

# Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

## Trabajo Final de Integración

“Intervenciones cognitivo-conductuales y sistémicas en un niño de ocho años con Trastorno de Ansiedad Generalizada y su vinculación con el estilo de apego inseguro”.

- Autor: Coria Daniela Mariana
- 
- Tutora: Dra. Nora Inés Gelassen

<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1. LA TEORÍA DEL APEGO.....</b>	<b>4</b>
2.1.1. Antecedentes históricos y definición.....	4
2.1.2. Principales conceptos de la Teoría del Apego.....	7
<b>2.2. LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA.....</b>	<b>10</b>
2.2.1. Los trastornos de ansiedad desde el paradigma Cognitivo-Conductual. Antecedentes históricos y conceptos fundamentales.....	10
2.2.2. La ansiedad y sus trastornos en la infancia.....	12
<b>2.3. EL MODELO ESTRUCTURAL DE TERAPIA SISTÉMICA.....</b>	<b>15</b>
2.3.1. Antecedentes históricos y conceptos fundamentales.....	15
2.3.2. La estructura del sistema familiar.....	17
<b>2.4. LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.....</b>	<b>18</b>
2.4.1. Antecedentes históricos y conceptos fundamentales.....	18
2.4.2. La Terapia Cognitivo-Comportamental en niños.....	20
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1. TIPO DE ESTUDIO.....</b>	<b>23</b>
<b>3.2. PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS.....</b>	<b>23</b>
<b>3.3. PARTICIPANTE.....</b>	<b>24</b>
<b>4. DESARROLLO.....</b>	<b>24</b>
<b>4.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO.....</b>	<b>24</b>
<b>4.2. EL ESTILO DE APEGO INSEGURO:   UNA HIPÓTESIS ETIOLÓGICA.....</b>	<b>28</b>
<b>4.3. EMERGENCIA DE LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD   GENERALIZADA DESDE LA PERSPECTIVA ESTRUCTRAL SISTÉMICA.....</b>	<b>33</b>
4.3.1. Diagnóstico estructural del sistema familiar.....	33
4.3.2. Modificación de la estructura familiar. Intervenciones sobre estilos transaccionales, límites y subsistemas.....	38
<b>4.4. INTERVENCIONES COGNITIVO COMPORTAMENTALES PARA EL TRATAMIENTO DEL   TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.....</b>	<b>44</b>
<b>5. DISCUSIÓN FINAL.....</b>	<b>53</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>56</b>
<b>7. ANEXO.....</b>	<b>59</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se desarrolló en el marco de la materia *Práctica y Habilitación Profesional* de la carrera *Licenciatura en Psicología* de la *Universidad de Palermo*. Dicha

práctica consistió en la concurrencia de 320 horas a una institución abocada a la salud mental, garantizando así una experiencia laboral supervisada y concreta previa a la obtención del título de grado.

La institución elegida fue en un *Hospital Interzonal General de Agudos*. La concurrencia se realizó en el servicio de Psicopediatría entre los meses de Agosto y Diciembre del 2009, en el horario de 9:00 a 13:00 hrs.

Dicho servicio permite a los pasantes, acompañados por los profesionales psicólogos que allí trabajan, insertarse laboralmente en sus dos áreas fundamentales de intervención:

1) Salas de internación pediátrica.

Ya sea respondiendo a la solicitud de interconsulta de otro profesional (pediatras, asistentes sociales, educadores) o en su recorrido diario por las diversas salas, el psicólogo interviene con el propósito de recabar información acerca de las circunstancias vitales que rodean al niño y a su familia (contexto socio-económico, hechos de violencia, negligencia o abuso sexual, patología intrafamiliar, etc.). El objetivo radica en la detección temprana de aquellos factores de riesgo que vulneran la integridad psíquica y/o física del niño, como así también en la definición y puesta en marcha de estrategias de intervención que promuevan y garanticen su bienestar.

Asimismo, en sus visitas a las salas de internación, el psicólogo busca estrechar el vínculo con los adultos que acompañan al niño internado –principalmente su madre- con el fin de brindarles la contención emocional y el asesoramiento necesarios para que puedan operar eficazmente en su rol de cuidadores. Se buscan minimizar los efectos potencialmente traumáticos y ansiógenos concomitantes a la experiencia de internación y favorecer la adherencia al tratamiento médico.

2) Consultorios externos.

En este contexto se brinda asistencia psicoterapéutica a niños, adolescentes y familias. Los pacientes concurren a la institución por derivación escolar, médica o por demanda espontánea de sus padres o cuidadores.

Se realiza una entrevista de admisión con los padres o responsables del menor con el fin de recabar información biográfica relevante sobre el paciente y su desempeño en las distintas áreas de actividad –escuela, relaciones interpersonales, familia-. Además, se busca conocer la estructura y dinámica de su grupo familiar de pertenencia, como así también de

su entorno socio-cultural más próximo. En este encuentro se define el motivo de consulta y delinear los objetivos y la orientación del tratamiento.

Posteriormente, el paciente es asignado por la directora del servicio a alguno de los profesionales del equipo. El servicio cuenta con profesionales formados en la vertiente de distintas escuelas –psicoanalítica, cognitivo-conductual, EMDR y sistémica- que conforman un grupo de trabajo versátil para la atención de una amplia gama de afecciones psicológicas. Los tratamientos transcurren con una frecuencia semanal, siendo las sesiones de aproximadamente cuarenta y cinco minutos.

A partir de la observación de los pacientes tratados en el servicio de psicología pediátrica del hospital, se efectuó la selección del tema sobre el que versa este trabajo.

Su *objetivo general* radica en la descripción del caso clínico de un niño de ocho años con un Trastorno de Ansiedad Generalizada y su tratamiento psicoterapéutico, conducido desde una perspectiva cognitivo-conductual y sistémica.

Además, en virtud de la experiencia clínica realizada, fueron formulados los siguientes *objetivos específicos* a desarrollar:

- 1- Analizar la incidencia del estilo de apego materno-filial sobre el cuadro de ansiedad del niño.
- 2- Analizar el comportamiento ansioso del niño en tanto emergente de la estructura de su sistema familiar.
- 3- Describir las intervenciones cognitivo-comportamentales realizadas para tratar los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. LA TEORÍA DEL APEGO**

### 2.1.1. Antecedentes históricos y definición

John Bowlby, médico y psicoanalista británico, inició su labor como psiquiatra infantil en 1936 en la London Child Guidance Clinic, siendo luego responsable del Departamento para niños y padres de la clínica Tavistock. Desde entonces, su experiencia clínica lo llevó a centrar su atención en las interacciones familiares y en los efectos nocivos de la separación temprana, la pérdida y la privación de los cuidados maternos.

Desde 1939 hasta principios de 1960, Bowlby fue un miembro activo de la Asociación Psicoanalítica Británica. Si bien basó su abordaje en el pensamiento psicoanalítico, consideraba que éste no daba respuestas satisfactorias sobre la naturaleza y las vicisitudes del vínculo temprano entre el niño y sus cuidadores, por lo que desechó la metapsicología tradicional freudiana sustituyéndola por un nuevo paradigma basado en la etología y la psicología evolutiva (Marrone, 2005).

Como lo explicara él mismo, hasta la mitad de la década del 50 prevaleció en los círculos psicoanalíticos la opinión de que los lazos afectivos se desarrollan debido a la necesidad humana de contar con otros que satisfagan ciertos impulsos: el de ser alimentado en la niñez y el sexual en la vida adulta. Mientras que estas necesidades eran postuladas como pulsiones primarias o libidinales, se consideró a la necesidad de establecer estrechos vínculos interpersonales como una pulsión secundaria.

Precisamente, lo esencial del paradigma propuesto por Bowlby (1989) consiste en que los dolores, las alegrías y el significado de los vínculos de apego no pueden ser reducidos a una pulsión de segundo orden sino que, por el contrario, la *conducta pulsional de apego* es primaria y tiene un status propio.

En su búsqueda por comprender esta conducta, Bowlby desarrolló un marcado interés por la etología. Los trabajos de Konrad Lorenz sobre la impronta filial en pájaros y los de Harry Harlow desarrollados con las crías de monos rhesus demostraron que, en efecto, tanto en la especie humana como en otros animales, la conducta de búsqueda de proximidad hacia una figura materna forma parte de una herencia arcaica cuya función es la supervivencia y protección de la descendencia, y que esta tendencia es relativamente independiente de la oralidad o la alimentación (Marrone, 2005).

Tomando por modelo la biología moderna, Bowlby (1989) propuso un modelo cibernético para definir la conducta pulsional de apego, según el cual ésta debía seguir un

curso predecible en todos los seres humanos, siendo activada y concluida por condiciones específicas.

Así, hacia el final del primer año de vida, la conducta de apego en un niño se activaría inmediatamente por la aparición de un estímulo extraño (la oscuridad repentina o un ruido intenso), por la separación brusca o la falta de acceso a la figura de apego y por determinados estados internos (fatiga, hambre, enfermedad o dolor). Las condiciones que hacen cesar esa conducta varían de acuerdo a la intensidad de su activación: si esta es baja, bastará con ver u oír a la figura de apego en tanto señal de que ella reconoce la presencia del niño, en cambio, si la intensidad es alta, podrá requerir que el niño la toque o se aferre a ella y, si la angustia y la ansiedad llegan a un grado máximo, solo será efectivo un abrazo prolongado.

De acuerdo con Marrone (2005), este modelo de pulsión difiere sustancialmente del propuesto por el psicoanálisis clásico. Dicha teoría sostiene que el recién nacido se halla en un estado de *narcisismo primario*, cerrado con respecto a los estímulos del mundo externo y que la vida interpersonal es un epifenómeno de procesos psíquicos generados internamente. En cambio, Bowlby postuló que la pulsión de apego sólo podría funcionar efectivamente dentro de un sistema social, por lo que propone un individuo activamente comprometido desde el principio de su vida en un contexto intersubjetivo que lo expone a experiencias reales y la exige respuestas recíprocas.

Otro punto de inflexión fundamental respecto del paradigma psicoanalítico está dado por el modelo sobre el desarrollo normal y el psicopatológico. De acuerdo con las teorías del desarrollo que incluyen la noción de fases libidinales de Freud, la energía que tiene su raíz en la pulsión sexual cambia la fuente de excitación (zona erógena) y su objeto (catexia) a lo largo de una línea de progresión. En este recorrido pueden ocurrir detenciones (fijaciones) o inversiones (regresiones) en alguna fase, determinando la emergencia de psicopatología.

Adoptando el concepto de *vías evolutivas* propuesto por el biólogo Conrad Hal Waddington, Bowlby (1989) sostuvo que la personalidad humana se desarrolla incesantemente a lo largo de una serie de caminos posibles cuya elección dependerá, en cada etapa, de la interacción entre el organismo y su entorno. Así, desde el nacimiento, la elección de la vía potencial dependerá de la interacción entre la constitución biológica del

neonato y su familia y, más tarde, entre su estructura de personalidad y su entorno familiar y social más amplio.

