepasados vertebrados no humanos. Por eso, se dice que la respuesta de estrés es inespecífica. Se produce mediante la activación del sistema nervioso autónomo, simpático y parasimpático, la

activación del sistema neuroendocrino y la del sistema endocrino que conecta el sistema nervioso con el resto del organismo desde el eje hipotálamo hipofisario (Cia, 2002).

En síntesis la aparición del estrés, que es un fenómeno inespecífico, despierta en el hombre un tipo específico de respuesta. Esta se da según la predisposición individual, tanto psicológica como biológica, y puede ser una respuesta de ansiedad, de depresión, o de ira, entre las más comunes. Es por este motivo que el estrés puede desencadenar un cuadro de ansiedad y a su vez puede formar parte de él, en tanto es la respuesta fisiológica orgánica que la acompaña (Bulacio, 2004).

3.1.3. Trastorno de ansiedad generalizada

Según describe el DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) en un trastorno de ansiedad generalizada (TAG) la ansiedad y la preocupación resultan excesivas y sobre diferentes acontecimientos.

La predisposición a la ansiedad puede ser biológica o psicológica, y adquirirse en el seno de una familia ansiosa tanto por características genéticas como por mecanismos aprendidos. Estas familias consideradas ansiosas responden al tipo de trastorno de ansiedad llamado ansiedad generalizada. Es por eso que algunos consideran estos trastornos como modos de ser y proponen incluirlo dentro de los trastornos de personalidad. Sin embargo, si bien puede haber una forma basal de ansiedad, el TAG tiene un desarrollo propio y progresivo que hacen adecuado ubicarlo como un trastorno específico (Bulacio, 2004).

El TAG se caracteriza básicamente por una preocupación excesiva, centrada en diferentes temas, tanto del entorno como del propio sujeto. Son personas que están permanentemente anticipando posibles acontecimientos negativos y los viven anticipadamente o realizan esfuerzos exagerados por prevenirlos (APA, 2000; Caballo & Simon, 2004). Las personas que padecen de TAG no suelen considerarlo un problema sino una cualidad esencial del ser humano. Son sumamente responsables y exigentes, aunque a menudo ineficientes en la ejecución de sus conductas. Sólo consultan cuando se dan en forma comórbida con otros trastornos, siendo los más típicos otros cuadros ansiosos o depresivos, o por el agotamiento psíquico o físico al que llegan. Por eso, suelen diagnosticarse cuando el cuadro está relativamente avanzado (Bulacio, 2004).

3.1.4. Diagnóstico de TAG en niños

En el diagnóstico de ansiedad generalizada en niños suelen manifestarse cambios en cinco esferas de funcionamiento: fisiológica, emocional, conductual, cognitiva e interpersonal. Dentro de los componentes emocionales se encuentra la irritabilidad, la preocupación, y el miedo. Conductualmente los síntomas son más evidentes, e incluyen, principalmente, la evitación. En la esfera intrapersonal los niños ansiosos se suelen ver muy afectados por las evaluaciones negativas. Por último, respecto a lo interaccional, los padres de niños ansiosos suelen ellos mismos ser ansiosos. Al considerar todas estas áreas, las intervenciones pueden abordarse desde diferentes puntos, flexibilizando el proceso terapéutico (Caballo & Simon, 2004; Fridberg & McClure, 2002; Kendall, 2012; Khodarahimi & Pole, 2010).

Un punto que se debe tener en cuenta al trabajar con niños que tienen TAG, es que dado que es un trastorno de largo plazo, aumentan los riesgos de que ocurran otros trastornos junto con la ansiedad generalizada (Caballo & Simon, 2004; Kendall, 2012).

3.1.5. Relación entre la ansiedad y el dolor físico

Uno de los posibles desencadenantes de la ansiedad en niños es el padecimiento de dolor físico, como menciona un estudio realizado en 2009 que concluye que los niños que han sufrido un alto nivel de dolor físico, tienen mayor tendencia a desarrollar síntomas ansiosos. Los participantes también reportaron la aparición de una idea catastrófica relacionada a sufrir daño físico, esta idea no se encontró en los niños que no vivenciaron dolor alguno. El trabajo no encontró diferencias en cuanto a las consecuencias sociales del miedo, lo que indicaría que la ansiedad provocada por intenso dolor físico, sería inespecífica. A su vez concluyó que la idea catastrófica respecto a sufrir daño físico sería un constructo cognitivo (Tsao, 2009).

Esto se explica desde la relación entre la ansiedad y el dolor físico crónico, que se debe a que la ansiedad es un mediador de los constructos cognitivos de miedo, hipervigilancia y pensamientos catastróficos. Al exacerbar pensamientos catastróficos, el dolor se hace más latente, el estado de hipervigilancia hace que el paciente esté sumamente focalizado en su dolor, haciendo muy difícil la distracción del mismo. Por último el miedo paraliza y obliga al paciente a restringir sus movimientos para evitar así sentir más dolor, lo que es muy contraproducente en los procesos de rehabilitación física (Woo, 2010).

Relacionado con el dolor, otro factor desencadenante de ansiedad en niños son las intervenciones quirúrgicas. Klein (citado en Wright, Stewart, Finley & Buffet-Jerrott, 2007) realizó dos estudios, uno en 1996 y otro en 1999, que concluyen que luego de un procedimiento quirúrgico, los niños pueden manifestar comportamientos negativos que incluyen, pesadillas nocturnas por las

cuales se despiertan en la mitad de la noche, intenso llanto o ansiedad de separación. El estudio demostraba que aquellos niños que padecieron mayor ansiedad pre quirúrgica, tenían 3,5 veces más probabilidad de desarrollar una ansiedad postquirúrgica. Los síntomas de ansiedad post operatorios han persistido durante más de un año en 20% de los niños.

3.2. Teoría Sistémica

3.2.1 Surgimiento de la Teoría Sistémica

Uno de los posibles abordajes terapéuticos para la ansiedad y otros trastornos es la teoría sistémica. Durante los años 40' la Fundación Macy realizó en Nueva York un ciclo de conferencias en las que se convocaba a científicos de múltiples disciplinas. De dichas conferencias participaron personalidades como Bateson, Mead, Erickson, Wiener, Lewin y von Foester. El objetivo que tenían era intentar conseguir una “ciencia del control” (Cazabat, 2007) y fue a partir de estos encuentros que se fundó la teoría cibernética. En simultáneo ocurría otro evento importante, el simposio de Hixon donde el tema central se trataba de la conducta y los mecanismos cerebrales asociadas a ésta. Muchos científicos coincidieron en ambos eventos, por lo que los temas de interés tuvieron algún grado de similitud. El clima general de la época indicaba que se iba perfilando un nuevo modo de pensar en psicología que rompería con la tradición conductista que poseía la hegemonía durante esos años (Wainstein, 2006).

En éste contexto fue que en 1948 Bateson se reubicó en San Francisco y junto a Ruesch, un psiquiatra, publicó el libro *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría*. Este libro indica claramente el objetivo que tenía Bateson de trabajar en una teoría sistémica de la comunicación (Cazabat, 2007). El ambiente científico en general se alejaba cada más de la terapia individual, influenciado por la teoría de Lewin. El objetivo de Bateson era trazar un “puente” entre la conducta humana y los nuevos elementos de las ciencias que se vinculaban con el orden y las pautas de relación. Estos elementos nuevos referían principalmente a la cibernética, la teoría de la información y la teoría de los sistemas (Wainstein, 2006).

Con dicho objetivo en mente en 1952 Bateson fundó el “Proyecto Bateson”, los integrantes del proyecto fueron, entre otros, Weakland, Haley y Fry. Todos ellos comenzaron a trabajar en la Teoría de la Comunicación Humana y específicamente en los efectos de las paradojas. En 1956 publicaron el artículo considerado el más importante que produjo el grupo, el mismo definía el concepto de doble vínculo como un componente comunicacional implicado en los orígenes de la

esquizofrenia (Cazabat, 2007). A partir del concepto de doble vínculo se hace evidente que la interacción con otros es una cuestión vital humana, y es inevitable (Wainstein, 2007).

Como parte de las investigaciones en comunicación, Haley viajó a Arizona para entrevistar a Erickson, un psiquiatra especializado en hipnosis que realizaba tratamientos breves y con intervenciones poco ortodoxas. El acercamiento a Erickson generó una gran influencia en el desarrollo de la mirada de los miembros del proyecto Bateson sobre los tratamientos clínicos (Cazabat, 2007).

Tiempo más tarde, en 1959, miembros de este mismo grupo fundaron el *Mental Research Institute* (MRI), al cual se sumó el psiquiatra austríaco Watzlawick. El MRI se dedicó a delinear una psicoterapia sistémica, tomando como base las ideas del modelo de Bateson, y principalmente la importancia de las interacciones (Casabianca & Hirsch, 1992). Es desde ésta línea de trabajo, que Jay Haley postuló el modelo estratégico de resolución de problemas, aunque luego dejó el equipo para trabajar en otro proyecto junto a Minuchin (Cazabat, 2007).

3.3. Modelo estratégico de resolución de problemas de Palo Alto

3.3.1. Comienzos del modelo

Fisch creó un proyecto en 1967 para desarrollar un modelo de terapia breve, del cual participaron Watzlawick, Weakland y Bodin, a partir de este proyecto se creó el Modelo de Palo Alto en el Centro de Terapia Breve (*Brief Therapy Center*). El modelo generó una ruptura en la forma de considerar la psicoterapia hasta ese momento, ya que se trataba de un tratamiento breve que a la vez producía cambios de manera eficaz. Para delinear la duración breve del tratamiento se impusieron el número de 10 sesiones, y además decidieron que todos los casos serían tratados en cámara Gesell para poder luego discutirlos en grupo (Cazabat, 2007).

Los conceptos principales del modelo de Palo Alto, o modelo estratégico del MRI, lo constituyen por un lado el concepto de sistema, que el modelo entiende como aquellos individuos cuyas relaciones son más o menos estables, y cuyas conductas son significadas por los demás miembros. Por otro lado se considera que la conducta de un individuo perteneciente a un sistema, es función de otros individuos que están en ese mismo sistema, motivo por el cual el foco de la terapia se encuentra en la interacción entre sus miembros (Casabianca & Hirsch, 1992). Otra premisa es la definición del problema que el paciente trae a la consulta, el MRI define al problema mediante aquellas situaciones que en apariencia no tienen solución, y que se constituyen muchas veces por dar un enfoque equivocado a las soluciones intentadas ante ciertas dificultades (Watzlawick,

Weakland & Fisch, 1974). Por último, el modelo MRI considera que si se aísla una sola de las variables de un sistema, se cae en una reducción del problema y, por lo tanto, en una mirada distorsionada del mismo, por lo que se debe entender el funcionamiento de todo el sistema (Nardone, 1995). El modelo del MRI además entiende que la persona posee la potencialidad de solucionar los problemas que enfrenta en las diferentes etapas de la vida. Lo que se hace desde el modelo es ayudar a las personas en este proceso (Kopec, 2007).

3.3.2. Definición de problema para el modelo de Palo Alto

Las consideraciones principales del modelo de Palo Alto hacen que el foco del análisis se centre en las interacciones del sistema del consultante que hacen que la situación-problema persista. Entonces para poder delimitar el problema se analizan las soluciones intentadas por el paciente identificado u otros miembros del sistema vincular, ya que estas definen el circuito-problema. Esto se debe a que en el circuito problema, contrariamente a lo que la persona espera, en lugar de resolver la dificultad, la solución intentada la intensifica (Kopec, 2007). Es el terapeuta quien debe identificar este circuito, para luego diseñar la estrategia adecuada para producir un cambio (Haley, 1989).

Watzlawick (1974) en su libro *Cambio*, sigue las premisas básicas de Erikson, quien en el prólogo que le escribe ya destaca la idea de “bola de nieve” generada a partir de cambios menores, por lo que los recursos técnicos que proponen van en línea de esta idea. En dicho prólogo también afirma que las consultas se refieren más a la insatisfacción presente y al deseo de mejorar el futuro que a la comprensión de las causas que generarían dicho malestar (Keeney & Ross, 1987). Se debe considerar que en psicología sistémica al definir el problema desde la interacción, se cae en una atemporalidad del mismo. Esta concepción atemporal del problema facilita el entendimiento de las relaciones que en él existen, y mejora la operatividad para resolverlo (Wainstein, 2006). En este sentido la historia del paciente sólo se utiliza para conocer lo que las personas han intentado hacer para solucionar el dicho problema (Fiorenza, 2004).

Esta idea de problema que se magnifica mediante soluciones que intenta la persona, es una constante en las explicaciones de Watzlawick expresadas en la modificación de la pregunta "por qué" en "que" e incluso, aunque más tácitamente, en "para que" (Watzlawick et al., 1974). Una tensión continua existe entre las ideas de persistencia y de cambio, y en cómo estos fenómenos se producen. Watzlawick sostiene que dicha tensión se encuentra presente en forma tácita en la mayoría de los conflictos humanos y que quedarse encerrado dentro de sus límites impide su solución (Keeney & Ross, 1987; Watzlawick et al., 1974).

Modificar la pregunta orientada hacia al “qué” hacemos para intentar solucionar la situación aquejante, permite determinar luego el circuito que intensifica el problema, y que será el eje a partir del cual se diseñará la estrategia de la terapia que buscará producir un cambio en el sistema (Casabianca & Hirsch, 1992).

3.3.3. Cambio

Existen dos tipos de cambio dentro de los sistemas, el cambio 1 y el cambio 2. El cambio 1 tiene lugar dentro del sistema pero éste permanece inmodificado, es decir, se trata de cambiar para que nada cambie. Dentro de las situaciones familiares, al igual que dentro de cualquier sistema, las soluciones intentadas no sólo serían inefectivas sino que a péndulo agravarían el problema o incluso serían parte de él. Desde el propio sistema no es posible encontrar las llaves para intentar algo diferente. Es necesaria una fuerza o intervención exterior para lograrlo (Keeney & Ross, 1987; Watzlawick et al., 1974).

El cambio 2 produce una modificación en el sistema total, dado que modifica las premisas que regulan dicho sistema. Es explicado desde la teoría de los tipos lógicos e implica un viraje más general en el modo en el que el problema se encara. Se cambia del frecuente "por qué", a una mirada diferente, el "qué" que permite una descripción aquí y ahora del problema y de su forma de autopetruarse. Supone un abordaje distinto, llamado reestructuración. La reestructuración implica un cambio de significado, en el sentido ya mencionado por Heráclito en el siglo primero cuando hacía referencia a la importancia en la forma de entender los hechos más que en los hechos mismos (Keeney & Ross, 1987; Watzlawick et al., 1974).

Generalmente las personas enfrentan las dificultades con soluciones de “sentido común” que no son más que cambios 1 y cuyo resultado es una invariabilidad del grupo. Esto resulta muy difícil de percibir porque consideran que están haciendo algo para modificar la situación, aunque dicha solución sea a su vez causante del problema (Watzlawick et al., 1974).

Las intervenciones apuntan a un cambio del cambio, haciendo referencia a que la complementariedad recursiva entre estabilidad y cambio debe ser modificada en un nuevo tipo de cambio de un orden más elevado a partir de una intervención que podría definirse como un ruido significativo como comunicación puntuada por un sistema observador (Keeney & Ross, 1987). En *Cambio* (1974) de Watzlawick, la organización de la terapia está dada por un marco semántico que define conductualmente el problema queja y especifica la meta de la terapia. Este marco semántico está encuadrado por un marco político dado por las soluciones intentadas que a su vez se encuadra en un nuevo marco semántico que le da significado a la situación problemática. Este es el marco de

referencia del cliente para conceptualizar problemas y soluciones. Todo lo que no se define como problema o como soluciones intentadas se considera no pertinente o factores distractores, Watzlavick no se propone reestructurar una familia sino resolver la interacción recursiva problema queja. La terapia es simultáneamente descriptiva y prescriptiva entendiendo que la solución intentada es el problema dada la complementariedad recursiva mencionada entre la conducta problema y la conducta solución.

Watzlavick se aleja del conductismo radical por la idea de marco que es el modo como se entiende y conceptualiza una situación, el re-enmarcamiento es entonces un cambio de significado. Existe una segunda complementariedad recursiva que se da entre la conducta y el marco cognitivo, es decir entre el marco semántico y marco político de referencia. Las pautas de intervención apuntan a modificar el nexo recursivo entre los problemas y las soluciones intentadas, definidos en función de conductas y secuencias de acciones dentro de un contexto social, cambiando el marco cognitivo que las contiene. La meta es entonces cambiar las pautas de interacción a partir de un ruido significativo por ejemplo con la connotación positiva de un síntoma o el sabotaje benévolo (Keeney & Ross, 1987). El cambio en las percepciones del consultante surgen por el impacto que provocan los mensajes del terapeuta sobre sus pensamientos y sus interacciones (Wainstein, 2007).

3.3.4. Co-construcción del problema

El problema del consultante se trata en su forma última, de una diferencia que se vive como un desafío (Wainstein, 2007). Este problema pertenece a un sistema interaccional complejo, en el que existen numerosos elementos, funciones y jerarquías. (Wainstein, 2006). Mediante el modelo del MRI se intenta hacer un recorte de dicha complejidad para facilitar la elaboración de una estrategia terapéutica (Casabianca & Hirsch, 1992; Wainstein, 2006, 2007).

El trabajo del terapeuta consiste en ayudar al sistema a realizar un cambio 2, es decir un cambio sistémico, o sea, un cambio del proceso de cambio, que rompa la recursividad del cambio 1 entre problemas y soluciones intentadas. Para esto el terapeuta realiza un recorte del circuito de soluciones intentadas, y define el problema de una forma diferente, con nuevo significado, lo cual permite que sea un problema solucionable junto con el paciente (Kopec, 2007). En otras palabras el trabajo realizado en la terapia buscará realizar un cambio diferente al habitual. (Hirsch & Rosales, 1987).

La mirada sobre las interacciones del sistema, ayuda también a identificar aquellos miembros que se encuentran más motivados, y que son, por lo tanto, más flexibles para producir un

cambio (Bateson et al., 1974) y la estrategia se focaliza, entonces, en los individuos que se muestran motivados para solucionar el problema (Casabianca & Hirsch, 1992).

Durante la primera entrevista con el paciente, junto con el terapeuta deben co-construir activamente un motivo de consulta que surge a partir del problema que el paciente trae a sesión (Hirsch & Rosales, 1987). El problema del paciente es una construcción de lo que le sucede. Tiene en ese sentido un significado que es una dimensión cognitiva. Es decir el problema es definido dentro de un marco semántico que debe modificarse para que el cambio sea consistente (Watzlavick et al., 1974). La construcción de lo real es un proceso y un recorte, y el conocimiento implica por lo tanto una participación activa de los individuos. Mediante la comunicación se define e interpreta la realidad, en un proceso co-constructivo que influye sobre la vida y los vínculos a través de los diálogos y narraciones que se construyen. La realidad se termina definiendo al contrastar aquello que se encuentra en el mundo exterior con las propias construcciones del mundo (Wainstein, 2006, 2007).

El paciente lleva sus dificultades a la consulta y las comunica al terapeuta desde un prerretrato. Este prerretrato plantea la queja inicial del paciente, y sugiere además lo que el paciente está dispuesto a hacer (Hirsch & Casabianca, 1992). El terapeuta mediante sus preguntas y silencios va determinando el problema del paciente, que no deja de ser una construcción que se da entre ambos, pero que delimita un problema que el terapeuta considera trabajable y con objetivos alcanzables. Este proceso de reestructuración semántica del problema facilita las intervenciones posteriores al modificar la visión inicial del paciente sobre su queja (Haley, 1989; Hirsch & Rosales, 1987; Kopec, 2007).

Al realizar una construcción del problema en forma conjunta con el consultante se define el espacio de búsqueda de soluciones (Wainstein, 2007). La definición del problema con el paciente se hace en términos de conductas, del mismo modo que se definen las soluciones intentadas, estas definiciones se enmarcan en los significados aportados dentro del sistema familiar y permite luego definir en los mismos términos los objetivos que se plantean (Keeney & Ross, 1987). Estos objetivos pueden así ser evaluables, debiendo también ser alcanzables. A partir de allí deben organizarse y definirse los pasos para alcanzarlos, los cuales deben ser lo suficientemente fáciles y a la vez significativos para que el paciente encuentre sentido en ellos (Kopec, 2007). Para esto se deben acordar los conceptos con los cuales se está trabajando.

El terapeuta realiza un plan de abordaje del problema y luego ejerce su capacidad de maniobra para interrumpir los circuitos auto perpetuadores del mismo. Dentro de sus maniobras ejerce estrategias que buscan influir en el consultante hacia determinada dirección. Estas acciones se denominan intervenciones, y crean las condiciones para lograr el cambio (Wainstein, 2007). Con

las intervenciones se posibilita la creación de una realidad determinada por sobre otras para que el consultante pueda enfrentar el problema de manera diferente, esto es lo denomina redefinición del sentido de la situación (Hirsch & Rosales, 1987), y estas redefiniciones son una manera de influir en el paciente (Watzlawick et al., 1974). Para esto el consultor cuenta solamente con su propia persona, su capacidad creativa y sus capacidades comunicacionales (Wainstein, 2007). También cuenta con información, obtenida durante las primeras sesiones, respecto del lenguaje del paciente y su forma de ver el mundo, que se puede determinar a partir de cómo ve su problema. Esta información lo ayuda a ejercer influencia, ya que le permite utilizar el mismo estilo de lenguaje que trae el consultante (Kopec, 2007; Wainstein, 2007).

Si bien la intención es influir sobre el sistema, nadie lo puede controlar totalmente. Al intervenir en el sistema nos convertimos en parte de él, y esto le requiere una participación activa en el subsistema consultante-consultor (Wainstein 2007). En 1979 Von Glaserfeld (citado en Keeney & Ross, 1987) mencionaba la importancia del observador en la construcción de lo observado pudiendo equipararse este constructivismo con el significado del marco semántico de referencia. Descomponiendo la definición del marco político de referencia podemos entender la comunicación humana como la manera en que las personas se influyen mutuamente a través de mensajes emitidos por las conductas y a la cibernética como la organización de los sistemas de comunicación en relación al abordaje que se hace del cambio y de la estabilidad. Según Keeney (1987) existe una dialéctica recursiva entre el marco semántico y político, enriqueciendo la mirada de Bateson, que en su opinión ignora los eslabones semánticos y sólo apunta a las consecuencias de la comunicación.

3.3.5. La escuela de Milwaukee y la orientación hacia los recursos del paciente

Dentro de las escuelas de terapia sistémica estratégica el psicoterapeuta de Shazer (1995) realizó diversos aportes a la terapia familiar breve. Sostiene que en general los enfoques sistémicos se han centrado más en los problemas que en las soluciones. Si bien ambos parecen indisolublemente unidos, en ocasiones la queja o problema no está bien definida, siendo ambigua o poco clara, aún para el consultante. Agrega que los problemas pueden ser muy variados y complejos, pero no parecen ser así las soluciones, que en su modo de ver, parecen ser más análogas entre sí y más simples que los problemas. En su enfoque toma la idea de Erikson (citado en de Shazer, 1989) acerca de utilizar en terapia aquello que la persona ya ha aprendido y estimular su desarrollo. El uso de la creatividad a cada caso en particular permitirá así utilizar y potenciar aquello que el paciente ya posee (de Shazer, 1989).

Este autor es un referente de la escuela de Milwaukee, que surgió como un desprendimiento de la de Milán. Toma de ella muchas ideas, particularmente, y en el sentido antes mencionado, la de la "connotación positiva" de Palazzoli (citado en de Shazer, 1995). Como forma de clarificar el problema y comprender mejor lo que al consultante le pasa, de Shazer propone construir en conjunto con él, un futuro realista y deseable que contenga la solución al problema. De esta forma, pese a lo mal definido de la queja podrá saberse en que consistiría su disolución o resolución. De hecho propone la técnica de la confusión como una forma de evidenciar esas contradicciones y vaguedades en el motivo de consulta, y dejando lugar a esa visión del futuro que le aporta claridad y sentido. Por este camino utiliza en forma positiva aquello que el paciente ya dispone (de Shazer, 1989, 1995).