En este proceso, el modo en que se organiza la conducta de apego juega una función determinante en la elección de la vía de desarrollo. Las experiencias reales de la infancia y la adolescencia, el trato efectivamente recibido por parte de las figuras de apego (principalmente los padres), conducen a la construcción de los *Modelos Operativos Internos* (MOI). Estos consisten en representaciones mentales que operan de modo inconsciente, determinando las expectativas respecto del comportamiento de los otros significativos y del mundo circundante y, consecuentemente, reduciendo el número de caminos que el sujeto encontrará abiertos y disponibles para su evolución (Bowlby, 1980).

Como explica Marrone (2005), esta concepción interactiva del desarrollo implica pensar la psicopatología como resultado de que el individuo haya tomado una vía por debajo de la óptima, justo al comienzo o en algún punto durante el transcurso de la niñez o la adolescencia. Si bien el viraje hacia una vía más o menos favorable puede ocurrir en virtud de los cambios en las relaciones significativas del sujeto, este proceso ya estaría determinado por el desarrollo anterior, de modo que cuanto más tiempo se haya seguido un camino desviado, menor será la probabilidad de que las condiciones favorables lleven a un curso cercano a lo óptimo.

En virtud de estos desarrollos, Bowlby (1977) define a la *Teoría del Apego* como una forma de conceptualizar la tendencia humana a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas, y de explicar la amplia variedad de padecimientos emocionales (ansiedad, depresión, ira, alejamiento emocional) y trastornos de la personalidad que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva.

Según el autor, la conducta de apego persigue el objetivo de obtener o conservar la proximidad con otro individuo claramente identificado, al que se considera mejor capacitado para enfrentar el mundo y que está dispuesto a prestar su ayuda en una situación de emergencia. Saber que la figura de apego es accesible y sensible brinda al individuo un fuerte sentimiento de seguridad y lo alienta a valorar y continuar la relación.

### **2.1.2. Principales conceptos de la teoría del apego.**

a) Los modelos operativos internos (MOI).

De acuerdo con Casullo y Fernández Liporace (2005), la teoría de Bowlby sostiene que la organización del sistema de apego requiere de procesos cognitivos complejos. Las autoras explican que el modelo de interacción entre el niño y sus padres se convierte en un Modelo Operativo Interno (MOI) es decir, en un sistema representacional que incluye conceptos acerca del sí mismo y del otro, así como expectativas respecto de la relación.

Los MOI se construyen en virtud de las experiencias reales de exploración del entorno. En caso de que el infante sea expuesto a una situación de peligro, la proximidad del cuidador constituirá una base segura a la que retornar en búsqueda de consuelo y protección garantizando un apego seguro, caso contrario, si el cuidador no está disponible y no es receptivo a sus requerimientos, el niño experimentará inseguridad, miedo y ansiedad. A su vez, el modelo de sí mismo que el niño construye en sus experiencias cotidianas, refleja también las imágenes que sus padres tienen de él y que le son comunicadas a través de sus tratos y palabras.

Así, las expectativas de accesibilidad o privación que caracterizaron los vínculos tempranos se incorporarán a los distintos modelos internos del funcionamiento del apego y serán transferidas a las relaciones futuras del sujeto, actuando como guiones que determinarán sus experiencias, afrontamientos y emociones patogénicas. Los MOI estructuran las respuestas cognitivas y emocionales ya que condicionan a prestar atención e interpretar sólo aquellos aspectos de una relación que están vinculados con los modelos previos.

Su estabilidad se pone en riesgo cuando no encajan con las circunstancias del entorno y los requerimientos de los intercambios sociales, esto obligará al individuo a resignificar sus experiencias y acomodar parcialmente sus modelos a la realidad que vive.

b) La respuesta sensible como organizador psíquico.

Marrone (2005) destaca la importancia de aquello que, en la Teoría del Apego, se ha denominado *respuesta sensible*. Se trata de un organizador psíquico fundamental para el desarrollo ulterior del sujeto que se constituye a partir de sus primeras vivencias de apego.

Durante la infancia, la respuesta sensible de los padres incluye ganar acceso a los



estados mentales del niño y notar las señales que este emite, interpretarlas y responder apropiada y rápidamente a ellas. El despliegue de estos procesos cognitivo-emocionales complejos supone la movilización de los Modelos Operativos Internos de los propios padres.

El déficit en la sensibilidad parental existe cuando el cuidador fracasa en atribuir significados a los contenidos mentales y necesidades del niño, impidiéndole apoyarlo en la consecución de sus estados positivos y deseos. El cuidador que, incluso sin notarlo, es insensible al niño, le transmite que sus señales de solicitud de cuidados no son efectivas o, incluso, que son contraproducentes (por ejemplo, al hacer que el niño se sienta mal consigo mismo cuando experimenta una gran necesidad de ayuda y de ser tranquilizado).

En la niñez, una característica de la respuesta sensible es la capacidad parental de percibir al niño como un ser humano con su propia individualidad. Esto implica ofrecerle una *base segura* para que pueda desarrollar de manera autónoma conductas exploratorias del medio ambiente material y social. Se trataría, en palabras del autor, de una “libertad guiada”, acompañada de un posicionamiento de interacción reflexiva con el niño, lo que propicia respuestas amorosas, cooperativas y recíprocas y el surgimiento de un sentimiento de integración del self y de autovaloración.

### c) Los estilos básicos de apego.

Ainsworth (1978) ha propuesto el fenómeno denominado *usar a la madre como una base segura desde donde explorar*. Este fenómeno se basa en la idea de que si el sistema de apego se encuentra activado con baja intensidad, la situación permite que el sistema exploratorio del niño sea activado en un grado mayor por aspectos novedosos del ambiente.

La presencia de un vínculo de apego satisfactorio con los padres se halla indisociablemente ligada a la presencia de un sentimiento de seguridad en los niños, de modo que si éste confía en que sus figuras de apego están disponibles de forma constante es más probable que se aventure y explore el mundo, desarrollando un sentimiento básico de destreza y eficacia ante las dificultades que pudiera encontrar.

De acuerdo con Marrone (2005), desde el año hasta los dos años y medio de vida, el establecimiento simultáneo de la locomoción autónoma y de la representación simbólica (incluido el lenguaje), imponen una reestructuración importante de la relación entre los dos

*sistemas motivacionales primarios*, el apego y la exploración, que se continuará a lo largo de toda la vida. El balance situacional entre ambos será determinante de un apego seguro, los padres deben aprender a proporcionar un conjunto equilibrado de conductas de cuidado complementarias: conductas de protección que brinden sostén y seguridad, a la vez que permitan la independencia y estimulen al niño a explorar sin temor.

Mediante un procedimiento estandarizado de laboratorio denominado “Situación Extraña”, Ainsworth (1971) y su equipo evaluaron el apego en niños entre 12 y 24 meses de edad. En virtud de las puntuaciones obtenidas identificaron los siguientes estilos de apego (Marrone, 2005):

- *El estilo seguro* (tipo B). El niño confía en que sus figuras de apego serán accesibles, sensibles y colaboradoras si se encuentra en una situación adversa o atemorizante. Dotado de seguridad, se atreve a explorar el mundo.

- *El estilo ansioso evitativo* (tipo A). El niño no confía en que su búsqueda de cuidados redundará en una respuesta servicial por parte de su madre sino que, por el contrario, espera ser constantemente rechazado. Así, experimenta una vida sin el amor y el apoyo de otras personas, por lo que intenta volverse emocionalmente autosuficiente y minimiza el significado de las relaciones íntimas en su pensamiento, en su mundo emocional y en su vida cotidiana.

Estos niños han sido forzados a una independencia prematura con negación de sus necesidades, se muestran arrogantes y opositores y, debido a la naturaleza rígida de sus defensas, suelen dar la falsa impresión de ser emocionalmente maduros y estables.

- *El estilo ansioso o ambivalente* (tipo C). Las conductas de apego se encuentran activadas en un nivel alto. Estos niños se caracterizan por un sentimiento de inseguridad acerca de la accesibilidad de sus progenitores y de su posibilidad de responder de forma sensible. Esta incertidumbre genera una tendencia a la separación ansiosa y al aferramiento, como así también un acusado temor y ansiedad ante la exploración del mundo

En este estilo el conflicto es evidente. Se ve favorecido por padres que se muestran accesibles y colaboradores solo por momentos, por separaciones y amenazas de abandono utilizadas como medio de control.

Estos niños son más proclives a la victimización y a la falta de estabilidad afectiva, mostrándose irritables y perdiendo fácilmente el control de sus emociones. Los define su

disposición a establecer relaciones ansiosas y ambivalentes: esperan amor y cuidados y, al mismo tiempo, temen ser rechazados, por lo que aumentan sus reclamos de atención y se niegan a que se los deje solos.

## 2.2. LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA

### 2.2.1. Los trastornos de ansiedad desde el paradigma Cognitivo-Conductual.

#### **Antecedentes históricos y conceptos fundamentales.**

De acuerdo con Cía (2002), la palabra *ansiedad* proviene del latín *anxietas* que significa congoja o aflicción. Según el autor, la *ansiedad normal* se define como una emoción psicobiológica básica ligada al instinto de autoconservación de la especie que resulta adaptativa ante un desafío o peligro presente o futuro. En cambio, la *ansiedad patológica* es una respuesta exagerada, no necesariamente ligada a una situación o amenaza externa, que perturba diversos aspectos de la vida cotidiana y de las relaciones del sujeto, pudiendo tornarse incapacitante y condicionante de su conducta.

Históricamente, el estudio de la ansiedad y sus trastornos en la infancia remite al campo del psicoanálisis y al del conductismo.

Como lo explican Bunge, Gomar y Mandil (2008), ya en 1894 Sigmund Freud realizó su primera aproximación a la ansiedad al distinguir el cuadro de la *Neurosis de Angustia*. Más adelante, el historial del *Pequeño Hans* de 1909 constituyó una piedra angular de la teoría psicoanalítica en la indagación de la ansiedad infantil.

Desde este paradigma, los trastornos de ansiedad fueron inicialmente abordados mediante la teoría libidinal, según la cual eran productos de conflictos sexuales. Luego, esta noción fue ampliada por el modelo estructural que consideraba a la ansiedad como una reacción psicológica del Yo. Se planteó que tenía una función de señal que conducía al Yo a adoptar medidas defensivas ante el peligro de las fuerzas instintivas del Ello (Cía, 2002).

Otro abordaje históricamente relevante en la investigación de la ansiedad infantil fue desarrollado por John Watson desde el Conductismo. Siguiendo el modelo del condicionamiento clásico, el caso del *Pequeño Albert* dio origen al concepto de que el temor de un niño hacia un estímulo previamente neutro (por ejemplo, un conejo) podía

producirse mediante su asociación con otro estímulo aversivo, tal como un golpe que emitiera un ruido atemorizante (Watson & Rayner, 1920).