En esa línea únicamente se busca en el pasado aquellos éxitos que puedan utilizarse en la situación presente y en el tránsito hacia el futuro. Suponiendo que pequeños cambios serán suficientes para promover nuevos cambios, utilizando esos recursos del paciente para facilitarlos. Del mismo modo que busca excepciones a la regla, y el uso de pensamientos que superen las dicotomías excluyentes y las reemplacen por adiciones. En el cambio de enfoque se menciona el uso de técnicas como la que llama "cabeza abajo" que destaca las virtudes del consultante en medio de una situación considerada crítica por él. La certidumbre que el paciente tiene sobre ciertas cosas, aún en medio de su queja o de su mala definición del problema, es utilizada también como un elemento positivo que puede utilizarse de una mejor forma. Es decir que este enfoque tiende a utilizar todo lo disponible en el paciente para construir esa visión realista del futuro, que es la que estimula al paciente a encontrar sus propias soluciones para alcanzarla (de Shazer, 1995). Para recolectar las fortalezas o recursos del paciente el centro de terapia breve de Milwaukee desarrolló diferentes preguntas que se deben formular al cliente durante las primeras entrevistas. Estas preguntas permiten que el terapeuta identifique los recursos, que por su definición pertenecen a varias esferas de la persona, para luego tenerlos a su alcance y utilizarlos durante el tratamiento (Jong & Miller, 1995).

3.3.6. Abordaje estratégico en la consulta por niños

Cuando se trabaja con niños, los consultantes suelen ser los padres, que identifican al niño con un determinado problema. El niño presenta algún síntoma que preocupa a los padres, o a algún derivador externo como el pediatra o la escuela, motivo por el cual deciden realizar la consulta con el profesional (Labrit & Pollan, 2007). Desde la teoría de Haley (1996) se hace foco en el síntoma planteado pero se lo utiliza como una especie de palanca para modificar las relaciones familiares,

sosteniendo que la modificación en la organización social de la familia desarticula la relación recursiva entre el problema y la solución. Es por este motivo que la unidad mínima de tratamiento es una tríada, que en caso de niños se compone entre los padres y el niño, y por lo que no se trabaja con el niño en forma aislada (Haley 1996; Labrit & Pollan, 2007). Inclusive se puede dar la situación en la que se trabaja con los padres solamente, en lugar de con los niños (Fiorenza, 2004).

Haley propone desplegar la dinámica comunicacional familiar en el mismo lugar de la terapia y sus intervenciones apuntan a ello, entonces la familia interactúa ante el terapeuta con lo cual se logra distinguir la organización secuencial de su conducta (Keeney & Ross, 1987).

Basado en la cibernética, Haley estudia las recursividades y retroalimentaciones en las secuencias de la conducta familiar. Descomponiéndolo en etapas se comienza por la definición del problema, la organización secuencial de la comunicación, luego las jerarquías sociales o marco semántico que rodea o justifica esa organización para después estudiar las estructuras de las coaliciones dentro del marco de los estadios evolutivos familiares. Hay por lo tanto dos recursividades en la visión de Haley, una dada por la secuencia comunicacional y el problema y otra de nivel superior entre dicha recursividad y las pautas de coalición. La clave de la terapia es cambiar la organización recursiva de las relaciones tríadicas. Entendiendo las intervenciones terapéuticas como ruido significativo que buscan modificar las secuencias conductuales respondiendo a los requerimientos simultáneos de la recursividad entre el cambio y la estabilidad (Keeney & Ross, 1987).

El análisis interaccional del problema del paciente identificado sería el primer punto de análisis que permitirá luego el abordaje desde diferentes lugares: la interacción con los padres, con los hermanos, con el colegio o con el pediatra, según lo que el terapeuta considere pertinente. Este diagnóstico interaccional permitirá determinar la estrategia que el terapeuta seguirá a lo largo del tratamiento, además que permitirá evaluar con que subsistemas dentro del sistema familiar se trabajará (Labrit & Pollan, 2007).

El diagnóstico se realizará del mismo modo que al trabajar con adultos, mediante la identificación del circuito de soluciones intentadas que sostienen el problema (Watzlawick et al., 1974) teniendo en cuenta que es indispensable trabajar con los padres para que comprendan que son partícipes del cambio en el problema del niño. La evaluación de las interacciones en la familia, ayudan al diseño del tratamiento que luego propondrá el terapeuta (Bateson et al., 1974). El objetivo de dicho tratamiento será romper el círculo vicioso entre las situaciones intentadas y el problema. Las intervenciones que se utilizarán serán en su mayoría prescripciones directas de comportamiento (Fiorenza, 2004).

Sin embargo no se deben descartar cuestiones constitucionales del niño como su nivel de inteligencia, o el nivel de madurez emocional, y nivel de autoestima, además de cualquier cuestión médica que pueda estar padeciendo. Es por esto que dentro de la etapa diagnóstica además del análisis interaccional familiar, se deben recopilar datos sobre la etapa evolutiva en que se encuentra el niño y se le debe realizar un diagnóstico de madurez, cognitivo y de su nivel de motivación junto con todos los estudios médicos que se consideren necesarios (Labrit & Pollan, 2007).

Un elemento sumamente importante cuando se trabaja con niños es la incorporación de lo lúdico, los niños no se sienten interesados en participar si perciben el proceso terapéutico como aburrido y de hecho, de poder escoger siempre optarían por realizar actividades que le signifiquen diversión. Trabajar con intervenciones lúdicas permite alejar la atención de los niños de su problema y da el lugar a que las intervenciones sean exitosas. En las terapias familiares suele ocurrir que el terapeuta se centra en problemas que son más entendibles para los adultos, perdiendo la participación activa de los niños. Cuando los adultos y los niños se unen en un juego común se crea un lugar para que se expresen las emociones y los pensamientos francamente, e inclusive la participación del adulto en la terapia del niño enriquece la creatividad de éste (Freeman, Epston & Lobovits, 2001).

Un último punto cuando se trabaja desde el modelo del MRI, es que si bien el diagnóstico se realiza en términos de circuito perpetuador de la conducta, se debe también trabajar con un diagnóstico del DSM-IV ya que reviste de un valor altamente predictivo la evolución del paciente y además es útil para identificar los objetivos de cambio en función a los síntomas (Adán & Piedrabuena, 2007).

3.3.7. Terapia narrativa para niños

Una técnica utilizada para el tratamiento con niños dentro de la psicología sistémica es la terapia narrativa. La terapia narrativa ayuda a las personas a separarse de sus problemas, y es muy utilizada en terapia familiar. En el caso del trabajo con niños, esta posibilidad es muy poderosa ya que disminuye la culpa del niño respecto a los síntomas que lo perturban. En la terapia narrativa se trata de escuchar lo que el paciente relata, y luego construir nuevos puentes de significado sobre esos relatos. Los niños poseen una capacidad enorme para resolver sus problemas. Lo que debe hacer el terapeuta es acceder a los conocimientos e imaginación del niño para ayudarlo. Es decir, el terapeuta debe intentar que el niño lo haga partícipe de su historia (Freeman, et al., 2001).

Una de las técnicas narrativas es la exteriorización en la cual se produce una separación lingüística del problema y la persona, esto ayuda a que el niño pueda hablar de su problema sin

recelo y con libertad (Wainstein, 2007). El modo en que se realiza este acercamiento al problema del niño es mediante las preguntas que se le hacen con una actitud de curiosidad y no de certeza profesional. El terapeuta realiza preguntas acerca de los hechos pasados para que el niño pueda relacionar sus conocimientos con sus emociones y su imaginación. Al plantear el problema a partir de metáforas se consigue que hable sin problemas del mismo. Por lo contrario, si se le pregunta de forma directa, probablemente se encuentre reticente a responder. Mediante las preguntas se va construyendo una narración nueva sobre el problema, desplazando narraciones saturadas que inciden agravando la situación (Freeman et al., 2001).

Mediante la exteriorización, las personas se pueden ubicar en una posición crítica respecto a su situación, estableciendo una relación con la misma, para conocerla mejor, y evaluar alternativas aportando los propios recursos. Este método permite que el niño comprenda que el objeto del análisis es su problema y no él, lo que provoca un cambio en su actitud y además permite que la familia se alíe ante un enemigo común. La exteriorización pareciera adaptarse naturalmente a la forma de los niños. (Freeman, et al., 2001; Wainstein, 2007).

3.4. Tratamiento cognitivo conductual de TAG en niños

3.4.1. Introducción

Considerando que el trastorno de ansiedad generalizada se manifiesta en diferentes esferas de la vida del niño, los tratamientos suelen realizar estrategias de integración en los niveles cognitivo, conductual, familiar y social (Caballo & Simon, 2004). Contemplar todos los aspectos posibilita también un diagnóstico más preciso. Algunos estudios demuestran que el tratamiento cognitivo conductual es altamente efectivo para el tratamiento de ansiedad en niños (Kendall, 2012).

3.4.2. Conceptualización del caso

Fridberg y McClure (2002), describen la conceptualización del caso como modo de analizar todas las variables que influyen en el paciente, y de esta forma ayudar al terapeuta a tener un marco de trabajo general que a su vez presente un alto nivel de flexibilidad y maniobra ya que permite considerar las diferentes técnicas que se pueden utilizar para el caso específico a tratar.

La conceptualización del caso comienza en la primera sesión. Se crean hipótesis que se van confirman o desechando, lo que hace que sea un proceso totalmente dinámico y fluido que se va

redefiniendo luego de cada entrevista (Beck, 2011). Es necesario, por lo tanto, un actitud abierta por parte del terapeuta que lo elabora, además de una buena capacidad de análisis de datos (Fridberg & McClure, 2002).

Son varios los elementos que se consideran para la conceptualización, y se encuentran interrelacionados, por lo que se debe asumir el proceso sin perder de vista la situación global (Beck, 2011). En el centro del proceso se encuentra el problema tal cual lo manifiesta el paciente o sus familiares, y éste será el punto de partida. A partir de ahí el terapeuta irá recolectando información, de la manera más concreta posible, relativa a diferentes síntomas que tiene el paciente: psicológicos, emocionales, conductuales, cognitivos e interpersonales. Esta información permitirá entender la conducta ante el problema. Los otros elementos que debe considerar el terapeuta son, el contexto cultural en el que se desarrolla la conducta, la historia de desarrollo del niño, antecedentes y la predisposición cognitiva (Fridberg & McClure, 2002).

3.4.3. Tratamiento cognitivo conductual

3.4.3.1. Introducción

Las intervenciones cognitivo-conductuales han demostrada alta eficacia en el tratamiento de la ansiedad en niños (Kendall, 2012). Para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, como explica Caballo & Simon (2004), las intervenciones se centran en que los niños aprendan a reconocer y afrontar su ansiedad para luego reducir los niveles de ésta mediante diferentes tareas que se les asignan (Khodarahimi & Pole, 2010).

3.4.3.2. Psicoeducación con la familia

La psicoeducación es un recurso útil en el tratamiento del TAG en general. Consiste en trabajar con los padres del niño explicándoles las manifestaciones del trastorno y cómo las personas que lo padecen tienden a ver todo de forma catastrófica. Los niños particularmente suelen preguntarse en forma recurrente “que pasa si...”, imaginando los peores escenarios posibles, lo que los paraliza y no les permite buscar soluciones alternativas (Khodarahimi & Pole, 2010; Fridberg & McClure, 2002).

3.4.3.3. Automonitorización

La automonitorización es un método muy utilizado para tratar la ansiedad con los niños, en el que ellos cuantifican su percepción de los síntomas, siendo éste un punto de gran relevancia considerando la naturaleza subjetiva de la ansiedad (Kendall, 2012).

Mediante este método el paciente identifica los estímulos que desencadenan la ansiedad, cuáles son los pensamientos asociados y qué hacen en respuesta (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006). Esto ofrece mayor información al terapeuta sobre los síntomas y sirve de base para definir las intervenciones posteriores a la vez que al paciente lo ayuda a disminuir la sensación de incertidumbre del niño (Fridberg & McClure, 2002; Nezu et al., 2006).

Una forma lúdica de plantear la automonitorización es mediante la metáfora “las vías de mis miedos”. Se le pide al niño que dibuje un tren, que debe recorrer el camino de sus miedos. El recorrido cuenta con seis estaciones llamadas Quién, Estación de la Mente, Dónde, Estación de la Acción, del Cuerpo y de la Emoción. Mediante esta técnica el niño reconoce la relación entre la situación, sus pensamientos, emociones y acciones (Fridberg & McClure, 2002).

3.4.3.4. Técnicas de relajación

La relajación se enseña para que el paciente pueda reducir los síntomas fisiológicos. Al controlar voluntariamente el diafragma se controlan los mecanismos involuntarios y se reduce la actividad simpática (Nezu et al., 2006). La técnica consiste en que los niños fijen su atención en la respiración y en la tensión de sus músculos. Para conseguir que el niño se relaje, teniendo en cuenta que por ser ansioso no se queda quieto con facilidad, se pueden usar metáforas como las deportivas. Pedirle al niño que, por ejemplo, observe como el deportista se concentra antes de salir a jugar, suele dar buenos resultados (Fridberg & McClure, 2002). Otra técnica útil es simplificar el proceso, comenzando la relajación en forma progresiva por un solo grupo de músculos. Esto permite que el niño vaya practicando la técnica gradualmente (Kendall, 2012).

3.4.3.5. Reestructuración cognitiva

Considerando la íntima relación entre lo cognitivo, lo emocional y lo conductual es que se trabaja con las creencias cognitivas distorsionadas del niño. Desde la teoría cognitiva se cree que estas ideas distorsionadas hacen que las personas actúen disfuncionalmente, por lo que terapéuticamente se opera en la elaboración de formas más constructivas de pensamiento. En el trabajo con los niños se les enseña a reducir la rumiación, incorporar pensamientos positivos sobre sus capacidades y confrontar pensamientos negativos (Kendall 2012).

Como primer paso, se deben identificar de forma precisa los pensamientos automáticos disfuncionales para luego trabajar con ellos. El terapeuta y el niño deben trabajar en un plan de afrontamiento en el cual se comienzan a cuestionar estos pensamientos, y así el niño aprende a reconocer perspectivas alternativas (Kendall, 2012; Nezu et al., 2006).

El terapeuta debe tener en cuenta, al realizar un reestructuración cognitiva, que no debe minimizar lo que percibe el paciente, por lo que se sugiere abordar la probabilidad de que ocurra (Nezu et al., 2006). Lo que entonces debe realizar es contrarrestar el pensamiento catastrófico, para que disminuya su magnitud y su probabilidad de ocurrencia. Esto se suele hacer mediante preguntas secuenciales que indaguen al niño sobre qué es lo peor que podría pasar, y qué es lo que probablemente ocurra, también se sugiere incluir preguntas con componentes de resolución de problemas, por ejemplo, ¿qué podrías hacer?, lo que da más fuerza a la idea que se quiere contrarrestar (Fridberg & McClure, 2002). Al incluir una opción de resolución para el problema se reduce la incertidumbre percibida por el paciente (Nezu et al., 2006).

Otra técnica para modificar los pensamientos disfuncionales, es trabajar con evidencias que comprueban o no la conclusión. Mediante esta estrategia los niños acceden a los hechos que sostienen sus creencias. En primer lugar se trabaja con el niño accediendo a las razones que lo llevaron a elaborar esa idea. En segunda instancia se invita a los niños a buscar evidencias que sean opuestas a sus creencias, con la ayuda del terapeuta, lo que comienza a sembrar dudas en el paciente. En esta instancia se puede trabajar también confeccionando dos columnas, una contiene aquellas situaciones que fundamentan totalmente sus creencias, y la otra, aquellas que la contrarrestan. Por último se trabaja para que el niño considere explicaciones alternativas a esos hechos y llegue a conclusiones por si solo que favorezcan a una nueva interpretación de la situación (Fridberg & McClure, 2002).

La reestructuración cognitiva ha demostrado muy buenos resultados para tratar los terrores nocturnos de los niños (Fernandez, DeMarni Cromer, Borntrager, Swopes, & Hanson, 2013).

3.4.3.6. Exposición

Dentro de las intervenciones orientadas a la modificación de la conducta ansiosa, se encuentra la exposición gradual para confrontar aquello que habitualmente se evita. De este modo se habilita al paciente a demostrar sus habilidades en situaciones reales, e internalizar este aprendizaje para situaciones futuras. Con este fin, se promueve que el niño identifique el éxito de sus logros, y que se anime a replicarlo. Para facilitar este aprendizaje, el terapeuta debe tener los objetivos terapéuticos claramente predefinidos, y entonces recrear situaciones a la medida del

paciente que sean soportables, siendo muy importante crear un ambiente colaborativo con el paciente (Kendall, 2012). El paciente debe dominar la relajación para poder realizar un proceso de exposición. La forma en que se lleva a cabo la estrategia es mediante el juego de roles en una situación que plantee el terapeuta que debe ser lo más realista posible. Las primeras situaciones que se trabajarán serán aquellas que provoquen menos ansiedad en el paciente. Luego, gradualmente se lo irá exponiendo a situaciones que generen niveles más elevados de ansiedad. El paciente debe elaborar una jerarquía de ansiedad, para poder identificar qué situaciones se plantearán primero. En cada situación el niño se enfrenta con el estímulo que lo perturba, pero soporta la emoción negativa, y bajo las indicaciones del terapeuta aplica técnicas de afrontamiento. Al soportar la emoción negativa aumenta la confianza del niño en sí mismo de una forma duradera, y el aplicar técnicas de afrontamiento lo entrena para situaciones futuras (Fridberg & McClure, 2002; Nezu et al., 2006).

4. Metodología

4.1. Tipo de Estudio

El tipo de estudio del trabajo final integrador fue descriptivo de un caso único.

4.2. Participantes

El paciente identificado era un niño de 9 años, que se encontraba cursando 4to grado de una escuela pública con escolaridad simple. El niño vivía con su madre de 38 años que trabaja como empleada en una fábrica. Los padres estaban separados desde hacía cuatro años. El padre de 40 años, cuidaba al niño durante el día mientras la madre cumplía sus obligaciones laborales. Esto era posible porque él trabajaba durante las noches en seguridad privada. En la casa continua vivía la hermana de la madre quien también se ocupaba del niño durante el día, y el hijo de ella, a quien el paciente identificado llamaba “su hermanito”.

La madre realizó la consulta psicoterapéutica luego de ser derivada por el pediatra del niño. El motivo de la derivación se debió a cambios marcados en el comportamiento del niño durante los últimos 4 meses, con aparentes regresiones. Seis meses antes de la consulta el niño fue intervenido quirúrgicamente por un prolapso rectal. Además el niño presentaba síntomas ansiosos y tenía antecedentes obsesivos.

La terapeuta encargada del caso pertenecía al C desde hacía 2 años. Era una terapeuta especializada en niños y con formación en terapia estratégica focalizada en resolución de problemas.

4.3. Instrumentos

Los documentos con los que se trabajaron fueron la historia clínica del paciente, y el video donde se registró la entrevista de admisión en el que únicamente participó la madre.

La historia clínica fue completada por la terapeuta luego de cada sesión con el paciente. Se guardaba dentro de un sistema en línea que poseía el C. La historia clínica contenía una carátula que incluía el nombre y los datos personales del paciente. Una segunda sección donde se especificaban los familiares del paciente y se indicaba si estaban o habían estado bajo tratamiento en el centro. La tercera sección incluía el registro de cada sesión incluyendo la admisión. De cada sesión se registraba el estado del paciente respecto del problema identificado, el eje temático de la sesión, las intervenciones realizadas y comentarios sobre estrategias a seguir en las siguientes sesiones.

La observación del video sobre la entrevista de admisión permitió tener mayor entendimiento de la información obtenida en la historia clínica del paciente.

Un tercer instrumento con el que se trabajó fue la realización de una entrevista semiestructurada a la terapeuta asignado al caso. Esta entrevista tuvo por objetivo obtener información del paciente que no estaba incluida en la historia clínica. Con la misma se pudo conocer la percepción del terapeuta respecto a las dificultades que tuvo el caso. También conocer aspectos de la alianza terapéutica entre el terapeuta y el paciente y con sus padres. Por último conocer su opinión respecto a la importancia del abordaje estratégico focalizado en problemas, para este caso en particular.

Un cuarto instrumento fue la observación no participante de la supervisión sobre este caso que realizó la terapeuta, donde se observó si modificó o no la línea de su tratamiento. Durante la misma se tomaron notas para luego registrar las sugerencias dadas por el supervisor.

4.4. Procedimiento

El procedimiento consistió en trabajar primero con la historia clínica la cual se leyó en profundidad para conocer al paciente, y el abordaje realizado por el terapeuta. Con esta información se pudo realizar una descripción de cada sesión con la identificación de los cambios observados en el paciente entre cada una de ellas.

También se observó el video que contenía la entrevista de admisión para conocer más detalles que no fueron incluidos en la historia clínica, respecto al problema que presentaba el paciente.

Se utilizaron las notas obtenidas en la supervisión del caso por parte de la terapeuta de modo de obtener información sobre sus inquietudes, y de las alternativas de tratamientos indicadas desde la mirada estratégica de resolución de problemas.

Una vez se tuvo profundo conocimiento del caso se confeccionó una entrevista semidirigida a la terapeuta encargado, con una duración aproximada de 30 minutos, a fin de conocer diferentes opiniones que tenía del paciente, del caso, y de las intervenciones realizadas. Se preguntó sobre posibles intervenciones que se podrían haber realizado, con el objetivo de conocer la opinión de la terapeuta respecto de las mismas.

5. Desarrollo

5.1. Introducción

Para el desarrollo del siguiente TFI se procederá primero con una descripción del paciente, sus antecedentes y su entorno familiar, para luego en los apartados siguientes, centrarse en responder los objetivos previamente planteados. Se debe destacar que para cumplir con dichos objetivos se hará referencia únicamente al marco teórico y los instrumentos descritos con anterioridad.

5.2. Descripción de los participantes

El paciente identificado era un niño de 9 años que estaba cursando 4to grado de la escuela primaria en una institución pública. Su familia estaba compuesta por la madre de 38 años y el padre de 40 años. No tenía hermanos. Los padres estaban separados hacía cuatro años pero, como ellos expresaron, se llevaban bien y vivían en la misma casa. La madre trabajaba en una fábrica con jornada completa, regresaba a la casa alrededor de las siete de la tarde. El padre trabajaba por las noches en una empresa de seguridad privada, y era quien cuida al niño durante el día mientras la madre trabajaba. En la casa continua vivía la hermana de la madre con su único hijo. Durante siete años convivieron con la abuela materna del niño, quien había fallecido de forma repentina hacía dos años. En la misma semana falleció el perro del niño, que era muy querido por él.

Durante la entrevista de admisión la madre describió al paciente como muy maduro para su edad. Contó que, por ejemplo, el hijo se preocupaba de forma reiterada por la salud y el bienestar de ella, como ocupando un lugar de “hombrecito de la casa”, también lo describió como muy protector. Pero por otro lado explicó que por momentos su comportamiento se asemejaba al de un niño de tres años, inestable y caprichoso, ella consideraba que éste estado se daba cuando el paciente se encontraba asustado o muy preocupado por algo. Cognitivamente se encontraba en los niveles esperados para la edad. El niño obtuvo siempre buenas calificaciones en la escuela, hasta que comenzó 4to grado, y su rendimiento comenzó a decrecer. La madre asociaba el cambio en su rendimiento escolar al hecho de que el niño debía en este grado rendir cuatro materias diferentes con cuatro maestras distintas, lo cual había elevado la exigencia académica. En cuanto a la esfera social el niño tenía varios amigos en el colegio, y además era muy cercano a su primo que vivía en la casa de al lado, a quien consideraba como un hermano. En el tiempo libre le gustaba jugar a los videojuegos o con sus amigos.

La psicóloga a cargo del caso describió en la historia clínica el comportamiento del niño como inhibido, que evitaba mirar a los ojos a los adultos. Era temeroso, y poseía varias preocupaciones en simultáneo. No se quedaba quieto, se rascaba mucho los brazos y las piernas, se acomodaba constantemente la ropa. Si ante estas acciones los padres lo retaban, se ponía a llorar intensamente. Tenía pesadillas nocturnas que lo despertaban en la mitad de la noche, y en ocasiones se despertaba gritando asustado. Los únicos momentos en que se encontraba tranquilo era cuando jugaba a los videojuegos.

Desde los tres años de edad el paciente sufrió diferentes enfermedades médicas. No existe registro en la historia clínica que incluya información detallada sobre las mismas. La madre lo describió como un chico que “siempre tuvo problemas de salud”. A los ocho años fue operado exitosamente de un prolapso rectal. No se conocen las circunstancias en que dicho cuadro se produjo o como fue el postoperatorio. Al comienzo del tratamiento psicológico el paciente se encontraba bajo la prescripción médica de cremas para tratar una psoriasis severa. Respecto a tratamientos psicológicos anteriores, el paciente asistió a una psicopedagoga durante un breve período, pero no hay mayor información al respecto.