Según Bunge, Gomar y Mandil (2008), estos descubrimientos permitieron que se enfatizara la importancia de la teoría del aprendizaje, dando lugar a los estudios y teorías que sustentan a la *Terapia Cognitivo Comportamental* (TCC), reconocida por su probada efectividad en el tratamiento rápido y sostenido de estos trastornos.

De acuerdo con Cía (2002), el enfoque teórico de la TCC desarrollado por Beck y Emery tiene el mérito de ser el primer intento sistemático de brindar una teoría cognitiva para la ansiedad. Estos autores propusieron que determinados esquemas cognitivos y pensamientos automáticos son típicos de los estados de ansiedad y juegan un rol crucial en el mantenimiento de sus trastornos.

Beck y Emery (1979) comprobaron experimentalmente que, como resultado de la activación de sus esquemas asociados, los individuos ansiosos procesan de modo selectivo la información relativa a peligros personales. Su sesgo cognitivo los torna hipersensibles a los aspectos potencialmente dañinos de una situación, mientras que no tienden a responder igual a sus aspectos positivos o benignos. Además, estos pacientes tienden a interpretar los estímulos ambiguos de manera amenazante.

A su vez, afirman que los sujetos ansiosos utilizan gran parte de su capacidad cognitiva para escanear y percibir los estímulos adversos, hecho que restringe severamente la disponibilidad de sus recursos para atender a otras demandas cotidianas.

La importancia de los factores cognitivos en la determinación de los estados emocionales ha sido enfatizada por Lazarus (1984), quien propuso una serie de *evaluaciones cognitivas* que intermedian dichas respuestas ante los eventos del entorno.

La *evaluación primaria* (*primary appraisal*) implica determinar la peligrosidad de un suceso en relación al propio bienestar, como benigno o estresante, para luego desplegar alguna de las posibles salidas: 1) aceptación de los acontecimientos, 2) decidir actuar, 3) decidir que se requiere más información.

La *evaluación secundaria* (*secondary appraisal*) comprende un cotejamiento de los recursos disponibles para afrontar la situación, tanto personales como del entorno. Estos recursos se expresan en comportamientos tendientes a la acción, a alteraciones de la situación, a la huida, etc. También comprenden las estrategias de afrontamiento emocional

y las maneras de lidiar con los afectos suscitados, tales como tácticas de distorsión y negación de la realidad, evitación cognitiva y/o física del estresor, búsqueda interpersonal de apoyo emocional y de medidas de seguridad.

En consonancia con estos planteos, Beck, Emery y Greenberg (1985) sostienen que en los trastornos ansiedad convergen *distorsiones cognitivas* de dos tipos: por un lado, se sobrestima la amenaza y el costo o significado que se le asigna y, por el otro, se subestima la propia capacidad de afrontamiento y los recursos o factores de rescate disponibles. Los esquemas amenaza-peligro-vulnerabilidad están continuamente activados, seleccionando en el entorno o en el sí-mismo la información que confirme la futura amenaza-riesgo-catástrofe.

Asimismo, afirman que la ansiedad tiende a mantenerse debido a que las conductas y modos de procesamiento cognitivo impiden la desconfirmación de las creencias catastróficas. Las conductas de evitación, la atención selectiva en las amenazas y las medidas de seguridad adoptadas, impedirán que el sujeto desarrolle los recursos de afrontamiento necesarios para poder manejar y controlar su malestar.

### **2.2. 2. La ansiedad y sus trastornos en la infancia.**

Varios temores forman parte del crecimiento normal en los niños y adolescentes. Estos poseen un importante valor adaptativo, constituyen respuestas protectoras ante potenciales situaciones de peligro que, debido al nivel de desarrollo cognitivo-emocional, el niño no está todavía en condiciones reconocer, comprender ni controlar.

Muchas veces estos temores son transitorios y de débil intensidad. A medida que crece su número va disminuyendo y se modifican, pasando de aquellos más inmediatos y tangibles a temores anticipatorios abstractos (Cía, 2002).

En la clínica, resulta fundamental distinguir estos miedos evolutivos de aquellos que persisten más allá de sus desencadenantes y que condicionan la aparición de un *Trastorno de Ansiedad* (TA). En estos casos, los temores interfieren en el funcionamiento cotidiano de quienes los padecen dando origen a un distrés significativo en el ámbito personal, social y escolar. Además, los rasgos de temperamento y los síntomas ansiosos tienden a la cronicidad haciendo, en muchos casos, que sus manifestaciones persistan en la adultez (Friedberg & McClure, 2005).

Kendall (2000) incluye a los trastornos de ansiedad infantiles (junto con los depresivos) dentro de la categoría de *trastornos internalizadores*, caracterizados por la presencia de distorsiones cognitivas. Según el autor, el pensamiento de los niños ansiosos sobre sí mismos y el mundo es desadaptativo, incluye principalmente el temor a ser lastimados o heridos, pensamientos auto-críticos, sensaciones de peligro o amenaza, quejas somáticas y temores referidos a una posible separación, daño y/o pérdida de sus figuras de apego.

De acuerdo con Cía (2002), la hipótesis más plausible respecto de la etiología de los trastornos de ansiedad en la infancia es aquella que enfatiza la integración entre lo genético y lo ambiental, es decir, entre el temperamento ansioso del niño y las interacciones propias al desarrollo evolutivo, especialmente las vinculadas a la influencia parental y al establecimiento de un patrón de apego ansioso en la crianza.

En lo relativo a los factores neurobiológicos, estudios realizados en niños descendientes de padres con trastorno de ansiedad, han demostrado que estos tienen una probabilidad siete veces mayor de padecerlos, en comparación con hijos de personas normales. Las evidencias demuestran que las vulnerabilidades generalizadas para la ansiedad son heredadas, mientras que el desarrollo específico de cada trastorno es atribuible a variaciones individuales del entorno y la crianza (Berg, 1976).

Otro factor señalado en la etiología de la ansiedad infantil es el de la *inhibición comportamental*. Se trata de un constructo temperamental descrito por Kagan (1987) que consiste en una predisposición heredada a responder intensamente ante eventos ansiógenos (confrontación con situaciones o individuos desconocidos), mediante conductas de retraimiento, búsqueda de personas familiares y supresión de conductas habituales.

El autor sostiene que los niños inhibidos son irritables como infantes (dos a siete años); tímidos, evitativos de situaciones sociales y exageradamente temerosos en el período prepuberal (ocho a once años); quietos e introvertidos en la pubertad (doce a quince años). En conclusión, afirma que es más probable que presenten síndromes de ansiedad significativos.

Por su parte, Rosebaum (1988) propuso un modelo alternativo según el cual la exposición a padres ansiosos, que exhiben manifiestamente sus propios temores, puede dar lugar al *modelado de conductas* de ansiedad y temor, induciendo además a un tipo de

vínculo ansioso paterno-filial. Asimismo, en estos casos, los síntomas suelen devenir de procesos informacionales, ya que estos padres privilegiaban una transmisión de información tendiente a prevenir posibles peligros, realzar datos alarmistas y anticipar sucesos inciertos.

En consonancia con esto, Barlow (1988) enfatiza la importancia de los factores psicosociales. Destaca el reforzamiento de miedos específicos a partir de las experiencias tempranas vinculadas a la pérdida del control y las conductas parentales. Sus investigaciones han demostrado que los padres ansiosos tienden a focalizarse en las posibles respuestas negativas o catastróficas de sus hijos, lo que incrementa sus temores e inseguridades.

De acuerdo con Cía (2002), en la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Enfermedades Mentales (APA, 1994), se incluyeron cambios significativos respecto a los criterios para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Salvo el Trastorno de Ansiedad por Separación, los demás fueron equiparados y subsumidos en las descripciones de adultos.

Ejemplo de ello es la categoría de Trastorno de Ansiedad Excesiva en la Infancia que fue integrada a la del Trastorno de Ansiedad Generalizada. En este caso, la única diferencia radica en que los niños deben informar tan solo acerca de un síntoma característico, mientras que en el caso del adulto se requiere que reúnan tres o más. Además, se especifica que no es requisito clasificatorio que el niño reconozca que sus temores son irracionales o excesivos, y que la persistencia de los síntomas debe ser de al menos seis meses para minimizar el sobrediagnóstico o catalogar como patológicos los temores transitorios y normales del desarrollo infantil.

## **2. 3. EL MODELO ESTRUCTURAL DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA**

### **2.3.1. Antecedentes históricos y conceptos fundamentales.**

El *Modelo Estructural de Terapia Familiar* fue desarrollado por Salvador Minuchin, médico psiquiatra nacido en la Argentina y emigrado a los Estados Unidos en la década del 60. En el año 1965 inició su labor como director de la Child Guidance Clinic de Filadelfia, en donde tomó contacto con las propuestas teóricas de la terapia sistémica (Minuchin, 1967).

De acuerdo con Desatnik Miechimsky (2004), el abordaje familiar desde una perspectiva sistémica implicó un giro en la definición y tratamiento de los trastornos psicológicos: se sostuvo una atribución de responsabilidad compartida entre los miembros de la familia respecto de los síntomas, el interés recaía en encontrar el modo en que todos participaban en su mantenimiento y, a la vez, en cómo estos emergían en tanto esfuerzo de alguno de los miembros por mantener la estabilidad familiar.

Wainstein (2006) sostiene que el modelo estructural constituye uno de los aportes más sobresalientes al entendimiento de la matriz psicosocial de la enfermedad mental, ya que señala al modo de organización familiar como uno de los determinantes de su etiopatogenia. Según el autor, al considerar que la vida psíquica no es exclusivamente un proceso interno al individuo, Minuchin desplazó la ubicación de los problemas desde los procesos intrapsíquicos hacia un lugar situado entre los sujetos y sus contextos.

Además, redefinió el lugar del terapeuta como el de un *intruso activo* que cambia el campo familiar con su sola presencia. Por un lado, este observa la estructura del sistema al asociarse y acomodarse a ella (coparticipación) y, por el otro, actúa para la reestructuración al cuestionar los patrones de relación imperantes.

Minuchin (1989) señaló que se consideraba a sí mismo como un terapeuta *estructural-narrativo*, es decir que, además de reconocer a la estructura familiar como marco explicativo de lo que en ella ocurre, también brinda especial importancia a las construcciones de realidad que influyen en las experiencias familiares a través de varias generaciones. En este sentido, insistía en que el terapeuta tuviera entre sus objetivos la comprensión de dichas premisas y significados, para intentar co-construir narrativas alternativas junto a la familia.

Además, Minuchin (1989) sostuvo una perspectiva optimista acerca del cambio: al modificar la estructura familiar se favorecerían distintas experiencias subjetivas de los miembros y de su relación recíproca. Así, el proceso de cambio iniciado en terapia, sería vehiculizado por el sistema al modificar la retroalimentación que continuamente califica o valida las experiencias individuales de sus miembros.

Al mismo tiempo, el sistema mantendrá una continuidad estructural suficiente para cumplir con sus dos objetivos primordiales: uno interno, que implica la protección



psicosocial y el crecimiento de sus integrantes, y otro externo, que se refiere a la acomodación y transmisión culturales.

Además, sostuvo que en el transcurso del proceso de socialización, la familia imprime a sus miembros un sentido de identidad y pertenencia, lo que implica la acomodación del niño a su grupo y la asunción de pautas de relación propias de su estructura que se mantendrán a lo largo de su vida. Al mismo tiempo, imprime un sentido de separación e individuación, que se logra a través de la participación en distintos subsistemas familiares y contextos exogámicos.

El análisis estructural sistémico amplió el concepto de familia nuclear al plantear el de *familia extendida*. El modelo incluye los distintos niveles del ecosistema con los que esta interactúa y contempla la diversidad cultural, la multiplicidad de normas, valores y significados que enfrentan a los miembros con situaciones problemáticas (Desatnik Miechimsky, 2004).

Si bien las familias tienen preferencia por ciertos *patrones de funcionamiento* para responder a sus requerimientos habituales, su fortaleza residirá en la capacidad de movilizar pautas alternativas cuando las condiciones externas o internas exijan una reestructuración.

El proceso de desarrollo familiar es concebido como un desplazamiento a través de distintas etapas del ciclo vital que exigen reestructuraciones al nivel de las pautas transaccionales y de las construcciones de realidad que se conectan con las experiencias familiares (Minuchin, 1989).

Si el sistema responde al estrés con rigidez, manifestará pautas disfuncionales, por el contrario, si es lo suficientemente flexible para permitir reestructuraciones, podrá mantener su continuidad a la vez que adaptarse. Cuando la familia no cuenta con los recursos para el cambio y la adaptación, puede desarrollar mecanismos homeostáticos para contrarrestar las dificultades y mantener la estructura del sistema. Entre estos mecanismos se destaca la emergencia de síntomas. (Desatnik Miechimsky, 2004).

### **2.3.2. La estructura del sistema familiar.**

Minuchin (1989) define la *estructura familiar* como un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los patrones mediante los cuales sus miembros

interactúan. Se trata de las pautas transaccionales cuyo funcionamiento se da en base a reglas acerca de quienes son los actúan, con quiénes y de qué forma.

De acuerdo con Umbarger (1983), los principales elementos constitutivos de la estructura familiar son:

1-*Subsistemas*. La familia desempeña sus funciones a través de subsistemas conformados según género, función, generación, interés, etc. Así, entre los subsistemas familiares se destacan el conyugal, el parental, el fraterno y el individual.

Cada miembro pertenece a varios subsistemas, en los que cuenta con distintos niveles de poder y adquiere habilidades diferenciales. El carácter adecuado de la estructura dependerá de su flexibilidad y de la claridad en los acuerdos respecto de las jerarquías y límites entre los subsistemas.

2- *Límites*. Se trata de las reglas que protegen la diferenciación entre subsistemas al definir quienes participan en ellos y de qué manera. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites deben ser claros y bien definidos, de modo que los miembros puedan desempeñar sus funciones dentro de un entramado de relaciones en el que se requieren y soportan emocional y cognitivamente de forma mutua, pero sin interferir sobre la autonomía de los demás.

Caso contrario, si los límites son *rígidos* o *difusos*, la familia presentará respectivamente un estilo transaccional *aglutinado* ó *desligado*, que determinará su comunicación, permeabilidad y las posibilidades de desarrollo de sus miembros.

Según el autor, un excesivo aglutinamiento provoca: abandono de la autonomía y poca diferenciación entre los miembros, dificultades para la exploración y dominio independiente de los problemas y repercusiones intensas de las conductas de cada miembro sobre los otros y ante cada cambio del sistema.

Por otra parte, señala que un desligamiento excesivo conlleva: un desproporcionado sentido de independencia, pocos sentimientos de lealtad y pertenencia y una escasa disposición para brindar y recibir ayuda (sólo un alto nivel de estrés individual puede repercutir con suficiente intensidad para activar los sistemas de apoyo).

Considerando estos elementos Minuchin (1989) plantea, como una fase insoslayable del trabajo terapéutico, la realización de un *diagnóstico estructural*. Esto implica formular hipótesis que intenten explicar la relación entre las interacciones sistémicas familiares y los

síntomas de sus miembros. A partir de este, se podrán visualizar las áreas que funcionan correcta e incorrectamente, se redefinirá el problema-queja y se propondrán los objetivos terapéuticos.

De acuerdo con Wainstein (2006), en el trabajo con familias es crucial captar de que modo esta se posiciona para alcanzar sus objetivos y encontrar junto a ella una visión que le permita transitar desde el lugar en el que está hacia donde querría llegar.

## 2.4. LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

### 2.4.1. Antecedentes históricos y conceptos fundamentales.

El año 1956 es considerado como el inicio de la corriente cognitiva en psicoterapia, fue entonces cuando Albert Ellis presentó en New York su modelo de la *Terapia Relacional Emotiva Conductual* (T.R.E.C.), dejando sentado el concepto de *mediación cognitiva* que hoy cuenta con un abundante y sólido respaldo científico.

El esquema *ESTÍMULO*→*RESPUESTA*, propuesto por el conductismo, fue entonces superado por el esquema *ESTÍMULO* →*COGNICIÓN* → *RESPUESTA* (Ellis, 1962).

A partir de la década del 60, este modelo terapéutico ha sido ampliado sobre la base de una abundante investigación. Como representante destacado de este proceso figura Aarón T. Beck, cuyos desarrollos teóricos y técnicas psicoterapéuticas han fomentado su reconocimiento científico y clínico (Camerini, 2004).

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

A partir de esto, Beck (1995) desarrolló un *modelo del sistema de procesamiento de la información* que distingue jerárquicamente los siguientes elementos:

- 1- *Pensamientos Automáticos*. Son pensamientos evaluativos, rápidos y breves que pasan por la mente cuando se produce un cambio en el estado de ánimo. No son producto del razonamiento, sino que brotan automáticamente en forma verbal (diálogo interno) y/o visual (imágenes).
- 2- *Creencias Intermedias*. Están constituidas por reglas/expectativas (“debo cumplir con todas mis tareas escolares”), *actitudes* (“ser irresponsable es algo terrible”) y *supuestos* (“si no cumplo con mis tareas, mis padres se van a enojar conmigo”).
- 3- *Creencias Nucleares*. Constituyen el nivel más profundo, rígido y global de interpretación que influye sobre los otros niveles. Constituidas desde la infancia, las creencias nucleares existen sin una clara conciencia y sin que el sujeto pueda expresárselas siquiera a sí mismo. Son el significado o contenido cognitivo de los *esquemas*.

Beck y Freeman (1990) definen a los esquemas como estructuras nucleares de significado que dirigen las operaciones y productos cognitivos. Estos reflejan las creencias, juicios y reglas más básicas del individuo y organizan su experiencia y conducta con un contenido idiosincrásico altamente personalizado. El material de los esquemas es relativamente inaccesible a la conciencia y se mantiene oculto hasta que es activado por un estresor.

Según Friedberg y McClure (2005), la teoría cognitiva señala que los esquemas pueden ser un factor de vulnerabilidad que predisponga a los niños al malestar emocional. Estos se desarrollan en edades tempranas, se van reforzando a lo largo del tiempo y se consolidan en la adolescencia y los primeros años de la edad adulta a través de la repetición de experiencias de aprendizaje. Por lo tanto, los esquemas de los niños no suelen estar tan arraigados como los de los adultos.

Alford y Beck (1997) sostienen que, en el campo de la psicopatología, ciertos esquemas se activan de manera hipervalente durante los trastornos, desplazando o inhibiendo otros que podrían resultar más funcionales. Así, las emociones y las conductas desadaptativas se deben a la operación de esquemas que tienden a producir juicios sistemáticamente tendenciosos en el procesamiento de la información, se trata de una tendencia a realizar *distorsiones cognitivas* ante cierto tipo de situaciones. Las distorsiones

permiten asimilar la información proveniente del exterior anulando aquella que discrepa con las creencias nucleares, así se conserva la homeostasis del sistema cognitivo al preservar intactos los esquemas previos.

Por ejemplo, en el caso de los trastornos de ansiedad, algunas distorsiones cognitivas características son: el pensamiento dicotómico (todo o nada), la catastrofización (adivinación del futuro), la magnificación (de lo negativo) y minimización (de lo positivo) y las demandas (expresiones con “debe” o “debería”) (Beck, 1995).

Como resultado de la confluencia de todas estas consideraciones teóricas, y sostenidas por una basta evidencia empírica, las intervenciones de la T.C.C persiguen el objetivo principal de flexibilizar los modos patológicos del procesamiento de la información, ya que la rigidez en la interpretación y significación de los acontecimientos sería la principal generadora de padecimiento psíquico. El propósito central de su teoría y práctica del cambio, es el descubrimiento y refutación de aquellas creencias perturbadoras que se detectan como causantes de las emociones y conductas disfuncionales que el cliente desea modificar (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

#### **2.4.2. La Terapia Cognitivo-Comportamental en niños.**

Aunque la terapia cognitiva debe adaptarse a las características únicas de los niños, hay varios principios establecidos en el trabajo con adultos que también pueden aplicarse a su tratamiento. Utilizadas con flexibilidad, la estructura de las sesiones (con tiempos acotados y orientadas a metas específicas), la implementación de registros de pensamiento y el *diálogo socrático* (preguntas del terapeuta que cuestionan los pensamientos automáticos y las creencias disfuncionales), pueden ser importantes recursos destinados al cambio. A su vez, las tareas para el hogar que se realizan en el tiempo entre sesiones, son un elemento central que permiten el *descubrimiento guiado*, consistente en aplicar las habilidades aprendidas en el consultorio a contextos reales, facilitando la gestión de alternativas idéicas y/o comportamentales y corrigiendo errores de interpretación (Knell, 1999).

En relación a esto, Bunge, Gomar y Mandil (2008) señalan una importante diferencia respecto al tratamiento con niños. Entre las principales dificultades registradas destacan la escasa motivación, desarrollo intelectual y capacidad de comunicación de los pequeños

pacientes. En efecto, muy pocos niños acuden a terapia por su propia voluntad, sino que suelen ser llevados por sus cuidadores o son derivados porque sus dificultades psicológicas generan problemas en algún sistema (escolar, familiar, etc.). Generalmente los niños no controlan el proceso, no suelen dar comienzo al tratamiento ni tienen la oportunidad de decidir su culminación. Por este motivo, los autores destacan la relevancia del *empirismo colaborativo*, es decir, trabajar insistentemente la implicación personal del niño en el proceso, generado así un espíritu de mutua colaboración y responsabilidad compartida respecto de sus resultados.