Dentro de los antecedentes psicológicos, existió un período a los tres años de edad, que los padres describieron como “muy obsesivo”. El niño estaba intranquilo si los objetos de la casa y el colegio no estaban ordenados por colores. Ante la sugerencia de una maestra comenzaron a desordenar todo, y esto fue suficiente para el niño se recuperara.

La madre del niño era una mujer perteneciente a una clase social media baja. Su nivel de estudios era medio. Se dirigía al hijo en forma cariñosa. Era muy cercana a su hijo y se preocupaba

mucho por la salud de éste y su bienestar, proponía y ejecutaba diferentes soluciones para los problemas que presentaba como intentar distraerlo cuando lo veía muy ansioso. La preocupación excesiva de la madre era compatible con síntomas de ansiedad. El padre pertenecía a la misma clase social y tenía el mismo nivel de estudios que la madre. Expresaba no estar preocupado por los cambios del niño en el colegio y en una primera etapa del tratamiento no se mostró interesado en participar. Era un hombre callado, sin amigos, y con un tono de voz por momentos tendiente a agresivo. Cuando el paciente era más chico el padre le pegaba, pero según expresó dejó de hacerlo y se mostraba arrepentido. Cerca del niño convivían también la tía, que era una “segunda mamá” para el paciente, y el hijo de ella con quien eran cercanos amigos. Según la madre ambos estaban dispuestos a cooperar con el tratamiento de la forma en que hiciera falta. No se registra mayor información sobre ellos.

A continuación se desarrollarán los diferentes objetivos planteados al inicio del presente trabajo.

5.3. Primer objetivo: Describir el proceso de construcción del motivo de consulta y sintomatología expresada por el paciente y sus padres, considerando los ejes interaccional, intrapersonal y constitucional del niño

El motivo de consulta se construye a partir de la queja inicial que trae el paciente a la terapia (Watzlawick et al., 1974). En este caso el paciente fue derivado por su pediatra debido a la presencia de síntomas de ansiedad y a un descenso en su rendimiento escolar. A la entrevista de admisión asistió la madre. Esta entrevista registrada en video fue el instrumento utilizado para comprender como se realizó la construcción del motivo de consulta. La queja inicial de la madre manifestó que “pasó de ser un niño de 9 años a uno de 3. El año anterior lo había operado de un prolapso rectal y desde ese momento empeoró mucho. Se despierta del dolor a los gritos”. Es importante entender la queja inicial como un prerrelato del problema que ayuda a conocer la perspectiva del consultante (Casabianca & Hirsch, 1992). En este caso expresa una asociación entre el cambio de comportamiento en el niño y una intervención quirúrgica.

El terapeuta que realizó la entrevista de admisión indagó para obtener información sobre el comportamiento del paciente, y poder así construir el motivo de consulta en base a conductas (Haley, 1989; Hirsch & Rosales, 1987; Keeney & Ross, 1984). La madre contó que lo veía triste en general. Lo describió como nervioso, que movía las manos constantemente una contra la otra, como frotándolas. Dijo que se comía las uñas de las manos y de los pies, hasta que llegaba a lastimarse. También comentó que solía decirse a sí mismo que era un estúpido y un tarado mientras lloraba

intensamente ante situaciones tales como perder la cartuchera del colegio. A partir de esta información el terapeuta propuso a la madre definir el motivo de consulta de la siguiente forma: Cómo manejar situaciones de angustia del niño que empeoraron desde que comenzó el colegio este año. El terapeuta hizo énfasis en el cambio del comportamiento como dado a partir de haber comenzado el año escolar, de la misma forma que lo expresó la nota del pediatra, en lugar de la observación de la madre quien asoció el cambio en el niño como posterior a la operación de prolapso rectal. Es importante destacar que el motivo de consulta debe ser consensuado por ambas partes para que sea efectivo ya que será lo que dirija las sucesivas intervenciones (Hirsch & Rosales, 1987). La madre se mostró de acuerdo con el motivo que se le planteó.

Las siguientes sesiones fueron con la terapeuta a quien se le designó el caso. Cuando se trabaja bajo el modelo de resolución de problemas lo primero que se debe realizar es el diagnóstico del problema del niño. Dentro de la escuela del MRI este diagnóstico se determina en función a las soluciones intentadas, que son el marco político encerrado en el marco semántico del significado del problema (Watzlawick et al., 1974). Con éste propósito se indaga sobre qué se hizo respecto del problema y si estas acciones fueron exitosas o no. En el caso estudiado la madre describió cómo ante los problemas del niño ella se preocupaba mucho e intentaba calmarlo tratando de distraer su atención. Sin embargo esta información no es suficiente para completar el proceso diagnóstico.

Al iniciarse un tratamiento con un niño se debe realizar un psicodiagnóstico para determinar su estado constitucional, que incluya su nivel madurativo emocional y cognitivo, y que también permita descartar causas orgánicas (Labrit & Pollan, 2007). Con este objetivo la terapeuta le tomó al niño una batería de test durante las primeras tres entrevistas. Para el propósito del presente TFI se accedió a la descripción en la historia clínica del paciente de dichas entrevistas, no habiendo podido acceder a los test efectuados. El resultado resumido en el informe de la terapeuta fue que tanto la madurez emocional como el nivel cognitivo del paciente se encontraban en los niveles acordes para su edad. Durante la entrevista con la psicóloga ella comentó que de los resultados emocionales del test surgía una severa preocupación por la muerte y el cuerpo. Sin embargo, esto no se incluyó en los registros de la historia clínica, porque no era información que se considere relevante al problema planteado.

Habiendo descartado causas orgánicas o patologías más severas la terapeuta continuó con la realización del diagnóstico de la forma que lo determina la escuela del MRI, es decir comprendiendo el problema como resultado de soluciones orientadas a resolverlo pero que contrario a esto lo profundizan (Keeney & Ross, 1987). En los registros de la quinta entrevista, se definió al problema de la siguiente manera: paciente identificado se angustia / familia se asusta y preocupa / paciente identificado se asusta / familia se preocupan aún más. En otras palabras el circuito se

componía de la angustia del niño, y la ansiedad de la madre quien se preocupaba en forma intensa frente a los problemas de él, esto hacía que ante cualquier manifestación de dolor corriera a ayudarlo o calmarlo. Este intento de ayudarlo, no hacía más que preocuparlo más, y por lo tanto mostrarse más ansioso. Además la terapeuta observó que cómo el niño padeció varias enfermedades desde chico, existía una rotulación sobre él como un niño con “problemas de salud”, esta rotulación tenía el efecto consecuente de provocar una actitud más miedosa en el paciente.

Si bien el enfoque de la terapia se realizará en función al diagnóstico circuito previamente establecido, es importante realizar un diagnóstico psicopatológico en caso de tener que luego realizar una interconsulta con un psiquiatra. Este tipo de diagnóstico ayuda además a conocer la posible evolución que podría tener el caso (Adán & Piedrabuena, 2007). Los síntomas expresados son compatibles con el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada en niños. Emocionalmente el paciente presentaba miedos y preocupaciones excesivas. La terapeuta definió cuatro áreas de preocupación. Por un lado la preocupación con su desempeño escolar, que se caracterizaba por miedo a no poder rendir apropiadamente con cuatro maestras y materias diferentes y miedo a repetir de grado. El segundo grupo de preocupaciones refería a la situación económica de los padres. En tercer lugar manifestaba preocupaciones que estaban relacionadas a la oscuridad y las pesadillas. Finalmente presentaba una preocupación respecto a su cuerpo en general, a la muerte y a las enfermedades tanto de él como de sus personas cercanas. Esta preocupación no fue incluida en la historia clínica, la información se obtuvo de los comentarios de la madre en el registro en video de la admisión y en la confirmación de estos por parte de la terapeuta al ser indagada al respecto.

Los cambios emocionales suelen venir acompañados de cambios conductuales entre los que está principalmente la evitación. La evitación en la ansiedad se manifiesta como un intento de control. Por ejemplo cuando el niño dejaba la luz prendida a la noche, evitaba la oscuridad, también al dormir con la madre intentaba evitar las pesadillas nocturnas. La madre contó que si a ella le dolía la cabeza el niño corría a buscar un analgésico. Esta conducta se puede entender como una evitación al dolor físico y la enfermedad, en este caso de la madre. Con respecto al colegio intentaba tener todo lo necesario para ir a la escuela ordenado y las tareas completas antes de irse a dormir, y así evitar pasar un mal momento al día siguiente.

Otro punto que se debe analizar en los niños con TAG es su estado intrapersonal. Al paciente lo afectaba mucho cualquier evaluación negativa, le generaban angustia y él lo manifestaba con llantos intensos. El paciente era hiperresponsable y se angustiaba cuando los padres lo retaban. También era estricto en sus autoevaluaciones y ante errores se gritaba a sí mismo que no servía para nada.

El último eje que se debe considerar para llegar al diagnóstico de TAG en niños es el eje interaccional. Para este eje se puede analizar el circuito problema definido por la terapeuta en el cual se observa la hiperpreocupación de los padres, y por sobretodo de la madre, que es un comportamiento ansioso (Bulacio, 2004; Caballo & Simon, 2004; Fridberg & McClure, 2002; Kendall, 2012; Khodarahimi & Pole, 2010).

Los síntomas que presentaba el niño fueron descriptos principalmente por la madre en la entrevista de admisión y en la primera entrevista con la terapeuta, y luego cotejados por la terapeuta con las posteriores entrevistas que se le realizaron al niño.

5.4. Segundo objetivo: analizar las intervenciones aplicadas en el caso según el modelo de terapia estratégica de resolución de problemas

Las intervenciones suelen estar orientadas a reestructuraciones que modifiquen el circuito de las soluciones intentadas (Keeney & Ross, 1987; Watzlawick et al., 1974). El caso presentado definió el circuito como que inicialmente el niño tenía miedo, los padres se preocupaban por estos miedos y el niño se preocupaba aún más. A partir de aquí la terapeuta delineó dos objetivos de tratamiento. En primer lugar intentar cortar la ansiedad de la madre mediante reformulaciones sobre su comportamiento. Y en segundo lugar tratar de “desrotular” al niño como que es débil y que se enferma mucho y poder hablar de sus miedos y dolores de forma más libre. Ambos objetivos fueron incluidos dentro de una estrategia general de focalizarse en los recursos del paciente y de sus padres. Este enfoque sobre recursos fue sugerido por el admisor del caso, considerando los antecedentes del niño para sobreponerse a otras situaciones, ya que mediante la connotación positiva de aquello que el paciente ya aprendió o realizó correctamente se pueden obtener vías de solución para el problema actual (de Shazer, 1989). En este sentido, durante la entrevista de admisión el psicólogo llegó a plantear, para exagerar la orientación hacia los recursos, que el niño tenía tantos recursos que podría insinuarse que sin hacer nada se sobrepondría a sus dificultades.

Para trabajar con la ansiedad de los padres, la terapeuta sugirió diferentes prescripciones de comportamiento directas (Fiorenza, 2004) con el objetivo de habilitar un espacio de encuentro familiar más distendido. Desde el abordaje estratégico el terapeuta puede realizar diferentes recortes de los subsistemas presentes en el caso y trabajar con cada uno de ellos (Hayley, 1984; Labrit & Pollan, 2007). En este caso por un lado trabajó con el subsistema padre – hijo. La relación entre ellos era bastante pobre según se registra en la historia clínica. Si bien el padre lo cuidaba durante el día no se hablaban mucho, y nunca lo ayudaba a su hijo con las tareas escolares. El niño manifestaba tener miedo al padre y esto era posible que se debiera a que antes el padre le pegaba.

Con el objetivo de cortar los circuitos autoperpetuadores del problema la terapeuta intentó incluir al padre en la terapia y lo incitó a comprometerse con la misma haciendo que asista con el hijo a una sesión de ellos dos solos. Esta intervención tuvo un efecto inmediato y positivo sobre la relación de ellos ya que, como expresó el padre en unas sesiones posteriores, en el camino de vuelta en el auto el niño se abrió mucho ante él, y hablaron honestamente de varios temas. La terapeuta indicó al padre, entonces, que trate de buscar espacios para mantener ese dialogo con el niño, y que si lo que éste expresa es un miedo intente no preocuparse o retarlo al respecto.