En este sentido, Ronen (1997) sostiene que, dado que la terapia cognitiva con niños se apoya en habilidades verbales y cognitivas, es imprescindible adaptar las intervenciones a la edad, nivel de desarrollo y habilidades cognitivo-sociales del paciente (lenguaje, capacidad de tomar perspectiva, razonamiento y regulación verbal). Estas variables determinarán qué, cómo y cuando aplicar las técnicas cognitivo conductuales. De lo contrario, cuando las exigencias de las tareas terapéuticas exceden las capacidades del niño, estos pueden parecer equivocadamente resistentes, evitativos e incluso incompetentes.

Siguiendo la clasificación de Jean Piaget de los estadios del desarrollo cognitivo, Bunge, Gomar y Mandil (2008) recomiendan que, en el caso de los niños pre-operatorios (de dos a siete años) se deberá enfatizar el trabajo con los padres, en cambio, a un nivel de pensamiento operatorio-concreto (de siete a once años), serán adecuadas intervenciones conductuales y cognitivas simples (modelado, auto-instrucciones, etc.) y a un nivel operatorio-formal (a partir de los once años), se podrán incluir intervenciones conductuales y cognitivas complejas (como el registro y autocuestionamiento de pensamientos automáticos disfuncionales).

En referencia al concepto de distorsión cognitiva, Knell (1999) destaca una salvedad teórica de fundamental importancia en la clínica infantil. El autor considera que si bien la TCC con adultos asume que el individuo es capaz de comprender las inconsistencias de su pensamiento, no ocurre lo mismo en el caso de los niños pequeños. Generalmente, estos no logran distinguir entre un pensamiento racional o irracional, incluso cuando los errores cognitivos le son señalados, ni tampoco pueden diferenciar entre sus pensamientos y emociones, ni clasificarlas. Con el fin de evitar considerar como distorsiones cognitivas a las modalidades de procesamiento que son normales a determinado nivel de desarrollo

evolutivo, Knell propone no rotular como irracional o ilógico al pensamiento infantil, sino como *maladaptativo*.

La T.C.C. considera que el comportamiento está multideterminado por una serie de factores (el contexto interpersonal y ambiental, la fisiología, las emociones, la conducta y la cognición) que interactúan como un sistema dinámico y complejo (Beck, 1995).

En virtud de esto, Ronen (1997) señala que el foco de atención en el tratamiento con niños debe ser el sujeto dentro de su entorno natural (familia, escuela y grupo de pares). Estos dependen de sus padres, tutores y allegados significativos, sus modalidades de procesamiento cognitivo y sus estilos de afrontamiento están en formación y son particularmente permeables a sus influencias. Por este motivo, afirma que los terapeutas deben diseñar los planes de tratamiento considerando los complejos aspectos sistémicos que rodean los problemas del niño. Fundamentalmente, es necesaria la implicación de la familia, ya que esta puede colaborar a reforzar habilidades de afrontamiento, mantener y generalizar los logros terapéuticos, modelar conductas y modos funcionales de procesamiento de la información.

Friedberg y McClure (2005) explican que, como los niños están orientados a la acción y están predispuestos biológicamente a aprender haciendo, la terapia cognitiva debe adoptar un enfoque experiencial, centrado en el aquí y ahora. Conectar habilidades de afrontamiento a acciones concretas suele ayudarles a prestar atención y a recordar y ejecutar la conducta deseada. Además, señalan que esto agrega vitalidad al tratamiento, ya que la motivación de los niños mejora cuando se divierten.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo de estudio.**

Descriptivo, estudio de caso único.

#### **3.2. Instrumentos y Procedimiento.**

El tratamiento psicoterapéutico se desarrolló en los consultorios externos de un Hospital bajo supervisión directa de la jefa del servicio de Psicopediatría.

Durante el transcurso de seis meses se efectuaron entrevistas con el niño de modalidad semanal y de una duración de 45 minutos. Asimismo, en virtud de los requerimientos del proceso, se realizaron entrevistas vinculares semi-dirigidas que incluyeron a los distintos miembros del grupo familiar (una con la madre, dos de pareja y otras tres con la pareja conyugal y sus dos hijos).

Desde una perspectiva cognitivo-comportamental, los encuentros semanales con el niño tuvieron por objetivo la identificación y tratamiento de los síntomas de ansiedad. Se generaron experiencias en el consultorio, como así también en el colegio y en el hogar, que facilitaron la detección y el cuestionamiento de las interpretaciones disfuncionales con el propósito de generar una reestructuración cognitiva en su modalidad de procesamiento de la información.

Asimismo, desde el modelo estructural-sistémico, se indagaron las particularidades del funcionamiento familiar para arribar a un diagnóstico estructural. Las intervenciones buscaban modificar aquellos patrones vinculares que limitaban la autonomía de los miembros, sostenían el estilo de apego de la díada madre-hijo y, consecuentemente, el trastorno de ansiedad del niño.

Además, con la finalidad de profundizar la evaluación diagnóstica, se complementó la observación clínica con la información arrojada por diversas técnicas, como ser:

- *Test de Bender*: Investiga la madurez perceptiva, el posible deterioro neurológico y el ajuste emocional del niño (Bender, 1996).
- *Persona Bajo la Lluvia*: Evalúa la aparición de las defensas latentes ante una situación estresante (Querol & Chávez Paz, 2004).
- *Test de Frases Incompletas de Saks*: Permite explorar la presencia de núcleos conflictivos en distintas áreas de la vida del sujeto, como ser la familia, la sexualidad y el área sentimental, las relaciones interpersonales y el concepto de sí mismo (Bell, 1992).



- *Escala de ansiedad para niños autoaplicada (SCAReD)*: Encuesta en su versión para padres y niños de ocho a dieciocho años. Consiste en un auto-reporte de síntomas que se dividen en 5 grupos, cada uno esbozando un trastorno ansioso específico: fobia escolar, fobia social, ansiedad de separación, ansiedad generalizada y trastorno de pánico/somatización (Birmaher, Khetarpal & Brent, 1997).
- *Child Behavior Checklist* (aplicado a los padres): Permite explorar la percepción de los padres respecto a cualquier comportamiento de su hijo que consideren problemático, especialmente los problemas de conducta (Maruish, 1999).

### **3.3. Participante.**

Se trabajó con un paciente de ocho años (a quien se llamará Renzo), quien llegó al tratamiento por una demanda espontánea de su madre. El niño presentaba numerosos síntomas de ansiedad, dificultades para el logro de la autonomía y el establecimiento de relaciones interpersonales (fundamentalmente con su grupo de pares).

## **4. DESARROLLO**

### **4.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO**

De acuerdo con Friedberg y Mac Clure (2005), desde el modelo cognitivo la *conceptualización del caso* es el primer paso en el tratamiento con niños. Según los autores, este proceso consiste en “vestir la imagen del cliente” con el fin de captar su complejidad, ya que los patrones de conducta de un niño estarían determinados por múltiples variables interrelacionadas.

Llevar esto a cabo implicó el establecimiento del *empirismo colaborativo*. Sobre la base del compromiso y la mutua confianza se conformó un equipo de trabajo compuesto por el niño, sus padres y el terapeuta, que promovió la circulación de información. Las impresiones clínicas, los datos facilitados verbalmente por los sujetos y aquellos recogidos a partir de diversos instrumentos de evaluación psicodiagnóstica, se fueron hilvanando hasta conformar un “vestido del cliente” (Candarle, 2008).

Así, siguiendo la propuesta de Bunge, Gomar y Mandil (2008), la conceptualización del caso condujo a la formulación de los objetivos de este trabajo, dado que permitió elaborar y verificar hipótesis acerca de:

1- El modo en que el paciente llegó a desarrollar su trastorno psicológico, abarcando aprendizajes y experiencias tempranas que contribuyeron a su problema manifiesto. En relación a esto fue propuesto el primer objetivo: postular como hipótesis etiológica de la sintomatología del niño el establecimiento de un vínculo de apego ansioso en la diada madre-hijo.

2- Los factores que contribuyeron al sostenimiento y no resolución de los problemas. En relación a esto se formuló el segundo objetivo: desde el modelo estructural sistémico, indagar los patrones rígidos de interacción del sistema familiar que promovieron la emergencia de los síntomas de ansiedad y colaboraron en su perpetuación.

3- Las características cognitivas particulares del paciente, sus modos idiosincrásicos de procesamiento de la información (creencias acerca de sí mismo y los otros, distorsiones cognitivas, etc.). Esto fue contemplado en el tercer objetivo: en función del perfil del participante, se diseñó un plan de tratamiento desde el modelo cognitivo-comportamental tendiente a modificar los pensamientos desadaptativos derivados del estilo de apego imperante y que condujeron al establecimiento de un trastorno de ansiedad en el niño.

### **El caso Renzo**

Siguiendo los lineamientos de Friedberg y Mac Clure (2005), el *problema manifiesto* del niño se sitúa en el centro de la conceptualización del caso. Por este motivo, la primera entrevista con la mamá de Renzo tuvo por finalidad definir el problema motivo de consulta y recabar datos respecto a otras variables vinculadas: contexto socio-cultural, estructura familiar, historia y desarrollo del niño.

Renzo (8 años) es el hijo mayor de una familia compuesta por su madre (Mirta, 32 años, ama de casa), su padre (Jorge, 36 años, colectivo) y su hermano (Tomás, 7 años).

De acuerdo a la calificación de Mirta, el nivel socio-económico de la familia es bueno: cuentan con una cómoda casa de su propiedad, auto y un salario que les permite viajar en vacaciones, comprar ropa y juguetes para los niños, etc.

Renzo y su hermano acuden a la misma escuela, una institución de enseñanza privada cercana a su domicilio. Como actividad extra escolar el niño asiste a clases fútbol, participando en la misma categoría que su hermano menor.

De acuerdo con Mirta, Renzo es un niño excesivamente dependiente de ella: “parece mi sombra”, aseguró. Si bien al momento de la entrevista el niño ya no manifestaba dificultades para concurrir a la escuela, evitaba otras actividades que lo obligaran a separarse de su madre y, cuando estaban juntos, le reclamaba constantemente su atención y se mostraba muy celoso de su hermano menor. En varias ocasiones, manifestó su preocupación de que algo malo pudiera sucederle a su madre, forzándola a dejarlo solo (un accidente, enfermedad o una disputa familiar).

Además, era motivo de inquietud para sus padres los estallidos de llanto y angustia que Renzo padecía frente a los exámenes escolares (a pesar de no haber reprobado nunca y obtener excelentes calificaciones), y cuando anticipaba su fracaso en alguna actividad (no jugar bien al fútbol, ser rechazado por otros niños, etc.).

En la escuela, Renzo buscaba permanentemente la aprobación de su maestra para asegurarse de estar haciendo las cosas bien. Similar comportamiento presentaba en el hogar, acudiendo a su madre para pedirle ayuda con sus tareas.

En virtud de esto, Mirta calificaba a su hijo como un niño extremadamente responsable, exigente y perfeccionista. Ella y su marido no comprendían su comportamiento, les resultaba infundado y se sentían afligidos porque creían que Renzo “se preocupaba demasiado y no era feliz”.

Además, el niño presentaba gran dificultad para hacer amigos de su edad. En los recreos escolares solía aislarse y entretenerse solo con algún juguete que llevaba de su casa. Dado que su hermano asistía a la misma escuela y equipo de fútbol, buscaba constantemente su compañía y se relacionaba con los niños de su grupo de amigos (menores que él).

Con respecto a su desarrollo evolutivo, se pudo constatar que al iniciar el preescolar Renzo se negaba a ir al jardín de infantes y lloraba desconsoladamente cuando su madre lo dejaba. Ya en la sala de tres años requirió de un mes de adaptación, durante el cual Mirta se quedaba afuera del salón toda la jornada. Paulatinamente, este comportamiento fue

aminorando hasta acudir a la escuela primaria sin problemas, a partir de entonces la angustia comenzó a surgir debido a su autoexigencia frente a los exámenes y tareas.

En el transcurso de las primeras entrevistas con Renzo se buscó explorar su estructuración interna mediante la utilización de una batería de pruebas de evaluación psicológica (VER ANEXO).

Los resultados obtenidos, junto con la información proporcionada por Mirta y las impresiones clínicas iniciales, indicaron la presencia de un trastorno internalizador. Más específicamente, y de acuerdo al DSM IV (APA, 1994), un Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Durante la ejecución de las pruebas, el niño se mostró poco entusiasmado aunque obediente. Se lo veía cohibido y falto de espontaneidad. Comprendía y cumplía las consignas adecuadamente, sin embargo, ante alguna dificultad, pedía inmediatamente ayuda y buscaba aprobación respecto de su desempeño.

Su inseguridad no pudo ser adjudicada a deficiencias en el rendimiento intelectual, en consonancia con su actuación académica, las pruebas arrojaron que Renzo posee un nivel medio de madurez viso-motora, un adecuado poder de concentración y una eficaz capacidad de razonamiento ligado a lo concreto.

La evaluación sugirió que su sintomatología estaba vinculada a alteraciones de índole emocional. Su dependencia y búsqueda de protección (manifestadas sobre todo hacia su madre) derivarían de sentimientos de inseguridad, angustia, temor e incertidumbre, ligados a una percepción distorsionada de su entorno como hostil y amenazante.

Se trataría de un niño excesivamente preocupado: presentaba una expectación ansiosa de carácter social (temía ser criticado, burlado y dejado de lado por otros niños, a las sanciones de las figuras de autoridad, etc.), preocupaciones fóbicas (miedo a las vacunas, al agua, a la oscuridad, a los insectos y las ratas, etc.), otras relativas a su desempeño (académico, deportivo, etc.), de índole somático (hipervigilancia de sus sensaciones físicas que incrementaban su tensión muscular, dolores de cabeza y aceleraba su ritmo cardíaco) y emocionales (temor a ser abandonado por su madre o que esta sufra alguna enfermedad o accidente).

Todo esto determinaría su inhibición comportamental. El niño desplegaría como mecanismo de defensa la evitación de situaciones inciertas que incrementan su ansiedad.

Una combinación de altos estándares de exigencia, baja tolerancia a la frustración y temor al fracaso, lo llevarían a no exponerse a aprendizajes novedosos. Encerrado en su mundo, coarta su capacidad creativa, lúdica y expresiva, como así también los aspectos agresivos sanos y funcionales de su personalidad. En virtud de esto, es la esfera de las relaciones interpersonales (principalmente con su grupo de pares), la que se ve mayormente perjudicada.

De acuerdo al DSM IV (APA, 1994), los síntomas de Renzo corresponderían al diagnóstico de un Trastorno de Ansiedad Generalizada. Según esta clasificación, los criterios a cumplimentar consisten en una preocupación excesiva y difícil de controlar, durante un lapso mayor a seis meses, asociada a hechos menores, sucesos futuros y diversas actividades. Al extinguirse un foco de preocupación, esta expectación aprensiva busca inmediatamente otro, generando distrés y una disfunción vital significativa.

Además, en el caso de los niños, debe estar presente al menos uno de los siguientes síntomas: imposibilidad para descansar, tensión muscular, irritabilidad, fatiga, falta de concentración o trastornos del sueño.

Paradójicamente, las pruebas también han arrojado datos que contradicen el diagnóstico anterior, indicando una tendencia a la descarga exterior de los impulsos y a la agresividad. Esto podría suponer la presencia de rasgos externalizadores que permanecen latentes y contenidos debido a la acentuada inhibición comportamental del niño.

Cabe destacar que, como recomienda Baringoltz (2008), este diagnóstico inicial fue utilizado como una guía para elegir los objetivos y el camino terapéutico a seguir, evitando que operara como un rótulo puro y definitivo que obstaculizara el conocimiento dinámico del paciente.

#### **4.2. EL ESTILO DE APEGO INSEGURO: UNA HIPÓTESIS ETIOLÓGICA**

En este apartado se presentará, a modo de hipótesis etiológica, un análisis del caso de Renzo basado en las contribuciones de la Teoría del Apego sobre la ansiedad infantil.

De acuerdo con esta, la causa de los estados mentales de ansiedad crónica y preocupación persistente reside en que, durante la infancia, la conducta de apego del sujeto

obtuvo respuestas inadecuadas, con el resultado de que en el desarrollo posterior elaboró pronósticos acerca de sus figuras de afecto basándose en la premisa de que probablemente no se hallarán accesibles cuando lo necesite, o que no estarán dispuestas a brindarle protección y consuelo. Esta es, según Bowlby (1980), la condición germinal de la formación de un patrón de *apego ansioso o inseguro* en la infancia.

Así, bajo la luz de la Teoría del Apego, la “sobredependencia” (término que según Bowlby lleva implícito una connotación crítica y peyorativa) aducida por la madre de Renzo, puede ser comprendida como una estrategia adoptada por el niño para mantenerse cerca de ella con el fin de asegurarse su disponibilidad. Su conducta le sirve para contrarrestar el efecto ansiógeno de sus predicciones catastróficas: que se encontrará solo y vulnerable ante una situación novedosa y potencialmente adversa, a menos que vigile constantemente a sus figuras de afecto y procure ser lo suficientemente bueno para complacerlas y ser digno de su amor y cuidados.

Si bien los padres observaban la conducta de su hijo con perplejidad, juzgando que la misma se manifestaba sin que las circunstancias externas la justifiquen y con una frecuencia y urgencia insólitas, desde esta perspectiva su comportamiento sería el resultado, relativamente directo, de experiencias realmente vividas en el seno familiar, caracterizadas por la incertidumbre relativa a la disponibilidad de sus figuras de apego.

Durante la primer entrevista con los padres de Renzo, se exploró la historia vincular del niño con su familia nuclear, como así también la historia de apego propia de sus padres. Esto permitió reconocer la presencia de dos tipos de experiencias que, según Bowlby (1980), tienen un profundo efecto en la elaboración de un apego ansioso:

1) Las amenazas proferidas por su padre durante las disputas conyugales, según las cuales abandonaría a su familia y, en íntima relación con esta vivencia, 2) El desarrollo de un vínculo materno-filial invertido en el que la madre sufre de ansiedad crónica respecto a sus propias figuras de afecto por lo que, de manera muchas veces inconsciente y encubierta, retiene a su hijo en búsqueda de apoyo personal.

La indagación del primer punto remitió a la historia del matrimonio.

Mirta relató que el vínculo de Jorge con su madre fue motivo de conflicto desde su noviazgo, ya que sostenía era la persona más importante de su vida y solía amenazar con terminar la relación si Mirta interfería entre ellos.

Los últimos tres meses del embarazo de Renzo, Jorge viajó a Salta para asistir a su madre que estaba muy enferma (era diabética), ante lo cual Mirta se sintió abandonada y angustiada.

Su sensación de desamparo se incrementó cuando el niño nació un mes prematuro y tuvo que permanecer en incubadora. A pesar de que alcanzó un peso normal rápidamente, dijo haber vivenciado la estadía en el hospital “como una pesadilla” dado que temía que su hijo muriera. Si bien durante ese duro trance su marido estuvo a su lado, continuaba sintiéndose sola y enojada con él. Situación similar se repitió durante su segundo embarazo, es decir, durante los primeros años de vida de Renzo.

Mirta consideraba que en aquella época su desempeño como madre había sido deficiente. Dijo que se sentía “muy nerviosa y deprimida” y que no había podido disfrutar su nuevo rol. Desde entonces, culpaba a su marido por la falta de apoyo y albergaba sentimientos de celos y rencor, consideraba que este priorizaba las necesidades y deseos de su madre por sobre los de ella y sus hijos.

Luego de la muerte de su suegra (falleció tres años atrás ), continuaba atribuyendo la causa de su malestar a Jorge. Le reprochaba que usaba el pretexto de ser el sostén económico de la familia para evadirse de sus otras obligaciones como esposo y padre, tales como estar presente en la vida familiar, realizar actividades con los niños y prestarle atención a sus necesidades como esposa.

Por su parte, Jorge se defendía argumentando que desde el fallecimiento de su madre no viajaba a Salta tan frecuentemente y que estaba intentando participar más en la crianza de sus hijos. Sintiendo impotente y enojado por considerar que sus esfuerzos no eran tenidos en cuenta, durante sus discusiones solía reiterar la amenaza de abandonar a su familia.

Durante estos incidentes los niños eran testigos frecuentes. Generalmente escuchaban la discusión desde su habitación y, una vez finalizada, se acercaban a sus padres llorando en busca de consuelo. Tras estas discusiones, Renzo solía estar más apegado a su madre, siguiéndola a todas partes y preguntándole insistentemente si lo quería y si no lo iba a abandonar.

De acuerdo con la teoría de Bowlby (1980), esta conducta típica de un apego ansioso e inseguro, podría ser comprendida como el resultado de un desplazamiento hacia la madre

del afecto ambivalente experimentado por Jorge. La imposibilidad de dirigir hacia su padre, relativamente ausente, tanto sus sentimientos de amor como la hostilidad generada por sus frecuentes amenazas de abandono y escasas muestras de interés, hizo que su preocupación colmada de ansiedad se centre en la disponibilidad de Mirta, su figura de apego más accesible. De esta manera, la conducta de Jorge llevaría a reproducir en Renzo su propia historia, ambos presentaban un estilo de apego ansioso e inseguro en relación a su madre.

Además, la sintomatología ansiosa de Renzo se tornó mas acuciante debido al efecto combinado de esta experiencia y el establecimiento de un vínculo de apego invertido con su madre, denominado por la Teoría del Apego como *Patrón A de Interacción Familiar* (Bowlby, 1980).