Por otro lado la terapeuta trabajó con el subsistema madre – hijo. La madre llegaba tarde a la casa y era quien se ocupaba de que el niño haga la tarea y cumpla con las obligaciones del hogar. Ella se describió a sí misma como muy ordenada y exigente, además de preocupada por la salud del niño. La terapeuta le sugirió que habilite espacios de recreación a la tarde, para que puedan compartir un tiempo sin exigencias y en el que el niño se permita no siempre tener todo bajo control. Mediante una focalización en los recursos de la madre, en el cual se ponderó la fortaleza que ella tenía para hacerse cargo de la casa, se le indicó una prescripción de comportamiento, en la cual se sugirió que genere espacios de dispersión con su hijo. De esta forma se aplicó la estrategia de recursos en pos del objetivo de bloquear el circuito de ansiedad de la madre, ansiedad del hijo. El recurso principal que se ponderó de la madre es su fortaleza para afrontar problemas, y por ende para poder acompañar al niño en este proceso sin mostrarse ansiosa ante él.

Dentro de las anotaciones que registró la terapeuta sobre el caso, una indicaba cuidarse de no entrometerse en el subsistema parental. Según la terapia estratégica el terapeuta debe focalizarse en aquellas áreas donde la motivación para el cambio es mayor, y mediante estas vías lograr el cambio en el paciente (Bateson et al., 1974). Consecuentemente debe evitar trabajar con áreas donde la motivación es menor o los intereses son otros. En el caso analizado la relación entre los padres era conflictiva, y la motivación hacia el cambio era menor en dicho subsistema, razón por la cual la terapeuta decidió no interceder.

Un segundo objetivo que se planteó la terapeuta fue intentar que el niño no se asocie a sí mismo como alguien que siempre se enfermaba y lograr lo mismo por parte de los padres, ella lo denominaba desrotulación. Para esto se utilizaron técnicas narrativas, llevando el foco de la enfermedad afuera del niño, para que éste pudiera hablar de su miedo a los problemas físicos de forma separada, sin sentir angustia. Estas intervenciones se realizaron en sesiones en las que sólo se encontraba el paciente y no estaban presentes los padres. La terapia narrativa es una herramienta ideal para este fin porque permite una disociación del problema, alejándolo del paciente y habilitando que éste hable libremente, sin prejuicios de lo que lo aqueja (Freeman, et al., 2001). La manera en que la terapeuta la utilizó fue separando los conceptos relativos a enfermedad o niño

enfermo lejos de la esfera personal de él, por ejemplo al hablar de sus miedos a que le suceda algo con el cuerpo le decía “esos miedos malos que aparecen pero que se van”. Por otro lado para contrarrestar estas ideas enfatizaba que era un niño sano e inteligente. También separaba el concepto de miedo, hablando de los miedos como algo externo, algo que viene de afuera, de nuevo obteniendo una separación del niño respecto de lo que sentía, que le permitió entender mejor sus síntomas.

5.5. Tercer objetivo: describir el cambio producido en el niño y sus padres a lo largo del proceso terapéutico

Para analizar el cambio en los participantes se seguirá la linealidad de las sesiones mencionando si hubo o no cambio en función a la intervención realizada durante el encuentro anterior.

Para lograr el cambio 2 en un sistema se debe utilizar una fuerza exterior que proponga una modificación por fuera de lo ya intentado por el sistema ya que el sistema en sí mismo solo realizará intentos de cambio 1, es decir modificaciones que profundamente no cambian nada. Los terapeutas representan esa fuerza exterior que al observar el sistema de forma completa pueden hacer recortes que faciliten los cambios 2, modificando premisas del funcionamiento de dicho sistema. Para esto el terapeuta se pregunta qué y no por qué sucede, y a partir de dicha descripción de lo que sucede se habilita el espacio para realizar reestructuraciones que lleven a cambios 2, es decir las intervenciones que realizan son las que llevan al cambio del cambio (Keeney & Ross, 1987; Watzlawick et al., 1974).

A lo largo de la historia clínica se indicó cómo se encontraba el paciente respecto al motivo de consulta de la primera sesión, que en este caso era el cómo ayudar al niño y a sus padres a enfrentar situaciones de angustia que se manifestaban con llanto, y reduciendo su rendimiento escolar. Por lo que a los efectos de contestar este objetivo sobre el cambio producido en el sistema familiar, se analizarán las modificaciones en la percepción subjetiva de los individuos respecto a dicho motivo de consulta.

Ya desde la entrevista de admisión el terapeuta puede realizar las primeras intervenciones que marcarán las líneas de tratamiento posteriores (Casabianca & Hirsch, 1992). En el caso estudiado el terapeuta utilizó el proceso de co-construcción del motivo de consulta como puntapié para hacer una reformulación del problema enfatizando los recursos que tenía el niño y también con los que contaban los padres. Como se mencionó anteriormente el terapeuta inclusive planteó que no haciendo nada el niño podría sobreponerse a su problema, lo que habilita la idea de que hay mucho

que se puede hacer por él. Esta intervención fue aceptada por la madre quien asintió con que ciertamente el niño contaba con muchos recursos y apoyo de personas cercanas que lo podían ayudar a que esté mejor.

En la primera entrevista con la terapeuta del caso, el foco de la sesión fue conocer el problema del niño y construir el diagnóstico. Las intervenciones siguieron alineadas con la idea de reforzar los recursos, remarcando una vez más que había mucha gente dispuesta a ayudar al niño. Esto fue nuevamente aceptado por la madre, pero no existe en ese momento un registro de si ya se produjo un cambio en las interacciones dentro del sistema o no.

Las sesiones dos a cuatro se utilizaron para que la terapeuta conozca al niño y realice el psicodiagnóstico. En la quinta sesión ella entregó la primera devolución a los padres, sin realizar prescripciones o reformulaciones.

La primera intervención que produjo un cambio se da en la sexta sesión a la cual acude el padre por primera vez. Según lo comentado por la psicóloga en la entrevista que se le realizó con el propósito de obtener más información del caso, hasta esa sesión el padre no había participado del tratamiento. Como el niño convive con el padre y pasa largas horas del día con él, sobretodo en el horario de realizar las tareas escolares, la terapeuta consideró apropiado citarlo y tratar de involucrarlo en el tratamiento de su hijo. La poca información con la que contaba hasta ese momento era que el padre consideraba que no había ningún problema con el niño. La terapeuta consultó al padre sobre si había algo que lo preocupara del hijo, a lo que contestó que le gustaría que el hijo se relacione de forma más cercana con él. A partir de este puntapié plateó una prescripción en la que indicó que una forma de que el hijo se acerque a él es mediante su participación en el tratamiento. Cuando el padre asistió de nuevo con el hijo a la octava sesión la percepción respecto del motivo de consulta era mucho mejor. De manera textual el padre dijo que “estamos mucho mejor, venimos repuntando notas”. Según narró el padre, al salir de la sexta sesión y regresar a la casa en el auto el vínculo entre padre hijo se afianzó y el niño se sintió con la confianza de hablar abiertamente con él. Durante las siguientes dos semanas hasta regresar a la terapia lograron sostener este diálogo, y el padre se involucró más en el estudio del niño, lo que lo ayudó a obtener mejores resultados. En tanto al motivo de consulta de ayudar a los padres a tratar la angustia del niño, lo planteado por el padre fue un progreso.

De la séptima entrevista participaron la madre y el hijo. En este caso la intervención fue similar a la utilizada con el padre, habilitando un espacio para distenderse con el niño. La madre se preocupaba mucho por los problemas de su hijo y esto generaba mayor ansiedad en el niño. La terapeuta abrió la posibilidad de un tiempo donde no esté revisando la tarea o su estado de salud. La madre normalmente era quien procuraba que el niño haya tomado la medicación. De esta forma

intentó realizar una modificación en las interacciones entre ellos, para atenuar los síntomas. Respecto a los recursos, se reforzó en la madre su capacidad para afrontar todas las responsabilidades de la casa, y por lo tanto también su capacidad para poder contener su preocupación delante del hijo. Esto se realizó con la intención de que perciba que puede ayudar al niño de una manera diferente. Para generar este espacio de ocio entre madre e hijo la terapeuta sugirió realizar un cronograma en el cual se contemplaran todas las actividades incluidas las recreativas. En la novena sesión la madre comentó que hicieron lo prescripto y funcionó ya que disminuyó la exigencia sobre el niño. La percepción respecto del motivo de consulta fue de una leve mejoría. La madre manifestaba estar aún preocupada por el cansancio que percibía en el niño ante tantas tareas y, sobre todo, por el tiempo que utilizaba en dejar todo listo para el día siguiente antes de irse a dormir. La psicóloga entonces intervino normalizando dicho cansancio para obtener dos objetivos, por un lado la des-rotulación del niño como enfermo, ya que el cansancio es normal, y por otro lado, la enfatización que compartir tiempo de ocio con el hijo es algo que lo ayuda. Sin embargo al preguntarle respecto a cómo se encontraba el niño con sus miedos y preocupaciones la madre contestó que no habían grandes cambios, y que de hecho encontraba que el niño estaba muy enojado.

En la décima sesión, si bien la percepción subjetiva fue mejor respecto al motivo de consulta, no existen muchos detalles de lo que aconteció en la misma. Asistieron el niño y la madre y contaron como intentaron revertir el cansancio ordenando antes las cosas y de forma más sistemática para no perder mucho tiempo por ejemplo armando un muñeco con el uniforme que ya quede listo para la jornada siguiente. La psicóloga formuló una prescripción de estudiar mitad del tiempo con la mamá y otra mitad con el papá, e inclusive sugirió dividir las materias que puede estudiar con cada uno, continuando con la línea terapéutica de modificar los comportamientos interpersonales del sistema. También felicitó al niño respecto a sus cambios para reforzar su capacidad de mejora, es decir los recursos positivos con los que contaba, lo mismo hacia la madre.

A la siguiente sesión el niño concurrió con el padre. El cambio, según la historia clínica y lo que expresa la psicóloga en la entrevista, fue más evidente. La relación entre ellos mejoró y el padre estaba asistiendo al hijo en sus estudios, lo que repercutía en una mejora del rendimiento escolar. El padre contó que continuaban las charlas entre ellos y que percibía como si algo se hubiese “desbloqueado”. La terapeuta mantuvo la línea de tratamiento, de reforzar los logros, destacando los recursos de ambos pero esta vez advirtió posibles recaídas. Sin embargo la terapeuta registró un estado de irritabilidad en el paciente.

Durante las siguientes cuatro semanas no asistieron a sesión, aunque consultado a la terapeuta se desconoce el motivo. El 10 de julio retomaron los encuentros. La terapeuta indicó una

mejoría, respecto de la admisión, en el niño. Sin embargo el eje temático de la sesión fue el nivel elevado de irritabilidad y enojos que presentaba. La madre creía que se debía a que dormía mal y entonces estaba cansado durante el día. La terapeuta sugirió un cambio en la rutina para ir a dormir. El niño hasta ese momento dormía con la madre, por lo que se le indicó que durmiera solo. Se acordó aprovechar las vacaciones de invierno para inducir cambios en la rutina nocturna.

Un mes más tarde regresaron a la terapia. Esta es la última sesión a la que asistieron. La madre contó que el niño estaba mejor, que en el colegio no tenía problemas, y que estaba realizando actividades extracurriculares nuevas. La percepción respecto del motivo inicial de consulta era positiva. Todavía no habían logrado que el paciente durmiera solo y continuaba despertándose en la mitad de la noche con pesadillas. Pero, según describió la madre, estaba menos irritado. La terapeuta insistió en que debía comenzar a dormir solo y que quizás era el momento de que comiencen a asistir cada 15 días a sesión.

Si se comprende el cambio 2 a partir del recorte que se utilizó en el proceso terapéutico se evidencia una mejoría ya que el niño mejoró su desempeño escolar y sus padres pudieron ayudarlo de manera más efectiva en el proceso. Durante la entrevista con la psicóloga se consultó respecto a los otros síntomas que planteó la madre en la entrevista de admisión que incluían los llantos abruptos, las pesadillas nocturnas, los movimientos constante de mano, el morderse las uñas y las preocupaciones excesivas respecto al dinero y salud de los miembros de la familia. La respuesta dada por la terapeuta fue que estos síntomas se habían atenuado aunque aún persistían en el paciente. Por ejemplo las pesadillas, si bien ocurrían con menos frecuencia, aún estaban presentes, y los movimientos con las manos también. La irritabilidad general había disminuido pero la exigencia y los autorreproches persistían.