El relato ofrecido por Mirta respecto de su propia historia como hija coincide con la descripción de Bowlby acerca de las características de las madres que sostienen este patrón de interacción.

En efecto, durante su infancia y adolescencia, Mirta sostuvo una relación estrecha pero sumamente ansiosa y ambivalente con su madre. Nunca lograron llevarse bien, ya que era muy dominante y exigente con ella. Aseguró que no la había deseado y que “hubiera preferido que no haya nacido”, por lo cual no la aceptaba y le hacía sentir su rechazo. Además, recibió un trato diferencial, menos contenedor y afectuoso, que sus cuatro hermanos varones, en virtud de lo cual constantemente luchaba por obtener el amor y reconocimiento de su mamá. Respecto de su padre, manifestó que le guardaba gran cariño pero que nunca lo sintió de su lado, consideraba que “le faltaba carácter” para enfrentar a su esposa y defenderla de ella.

Si bien de adulta Mirta pudo mejorar este vínculo, al momento de la entrevista la relación continuaba siendo conflictiva.

Consideraba que su historia familiar constituía un factor decisivo en la crianza de sus hijos: desde antes de ser madre se había propuesto que ellos jamás atravesarían por una experiencia similar. Reconocía sus conductas de sobreprotección tendientes a evitarles cualquier sufrimiento y transmitirles su afecto.

Sin embargo, paradójicamente, es posible advertir como fueron precisamente estas experiencias del pasado las que habrían forzado a Mirta a repetir para Renzo su propio destino. Al encontrarse minada la confianza en sus propias figuras de apego, el pronóstico



de que ellas no estarían disponibles cuando las necesite, la condujo a buscar tardía satisfacción de sus necesidades de amor y cuidado en su marido. Sin embargo, al frustrar Jorge sus expectativas, allanó el camino para que Mirta, de manera no deliberada e inconsciente, e incluso manifestando abiertamente una voluntad contraria, mantuviera a Renzo junto a ella para procurarse compañía y apoyo.

Incluso el nacimiento de Tomás, su segundo hijo, no logró aflojar los lazos de mutua dependencia entre Renzo y su madre. Por el contrario, Mirta no lograba establecer una relación satisfactoria con el recién nacido debido a los sentimientos de culpa que experimentaba por desplazar al mayor. Desde el principio, el vínculo entre hermanos estuvo atravesado por celos intensos e incrementó en Renzo la demanda de atención materna.

De acuerdo con Marrone (2005), la llegada de un hermanito reactiva la conducta de apego con una intensidad acorde al grado de seguridad que el niño ya ha establecido con su figura de afecto. Así, en el caso de Renzo, su comportamiento puede ser comprendido como una medida de evitar que su hermano se interponga en la pareja con su madre. Dado que desde el inicio de su vida el estado anímico de Mirta le impedía responder adecuadamente a sus requerimientos, Renzo no podía confiar plenamente en que dispondría de sus cuidados, menos ahora que debía compartir su amor y atención.

Por todo esto, lejos de construir para su hijo una base segura, Mirta y Jorge propiciaron la inhibición de su sistema exploratorio y, consecuentemente, sofocaron el desarrollo de sentimientos de seguridad, autonomía y tolerancia a la frustración.

Sin embargo, cabe destacar que la posición adoptada en la elaboración de esta propuesta etiológica coincide con aquella defendida por Bowlby (1980) según la cual, la conducta de los padres, determinante en el desarrollo de la propensión al miedo y a la ansiedad en los hijos, no se visualiza en función de una condena moral, sino como determinada por las experiencias que ellos mismos vivieron de niños.

En efecto, la Teoría del Apego ha aportado un importante marco teórico y metodológico para los estudios transgeneracionales y ha demostrado la fuerte asociación entre las características de apego de los niños y las experiencias de apego de sus padres durante la niñez y adolescencia, representadas en la forma de sus Modelos Operativos Internos (MOI).

Estos MOI parentales influyen sobre la organización de los modelos de los hijos, ya que la representación que cada uno de los progenitores tenga del niño influye en la manera en que lo trata y en la calidad de su respuesta sensible a las comunicaciones infantiles que demandan cuidados y atención, determinando a su vez la calidad del apego del niño con respecto a cada uno de los padres (Marrone, 2005).

Así, es posible suponer que en los MOI de Renzo, sus padres no constituyen un referente confiable al que acudir en caso de necesidad: su padre debido a las amenazas de marcharse y por no estar efectivamente disponible para compartir con él, su madre debido a que le demanda en la misma medida el apoyo y protección que le brinda. Su propensión a la ansiedad ante situaciones potencialmente atemorizantes, su preocupación acerca de que algo nocivo pueda sucederle a sus figuras de apego y la concomitante inhibición de su impulso exploratorio y de su autonomía, pueden ser comprendidas en virtud del pronóstico negativo respecto a la disponibilidad de sus figuras parentales.

Complementariamente, Renzo construyó un modelo representacional de sí mismo que le indica que a los ojos de sus figuras de apego es inaceptable para recibir afecto, por lo que su auto-exigencia, baja tolerancia a la frustración y su constante preocupación por obtener un buen desempeño, pueden ser entendidos como el resultado de sus esfuerzos por ser digno del amor de sus padres.

### **4.3. EMERGENCIA DE LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DESDE LA PERSPECTIVA ESTRUCTURAL SISTÉMICA**

#### **4.3.1. Diagnóstico estructural del sistema familiar.**

De acuerdo con Bowlby (1980), en el trabajo con familias el psicoterapeuta debe luchar contra una tendencia que distorsiona su visión de los hechos: convertir a las emociones del niño identificado como paciente, en características concretas e intrínsecas a su persona. Una vez que esto ocurre, en vez de abocarse al trabajo de averiguar acerca de las situaciones que determinaron dichas emociones, el terapeuta dirá que el sujeto “tiene” miedo o que se halla “lleno” de ansiedad. Así, difícilmente advierta la omisión del contexto

familiar y el comportamiento del niño, juzgado como ininteligible y desconcertante por sus padres, será atribuido a alguna anomalía psicológica inherente al hijo.

Para precaverse de este error, la Teoría del Apego toma en consideración la complejidad del contexto familiar en el que tiene lugar el temprano desarrollo del niño. Propone que la elaboración de los Modelos Operativos Internos (MOI) respecto de las figuras de apego, y del sí mismo en relación a ellas, se produce a partir de datos suministrados por diversas fuentes: las experiencias cotidianas, las declaraciones que sobre el niño formulan sus padres, información proporcionada por terceros (miembros de la familia extensa, maestros, eventualmente su terapeuta, etc.). Si estas informaciones son razonablemente compatibles entre sí, los MOI revestirán una coherencia interna que permitirá al niño confiar en sus predicciones respecto a la disponibilidad de sus figuras de apego y ejecutar planes de acción eficaces para explorar su medio ambiente y convertirse en un ser autónomo.

Contrariamente, en el caso de Renzo, fue posible advertir que su comportamiento era significado como un producto de sus perturbaciones psicológicas, de modo que los síntomas parecían desarticulados de la dinámica vincular de su sistema familiar. Los padres no advertían como sus conductas reforzaban el comportamiento desadaptativo de su hijo, por el contrario, sólo reconocían los aspectos positivos de su crianza y sus esfuerzos por ayudarlo a superar su malestar.

Con el fin de indagar y desarticular algunos aspectos de esta dinámica, en las entrevistas vinculares con el grupo familiar y con la pareja conyugal se adoptó la perspectiva del Modelo Estructural de Terapia Sistémica de Salvador Minuchin.

Así, tras ubicar el problema manifiesto del niño en el contexto de otras variables relevantes (las características de su familia nuclear y extensa y los factores socio-culturales que influían sobre ésta), el tratamiento psicoterapéutico se tornó indisociable de la elaboración de un diagnóstico estructural, es decir, del planteo de hipótesis acerca de la relación entre las interacciones sistémicas familiares y los síntomas de Renzo.

Con este objetivo fueron efectuadas las subsiguientes entrevistas, tanto la segunda sesión de pareja como el primer encuentro con los cuatro miembros del sistema.

### 1- Elementos de la estructura del sistema familiar nuclear:

a) *Subsistema parental.* Respondiendo a un mandato de género, y en virtud de sus propias historias familiares, los padres de Renzo constituyeron un subsistema en el que cada miembro desempeñaba un rol específico y determinaba una *jerarquía*: la madre, quien dependía económicamente de su marido, ejercía su poder en el ámbito privado ocupándose de la crianza de los hijos y del capital afectivo de la familia. El padre ejercía su dominio en el ámbito público, siendo el proveedor material y desempeñando un rol periférico en la vida doméstica (Fernández, 1993).

Sin embargo, esta división de jurisprudencias no se sostenía sin costos: Mirta había relegado sus actividades extra familiares para dedicarse casi con exclusividad a su familia, no frecuentaba a sus amigas e incluso había abandonado sus clases de computación para no delegar en otra persona el cuidado de sus hijos. Jorge, por su parte, trabajaba en turnos móviles que no le permitían organizar una rutina en su hogar. Sus actividades de disfrute y esparcimiento consistían en reunirse con sus compañeros de trabajo para jugar al fútbol o cenar, y raramente realizaba actividades con sus hijos y su mujer.

Cada miembro del subsistema juzgaba negativamente el modo en que su compañero desempeñaba su rol: Mirta consideraba que Jorge debía pasar más tiempo con sus hijos y ser más equitativo, demostrándoles su interés y afecto por igual. Jorge sostenía que Mirta era muy sobreprotectora como madre y la consideraba causante de la dependencia de Renzo, ya que “lo malcriaba dándole todos los gustos”.

b) *Subsistema conyugal.* Esta división de tareas era constante motivo de discusión entre los miembros de la pareja. Mirta reprochaba a su marido la falta de apoyo, compromiso y sus celos cuando ella manifestaba interés por realizar alguna actividad de manera independiente. Jorge, por su parte, se enojaba por no sentir que sus esfuerzos eran valorados, defendía la importancia que tenían para él sus salidas extra familiares, expresó que “todo hombre tiene derecho a un poco de libertad” y la amenazaba con abandonar el hogar.

La observación de este vínculo diádico, agobiado de conflictos, permitió identificar el establecimiento de un *patrón triangular de interacción*: se trataba de un matrimonio que no compartía intereses ni actividades de disfrute, desestabilizado por los celos y el rencor pero que, sin embargo, se mantenía unido. La inclusión de un tercero, su hijo Renzo, les permitió

encubrir su conflicto y confirió sentido a su actividad como pareja, ya que compartían la preocupación por su padecimiento y estaban de acuerdo en que debían asociarse para ayudarlo.

c) *Subsistema paterno-filial*. Jorge manifestó que consideraba a Renzo un niño muy sensible y “mamero”, por lo cual le era particularmente difícil relacionarse con él. Aseguró que, a diferencia de Tomás, con quien solía compartir algunas actividades, ellos no coincidían en gustos e intereses (por ejemplo, mientras que a Tomás le encantaba ir a pescar, a Renzo los pescados le daban asco y temor, por lo que prefería quedarse en casa con su madre).