5.6. Cuarto objetivo: proponer la utilización de técnicas cognitivo conductuales complementarias en el tratamiento

Cuando se realiza un abordaje cognitivo conductual se analizan diferentes variables que existen alrededor del paciente, lo que habilita una flexibilidad en las intervenciones con las que se trabaja (Fridberg & McClure, 2002). Mediante el proceso de conceptualización, que es un proceso de análisis cognitivo, se deben analizar estos elementos sin perder de vista el objetivo terapéutico planteado (Beck, 2011). Como fue mencionado en el primer objetivo de este trabajo, el caso presentaba un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizado que, como tal, incluía síntomas cognitivos, conductuales, fisiológicos, intrapersonales e interpersonales. El tratamiento efectuado se focalizó principalmente en las relaciones interpersonales intentando modificar circuitos de conducta

que, en lugar de mejorar la situación, la agudizaban. Pero no se consideraron otras esferas que permitirían un abordaje más íntegro de la ansiedad, esferas que sí se incluyen en una perspectiva cognitivo-conductual con un alto nivel de eficacia (Kendall, 2012).

Considerando la esfera cognitiva, que incluye lo emocional (Bulacio, 2004), el niño manifestaba preocupaciones por diferentes temas. Por un lado su desempeño en la escuela, que de hecho fue la preocupación tomada para definir el motivo de consulta, y bajo la cual se direccionó el tratamiento. Pero también tenía preocupaciones por el dinero, a la oscuridad y a la enfermedad física y muerte. Este último tipo de preocupaciones no fue tomado en cuenta para la confección del tratamiento, y no se incluyó en la historia clínica. Una intervención propuesta para este objetivo del trabajo consiste en la psicoeducación a los padres. Mediante ésta técnica se los podría haber instruido sobre el nivel de preocupaciones que tenía el paciente, y así comprenderían cómo piensa el niño. Los niños ansiosos están constantemente preguntándose qué pasaría si ocurriese tal evento (Khodarahimi & Pole, 2010). Esto posibilita mayor empatía por parte de los padres al entender mejor qué le está sucediendo, reduciendo los enojos que puedan surgir de frustraciones a lo largo del tratamiento.

La ansiedad es una de las posibles respuestas ante el estrés (Bulacio, 2004). Es por este motivo que se entiende que esté acompañada por síntomas fisiológicos de activación inespecífica. En el registro de la quinta entrevista la terapeuta hizo una nota refiriendo a que el paciente había sido llevado de urgencia a un sanatorio la noche anterior ante síntomas de ansiedad. En el sanatorio se le realizaron varios estudios y los resultados fueron normales. Al interrogarse acerca de este episodio la terapeuta describió los síntomas como fatiga, falta de aire, sudoración y miedo intenso, es decir de tipo fisiológico. Luego de esta sesión se les instruyó al paciente y a la madre que ante una situación similar el niño respire en una bolsa de papel. Esto podría haber sido una aproximación a una técnica de respiración y relajación, pero no se le dio trascendencia en el tratamiento, e inclusive no se realizó un seguimiento en las sesiones siguientes para evaluar si lo había aprendido o no. La técnica de respiración es una forma voluntaria de contrarrestar los síntomas involuntarios causados por la activación del sistema nervioso autónomo (Nezu et al., 2006). Esta disminución de la activación tiene un efecto directo en la reducción de la ansiedad, y permite al paciente poder pensar más tranquilamente la situación. Cuando se trabaja con niños que tienen síntomas de ansiedad estas técnicas de respiración suelen ser más complicadas de instruir por lo que se recomienda que el niño aprenda a relajar grupos musculares por partes (Kendall, 2012). Esta forma de abordar la técnica de respiración hubiese sido útil para el caso presentado teniendo en cuenta que el paciente solía estar en constante movimiento, particularmente de sus extremidades.

Finalmente el tercer tipo de síntomas son los conductuales, que están asociados a la evitación. La preocupación excesiva inmoviliza al sujeto, por lo que éste opta por eludir ciertas actividades o circunstancias (Cia, 2002). En el caso analizado el niño evitaba los terrores nocturnos durmiendo con la madre. Para trabajar este tipo de síntomas se recomienda la utilización de la técnica de exposición en la cual se lleva al paciente a que gradualmente vaya confrontando la situación que evita, en escenarios controlados (Fridberg & McClure, 2002). A partir de la décimosegunda sesión se planteó que el paciente no durmiera más con la madre. Esta intervención no llegó a ser de exposición porque no se plantearon pasos graduales para la misma, sino que la sugerencia fue que se realice el cambio en las costumbres para dormir durante las vacaciones de invierno, cuando el niño estuviese menos exigido. En las posteriores sesiones no lo habían conseguido. Mediante un abordaje de exposición es posible facilitar en el paciente esta modificación de la conducta, ya que va ganando confianza al efectuar pasos de corto impacto. Para lograr esto se debe descomponer la acción en pequeñas partes, sin perder de vista el objetivo principal de exposición. Es importante destacar que para poder efectuar esta técnica el paciente ya debería tener un manejo de las técnicas de respiración previamente desarrollada, debido a que éstas le facilitarían la conclusión de metas mínimas, ya que se encontraría con la posibilidad de controlar los síntomas fisiológicos de ansiedad (Nezu, 2006)

Otra técnica cognitiva-conductual muy útil para trabajar con niños ansiosos es la automonitorización. Mediante este método el niño cuantifica lo que siente, y describe los pensamientos asociados además de detectar la situación que desencadenó los síntomas (Kendall, 2012; Nezu, et al., 2006). La utilización de esta técnica podría haber sido beneficiosa para que la terapeuta tenga mayor conocimiento de los síntomas del niño y de su evolución a lo largo del tratamiento. En la primera sesión la madre describió al niño como preocupado por muchos temas. Para poder conocer más como experimentaba el niño estas preocupaciones o qué las provocaban se podría haber aplicado esta técnica de registro de sus propias emociones. A su vez el reconocimiento de las circunstancias preocupantes y los síntomas asociados tendría un efecto de disminución de la incertidumbre que también ayudaría al paciente (Fridberg & McClure, 2002).

Uno de los objetivos que se planteó la terapeuta fue quitar el rótulo que había sobre el niño acerca de que se enfermaba mucho o era débil. Para esto utilizó, como ya se mencionó, técnicas narrativas. Esta técnica fue exitosa para que el niño pueda hablar de sus miedos y enfermedades sin sentir culpa. Otra forma de trabajar sobre las ideas distorsionadas de los pacientes es utilizando la reestructuración cognitiva. Cuando se la aplica con niños se les enseña no sólo a tener pensamientos positivos sobre sí mismos, sino que también se les da herramientas para confrontar pensamientos negativos. El caso presentado tenía un elevado nivel de síntomas de ansiedad, con preocupaciones

múltiples que lo llevaban a la irritación e inacción. Con esta técnica se podría haber desarrollado mayores recursos en el niño para que confronte esas ideas preocupantes mediante la asimilación de posibles soluciones a esos problemas (Kendall, 2012; Nezu et., 2006). Para este caso la reestructuración cognitiva podría haber tenido un gran valor, ya que principalmente podría haber mejorado sus percepciones respecto a la enfermedad y la muerte. Mediante la confrontación con ideas opuestas la terapeuta podría haber modificado esos pensamientos. Por otro lado uno de los síntomas presentes en el niño desde la primera entrevista fueron los terrores nocturnos, que eran tan intensos que lo despertaban en la mitad de la noche llorando fuertemente. La técnica de reestructuración cognitiva demostró ser muy eficaz para tratar las pesadillas y miedos a la noche y la oscuridad. Para trabajar las pesadillas se habla con el paciente de los diferentes contenidos recurrentes en las mismas y se les da otro marco de entendimiento. También se trabaja con él formas para modificar su desarrollo. Se ha comprobado que esto le da poder al niño sobre sus sueños (Fernandez, DeMarni Cromer, Borntrager, Swopes & Hanson, 2013). El abordaje de reestructuración cognitiva sobre los sueños junto con las intervenciones sobre los recursos del paciente podrían haber tenido una incidencia sobre sus pesadillas

6. Conclusiones

A lo largo del presente trabajo final de integración se buscó responder el objetivo de analizar un proceso terapéutico en un caso de un niño de 9 años que consulta por síntomas de ansiedad, desde la mirada del modelo estratégico de resolución de problemas.

El planteo del trabajo surgió de la práctica profesional realizada en el C que es una institución que presta servicios de psicoterapia bajo el marco teórico sistémico, y específicamente, considerando los modelos de terapia estratégica breve de resolución de problemas, tomando algunos abordajes de la escuela Milwaukee. 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 casos en apariencia similares.

Para contestar el objetivo general se crearon cuatro objetivos específicos que se orientaron hacia el análisis de las diferentes fases del tratamiento: la admisión y determinación de motivo de consulta, la elección de la estrategia y sus intervenciones aplicadas, el proceso de cambio y las posibles intervenciones que podrían haber ayudado en el caso. Previamente a responder estos objetivos se realizó una descripción del paciente y su entorno familiar y escolar para poder abordar el caso con mayores elementos.

El primer objetivo específico permitió analizar detalladamente la entrevista de admisión. Según el modelo MRI en ella se debe co-construir con el paciente el motivo de consulta. Como fue expuesto en el desarrollo de dicho objetivo el motivo de consulta se definió como la manera de ayudar a los padres a enfrentar los síntomas ansiosos del hijo, en función de su desempeño escolar. La terapia estratégica posibilita al terapeuta mirar un sistema completo, y a partir del mismo realizar recortes de problemas y también de subsistemas para poder realizar cambios que sean alcanzables por los miembros. Estas metas mínimas se definen mediante reformulaciones del problema, modificando el foco o la percepción que tienen los consultantes. Además, el análisis del sistema total habilita el trabajo con subsistemas, buscando aquellos integrantes más motivados para producir cambios (Casabianca & Hirsch, 1992; Haley, 1989; Wainstein, 2007; Watzlawick et al., 1974). Para este caso el abordaje sobre los subsistemas permitió trabajar en forma separada con el padre y la madre, evitando integrar conflictos de pareja a la terapia del niño. Por otro lado al trabajar con niños se trabaja también con los padres, hermanos, otros familiares y en casos hasta con la escuela, lo que hace de la mirada sistémica sobre las interacciones una forma muy enriquecedora de analizar la situación del paciente (Labrit & Pollan, 2007).

El motivo de consulta se construyó durante la entrevista de admisión, y para éste caso se realizó un recorte respecto del problema del paciente que, coherentemente con lo que plantea el modelo MRI, marcó el resto del tratamiento al haberse determinado la estrategia a partir de dicho motivo de consulta. Existe una predisposición a que los padres ansiosos tengan hijos con ansiedad (Bulacio, 2004; Caballo & Simon, 2004). La madre de este niño presentaba síntomas de ansiedad, como excesiva preocupación por la salud de su hijo y sus obligaciones en la casa, por lo que a lo largo del tratamiento se realizaron intervenciones sobre la ansiedad de ella para cortar el circuito ansioso que mantenía con el hijo. Es relevante destacar la importancia del circuito diagnóstico que ordena el desarrollo del caso, e inclusive la posterior evaluación sobre el éxito o no obtenido. Este rol del diagnóstico de circuito fue reiterado en todos los ámbitos en que se participó durante la práctica profesional, lo que denota su valor central para el desarrollo de la teoría y la formación de futuros profesionales.

Durante la admisión el terapeuta preguntó a la madre si creía que existía algún hecho que se podría relacionar con los cambios que presentaba el niño. La respuesta fue que sí, ella indicaba que percibía los cambios como posteriores a la operación de prolapso rectal del niño, con la muerte hacía dos años de la abuela materna con quien el niño pasaba muchas horas del día, con la muerte de su perro y por último también indicó las nuevas condiciones escolares como posiblemente vinculadas a los síntomas. Desde el abordaje sistémico la historia se utiliza únicamente con el fin de conocer las soluciones intentadas para abordar la situación ya que se considera que al caer en una

atemporalidad se puede analizar más certeramente el sistema que contiene el problema (Fiorenza, 2004; Wainstein, 2006).

Por otro lado cuando se trabaja con niños, la experiencia de terapeutas sistémicos manifiesta que no se puede desconocer varios aspectos del desarrollo del niño como los madurativos cognitivos, emocionales e intrapersonales (Labrit & Pollan, 2007). Para el caso presentado, la historia sobre las circunstancias de su operación no se registró de ninguna forma. Inclusive al entrevistar a la terapeuta, ésta carecía de información certera respecto a cómo había sido diagnosticado el prolapso, cuánto sufrió o no el niño dicho problema, y cómo fue el pre y post operatorio. Existe evidencia de que los niños pueden desarrollar ansiedad postoperatoria, y más aún si ya tenían síntomas de ansiedad preoperatoria (Wright, Stewart, Finley & Buffet-Jerrott, 2007). Conociendo el antecedente ansioso de la madre existía la posibilidad de que el niño ya tuviera síntomas ansiosos previos a la derivación del pediatra a terapia, o inclusive previos a la operación. Es relevante mencionar que el prolapso rectal presenta síntomas con elevada sensación de dolor (Ehrenpreis, 2003) y que existe una relación entre el sufrimiento por dolor físico intenso y el desarrollo posterior de síntomas de ansiedad. Es por estos motivos que probablemente hubiese sido de valor diagnóstico contar con mayor información respecto de las circunstancias de la enfermedad del niño.

Durante la segunda parte del desarrollo se pudieron analizar las diferentes intervenciones que se utilizaron en el caso. Cuando se trabaja desde el abordaje sistémico se entiende a las intervenciones como ruido significativo que realiza un observador exterior, que modifica las premisas de conducta del sistema, y producen un cambio en el mismo (Keeney & Ross, 1987). Para el caso estudiado, las intervenciones se dirigieron a los recursos de los miembros del sistema familiar con el objetivo de bloquear el circuito ansioso padres-hijo y de intentar modificar el rótulo de niño enfermo. Teniendo en cuenta este objetivo sobre la etiqueta que presentaba el niño como enfermo fue muy provechoso que el abordaje haya sido sistémico y no se haya centrado en su pasado clínico. De haber focalizado la terapia en sus enfermedades podría haberse incrementado su autopercepción de enfermo. Pero de todas formas, por tratarse de un niño, es importante considerar la historia de desarrollo del mismo, lo cual incluye la historia de salud y enfermedad, más aún en un caso que, según informan los padres, padeció tanto físicamente, para descartar causas orgánicas en las patologías. Como se indicó en el desarrollo, para trabajar sobre las creencias del niño como enfermo se podría haber utilizado la técnica de reestructuración cognitiva. Para la misma es preciso conocer las circunstancias en que está creencia se formó.

La estrategia sobre recursos implica reforzar aquello que paciente ya sabe o aprendió para poder concretar soluciones y busca centrarse justamente en resolver el problema más que en el

problema en sí mismo (de Shazer, 1989, 1995). Durante el segundo objetivo de este trabajo se describió cómo se utilizó el abordaje sobre los recursos tanto en los padres y al niño. Respecto a los padres, la terapeuta los impulsaba a dar más valor a sus propias capacidades para apoyar al niño. También mediante la prescripción de espacios de ocio con ambos padres se reforzaba la idea de que podían pasar un tiempo de divertimento y aún así estar cuidando al hijo. Se reforzaron los recursos del niño ante la mirada de los padres enfatizando la idea de su capacidad para reponerse ante circunstancias difíciles. Esta estrategia sobre los recursos es coherente con una de las premisas de la psicología estratégica de resolución de problemas que considera que el sujeto tiene la potencialidad para solucionar sus problemas, lo que requiere a veces es de un poco de ayuda (Kopec, 2007).

Siguiendo el tercer objetivo se analizó el cambio que el sistema fue realizando a lo largo de las sesiones. Este cambio es consecuencia directa de las intervenciones sobre las que trabajó la terapeuta y permitió entender el uso de las mismas en función al bienestar del paciente.

El objetivo central se expone en función al problema planteado. El cambio buscado es un cambio total, sistémico. Las personas tienen la buena voluntad de buscar soluciones a sus problemas o de los que están cerca de ellos, pero éstas muchas veces solo lo agravan, no por incompetencia sino porque para producir un cambio se debe modificar el cuadro semántico de las soluciones intentadas, tarea que ayuda a realizar el terapeuta (Casabianca & Hirsch, 1992; Keeney & Ross, 1987; Watzlawick et al., 1974). Mediante prescripciones a los padres se modificó este circuito habilitando espacios de comunicación libre y esparcimiento que ayudaron a disminuir la ansiedad del niño. Los niños ansiosos suelen ser muy críticos con ellos mismos (Kendall, 2012). El crear nuevos espacios familiares y nuevas formas de vincularse permitió relajar por momentos la auto exigencia del paciente, generando un cambio en el sistema. Este cambio fue percibido fuertemente por el padre y la madre. La historia clínica no indicaba detalles sobre como percibía el niño estas modificaciones. Al ser interrogada la terapeuta contestó que en general estaba mejor. Una forma de enriquecer el conocimiento de los cambios podría haber sido mediante el conocimiento más directo de la percepción del propio paciente.

Por último en este trabajo se propuso realizar intervenciones cognitivo conductuales principalmente debido a la naturaleza de abordaje amplia que suponen los niños cuando se consideran varias esferas de su persona. Las intervenciones sugeridas se incluyeron con el objetivo de trabajar en forma directa sobre los síntomas del paciente, que son pertenecientes a varios ejes. Mediante la respiración se podría haber enseñado al niño a controlar los síntomas fisiológicos. Mediante el automonitoreo el paciente estaría frente a la posibilidad de conocer mejor las circunstancias, los pensamientos y las emociones asociados a los momentos de mayor ansiedad, lo cual contribuiría a la disminución del miedo y las preocupaciones. Una vez conocido mejor los

síntomas se podría haber intentado realizar un abordaje de exposición a situaciones concretas como la oscuridad, o ciertas situaciones escolares que le provocaban ansiedad. Finalmente, podrían haberse trabajado las creencias disfuncionales del niño lo cual hubiese modificado su percepción respecto a la muerte y la enfermedad, resultando en una menor ansiedad asociada a estas ideas (Fridberg & McClure, 2002; Kendall, 2012; Nezu et al., 2006).

En cuanto a las fuentes de información disponibles para la concreción del presente trabajo, se accedió sin restricciones a la historia clínica del paciente y al video sobre la entrevista de admisión. La información utilizada surgió también de una entrevista que se le realizó a la terapeuta, quien se mostró muy accesible a contestar con aquellos datos que tenía a disposición. Un dato que hubiese sido de valor pero al cual no se pudo tener acceso fueron las hojas de respuesta y dibujos que el niño completó durante la etapa de psicodiagnóstico. Esta información podría haber aportado nuevas líneas para indagar acerca del paciente. Otra limitante fue no haber tenido acceso a ningún video o cámara Gesell de la cual participase el niño. Si bien la información clínica era mucha, la observación de este tipo de material siempre puede aportar nuevas percepciones acerca del caso.

Un segundo tipo de limitantes fueron en realidad ocasionadas por el recorte que se realizó del problema, concordante con la teoría sistémica con la cual la terapeuta trabajó el caso. Al intentar presentar intervenciones cognitivas alternativas, se enfrentó mucha falta de información debido a la manera en que se presenta la historia clínica. Sin embargo, esta forma es totalmente concordante con los puntos en los que hace foco la teoría del MRI. Al indagar a la terapeuta sobre estos puntos que estaban por fuera de la esfera de su tratamiento, es evidente que las respuestas no aportaron muchos más datos ya que no estaban en la estrategia con la que estaba trabajando.

Más allá de estas limitaciones, la autora de este trabajo considera que se cumplió con el objetivo de analizar un proceso terapéutico de un niño ansioso abordado desde la teoría estratégica del MRI. La elaboración realizada permitió entender las implicancias del abordaje analizado, y sus resultados. El estudio detallado de la construcción del motivo de consulta permitió conocer la forma en que se recorta el sistema para poder definir un problema que sea solucionable para éste. Se pudo comprobar cómo el enfoque sobre las interacciones habilita la utilización de diferentes intervenciones en los miembros más motivados del sistema otorgando mayor flexibilidad de maniobra. También el trabajo permitió considerar otras líneas de intervenciones para la terapia con niños ansiosos complementarias con la teoría sistémica.

La evaluación final sobre el caso es que se logró un cambio respecto del motivo de consulta. Sin embargo, el paciente continuaba presentando ciertos síntomas asociados a la ansiedad. Quedaría como futuras líneas de desarrollo realizar un trabajo de profundización sobre la historia de

enfermedades del niño y su implicancia en los síntomas actuales, en particular la operación de prolapso rectal, y su afectación o no sobre los miedos y preocupaciones que presentaba el paciente.

7. Referencias bibliográficas

- Adán, M., & Piedrabuena, S. (2007). Diagnóstico y estrategia en psicoterapia. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.). *Qué y cómo*. (pp 31-48). Buenos Aires: Dunken.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a ed., text rev.). Washington, DC: Autor.
- Bateson, G., Ferrerira, A., Jackson, D. D., Lidz, T., Weakland, J., Wynne, C., & Zuk, G. (1974). *Interacción familiar. Aportes fundamentales sobre teoría y técnica*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Beck J. S. (2011). *Cognitive behaviour therapy: basics and beyond*. (pp 29-45). New York: The Guilford Press
- Bulacio, J. M. (2004). *Ansiedad y estrés en la práctica clínica*. Buenos Aires: Librería Akadia.
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (1992). *Cómo equivocarse menos en terapia*. Buenos Aires: Gabas editorial y asociados.
- Caballo, V., & Simón, M. A. (2004). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Buenos Aires: Pirámide Ediciones SA.
- Cazabat, E. (2007). Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.). *Qué y cómo*. (pp 15-20). Buenos Aires: Dunken.
- Cia, A. (2002). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Paidós.
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar breve*. Buenos Aires: Paidós.
- De Shazer, S. (1995). *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.
- Ehrenpreis, E. (2003). *Anal and rectal diseases explained*. London: Remedical.
- Fernandez, S., DeMarni Cromer, L., Borntreger, C., Swopes, R., & Hanson, R. (2013). A Case Series: Cognitive-Behavioral Treatment (Exposure, Relaxation, and Rescripting Therapy) of Trauma-Related Nightmares Experienced by Children, *Clinical Case Studies*, 12(1), 39-59. Doi: 10.1177/1534650112462623
- Freeman, J., Epston, D., & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*. España: Paidós.
- Friedberg, R., & McClure, J. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Haley, J. (1989). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1996). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Hirsch, H., & Rosales, H. (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales*. Buenos Aires: Nadir.
- Jong, P., & Miller S. (1995). How to interview for clients strengths, *Social work*, 40(6), 729-736.
- Keeney, B. P., & Ross, J. M. (1987). *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kendall, P. C. (2012). Anxiety disorders in youth. En P. C. Kendall (Comp). *Child and adolescent therapy*. (pp 143-189). New York: The Guilford Press.
- Khodarahimi, S., & Pole, N. (2010). Cognitive Behavior Therapy and Worry Reduction in an Outpatient With Generalized Anxiety Disorder, *Clinical Case Studies*, 9(1), 53-62. Doi: 10.1177/1534650109351306
- Kopec, D. (2007). El diseño de la terapia estratégica. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.). *Qué y cómo*. (pp 21-30). Buenos Aires: Dunken.
- Labrit, M., & Pollán, N. (2007). Modelo de intervenciones estratégicas en la consulta por niños. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.). *Qué y cómo*. (pp 141-156). Buenos Aires: Dunken.
- Nardone, G. (1995). *Miedo, pánico, fobias. La terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Nezu, A., Nezu C., & Lombardo, E. (2006). *Fomulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales*. México: El manual moderno.
- Tsao, J., Allen, L. B., Evans, S., Lu, Q., Myers, C., & Zeltzer, L. (2009). Anxiety Sensitivity and Catastrophizing: Associations with Pain and Somatization in Non-clinical Children, *Journal of Health Psychology*, 14(8), 1085-1094. Doi: 10.1177/1359105309342306
- Wainstein, M. (2006). *Comunicación un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2007). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Woo, A. K. M. (2010). Depression and Anxiety in Pain, *Reviews in Pain*, 4(1), 8-12. Doi: 10.1177/204946371000400103
- Wright, D., Stewart, S. H., Finley, G., & Buffet-Jerrott, S. E. (2007). Prevention and Intervention Strategies to Alleviate Preoperative Anxiety in Children A Critical Review, *Behaviour Modification*, 31(1), 52-79. Doi: 10.1177/0145445506295055