Además, dijo que se identificaba con Tomás dado que era un niño muy activo y despreocupado: “es igualito a mí cuando era chico”, aseguró. Esta particular percepción de su hijo menor, junto con las experiencias de unión y afinidad, condujeron al establecimiento de una *alianza* entre ellos de la que Renzo había quedado excluido.

d) *Subsistema materno-filial*. Cuando Renzo no se encontraba realizando sus actividades fuera del hogar, compartía con Mirta la mayor parte de su tiempo. El niño expresó que lo que más le divertía era quedarse en casa con su mamá, por lo que rechazaba las eventuales actividades y salidas que Jorge le proponía.

De esta manera, se estableció entre ambos un vínculo de mutua dependencia, dado que cada uno representaba la principal fuente de gratificación, compañía y apoyo para el otro. Renzo buscaba la presencia de su madre para hacer los deberes escolares y jugar, mostraba una preocupación permanente por su bienestar y evitaba cualquier actividad que pudiera separarlos.

En relación a esto, sería posible suponer el establecimiento de una *coalición*. La *alianza* madre-hijo sería utilizada por Mirta como un medio para expresar, subrepticamente mediante la exclusión, el rencor contra su marido.

e) *Subsistema fraterno*. Renzo y Tomás concurrían a la misma escuela y categoría en sus clases de fútbol. En estos ámbitos, Renzo busca constantemente la compañía de su hermano menor y se relaciona con su grupo de amigos. Su ausencia era motivo de angustia y temor, por lo que evitaba asistir a estas actividades sin su hermano.

Sin embargo, y a pesar de esta *alianza* sustentada por la confianza y el cariño, los niños sostenían un vínculo ambivalente atravesado por la ira y los celos. Tomás solía

molestar a su hermano mayor con sus bromas y juegos físicos y bruscos, ante esto Renzo no se defendía sino que se aparta enojado y llorando en búsqueda de que Mirta mediara y solucionara el conflicto.

Además, Renzo se mostraba muy celoso de su hermano, sobre todo cuando su madre le daba muestras de afecto o cuando no intercedía a su favor en las peleas. Asimismo, se sentía relegado por su padre ya que creía que prefería a Tomás por sobre él.

## 2- Interacción con los contextos más amplios

a) El subsistema de la familia extensa estaba constituido, del lado paterno, por cuatro tíos y un abuelo. Con tres de los hermanos la relación era nula (a pesar de que vivían cerca), pero conservaba una buena relación con su padre y su hermano Javier (casado, con dos hijos de siete y diez años), ambos residentes en una provincia. Durante sus vacaciones, Renzo y su familia solían ir a visitarlos. La abuela paterna, gravemente enferma, falleció cuando Renzo tenía siete años (como se consignó en el apartado anterior, Jorge era muy apegado a ella).

La familia materna estaba compuesta por cuatro tíos varones y ambos abuelos. Con dos de los tíos se había disuelto la relación varios años atrás, mientras que con los otros era muy esporádica a pesar de que vivían a la vuelta de su casa.

Los abuelos maternos residían en prov de buenos aires. Como ya se explicó, la relación entre Mirta y su madre estaba plagada de conflictos, a pesar de lo cual la visitaban algunos fines de semana y hablaban por teléfono.

b) Variables vinculadas al entorno socio-cultural. Se pudieron delinear ciertas características familiares ligadas a su lugar de residencia: Gran Buenos Aires.

La problemática social de la inseguridad constituía para los padres de Renzo un tema de preocupación que influía en la crianza de los niños. Ambos eran reticentes a permitir que sus hijos salieran solos, desconfiaban en enviarlos a la casa de algún compañero de la escuela si no conocían bien a su familia, e incluso evitaban dejarlos al cuidado de algún familiar.

#### 4.3.2. Modificación de la estructura familiar.

##### **Intervenciones sobre estilos transaccionales, límites y subsistemas.**

Captar la organización de la estructura familiar permitió formular los objetivos terapéuticos.

Primeramente se constató la presencia de *límites difusos* entre algunos elementos del sistema familiar que determinaron el establecimiento de un *estilo transaccional aglutinado*. Las intervenciones iniciales se organizaron sobre la premisa de que los miembros experimentaban dificultades para desarrollar sus funciones específicas debido a la constante interferencia de los demás. Las diferencias entre ellos (en cuanto a gustos, deseos, estilos emocionales, etc.) eran percibidas como potencialmente peligrosas para la cohesión grupal, por lo que los comportamientos individuales que no se ajustaban a las expectativas del resto eran censurados.

En virtud de esto, el objetivo a seguir consistió en el *reencuadre*, es decir, redefinir el significado de los síntomas de Renzo estableciendo una relación funcional entre el *problema-queja* y las transacciones recurrentemente aglutinadas del sistema. En palabras de Wainstein (2006), se buscó transformar la terapia individual en terapia familiar.

En la primera entrevista sistémica fue posible advertir una profunda dificultad para cambiar el foco de la demanda, es decir, descentrarse del comportamiento sintomático del niño para adentrarse en la compleja trama interpersonal que lo sostenía.

Por este motivo, se utilizó como disparador de un diálogo crítico el cuento “La Familia Delasoga” (Montes, 1998). Este relata la historia de una familia cuyos miembros se habían habituado a realizar sus actividades cotidianas atados por una soga elástica. A pesar de que esta unión les brindaba una sensación de seguridad y pertenencia, un día advirtieron que les impedía realizar actividades independientes que los gratificaran, por lo que decidieron cortarla. (VER ANEXO)

El uso de esta metáfora permitió iniciar un cambio en el posicionamiento subjetivo de los miembros, principalmente de los padres, de modo pudieran cuestionar su visión de los síntomas de Renzo. Advirtieron que el comportamiento de su hijo no remitía exclusivamente a rasgos inherentes de su personalidad, sino a las características del contexto familiar. Pudieron visualizar cual era su participación en la problemática referida y cuales eran sus propias dificultades.

Mirta fue la primera en expresar su identificación con un personaje del cuento: María Delasoga, la madre. Reconoció que al abandonar sus actividades y relaciones extra-familiares con el fin de cuidar a sus hijos, inadvertidamente, los había perjudicado. Relacionó los síntomas de ansiedad de Renzo con su constante atención, sobreprotección e incapacidad para frustrarlo. A su vez, admitió que no sabía como modificar este vínculo ya que, a pesar de sentirse insatisfecha y aburrida con sus responsabilidades domésticas, “ser mamá era lo que le daba sentido a su vida”. Durante su relato Renzo, quien estaba sentado junto a ella, se inclinó para abrazarla y brindarle consuelo.

Jorge, por su parte, permaneció mayormente callado. Se limitó a expresar que no sentía una gran conexión con sus hijos (principalmente con Renzo), hecho que adjudicó al estrés laboral y a la presión de ser el único sostén económico de la familia. En relación a esto, creía que los síntomas del niño podrían ser en parte culpa suya, explicaba su comportamiento temeroso y dependiente como resultado de que compartía mucho tiempo con su madre y a su escasa presencia en tanto figura paterna y masculina.

En la siguiente entrevista de pareja se utilizó la técnica de *escenificación*, solicitando a los consultantes que trataran en la sesión un tema de discusión habitual: las salidas con sus respectivos grupos de amigos.

Se pudo apreciar como el matrimonio se comunicaba mediante acusaciones cruzadas de elevada intensidad emocional. Alzando el tono de voz y profiriendo palabras hirientes, expresaban su mutua disconformidad con el modo en que su pareja desempeñaba su rol en la familia. Esta forma de expresión se correspondía con un patrón de interacción en el que cada uno intentaba controlar la conducta del otro para que coincidiera con sus propios estándares.

En consecuencia, tanto Mirta como Jorge lidiaban con una profunda insatisfacción: ya sea dentro o fuera del hogar, ninguno experimentaba un sentido de libertad e independencia que le permitiera explorar distintas experiencias y vínculos contando con el apoyo de su pareja. Por el contrario, el rencor que les generaba ver coartada su autonomía les impedía hallar espacios comunes de disfrute.

Reconocieron los beneficios de desarrollar espacios independientes de interacción social, de modo que el encuentro conyugal se viera enriquecido por estas experiencias y no se limitara tan solo a las vicisitudes de la vida doméstica. Se les propuso que hicieran



participar a su pareja de estas salidas al definir juntos en que consistirían (a dónde irían, con quienes, los horarios, etc.), ya que la falta de comunicación al respecto era la causante de los celos, fantasías negativas y rivalidades entre ellos. En virtud de esto, pautaron que Jorge cenaría los viernes con sus compañeros de trabajo y participaría en los partidos de fútbol, mientras que Mirta retomaría sus clases de informática y frecuentaría más a sus amigas.

Se pudo advertir, sin embargo, una persistente dificultad para proponer espacios de autonomía respecto de sus hijos. Les era imposible idear salidas de pareja y organizar actividades extra-familiares para los niños, debido a que no contaban con nadie a quien confiar su cuidado.

Sobre esta dificultad se centró el *enfoque* terapéutico. Las pautas de interacción entre los padres, hasta ese momento normalizadas, fueron resaltadas como un tema nuclear para la reestructuración del sistema familiar y, en consecuencia, para lograr la mejoría de Renzo. Como fue desarrollado en el apartado anterior, el conflicto inherente a la pareja hizo que Mirta se volcara hacia Renzo en búsqueda de afecto y compañía, determinando un patrón de apego invertido en el subsistema materno-filial. Por su parte Jorge, argumentando una falta de afinidad con su hijo, se mantuvo en un rol secundario respecto a su crianza y despejó el camino para que la relación madre-hijo se desarrollara sin límites claros.

En la práctica clínica resultó muy difícil lograr que los padres captaran esta dinámica y asumieran su responsabilidad respecto de los síntomas de Renzo, por ello en la siguiente entrevista familiar se implementaron técnicas para *aumentar la intensidad* de los mensajes.

Las construcciones cognitivas con fines explicativos no resultaban suficientes para provocar un cambio de perspectiva, por lo que se buscó la *repetición del mensaje* mediante distintos recursos.

Por un lado, se utilizaron metáforas: dado que Jorge era chofer, se estableció una relación isomórfica entre la familia y un motor, cada pieza debía ejercer su función específica de modo que permitiera el adecuado funcionamiento del vehículo. Además, se propusieron tareas en el consultorio: al pedir al niño que armara un rompecabezas se desencadenó una secuencia de interacciones en la que Mirta pudo advertir sus dificultades para dejarlo actuar con autonomía y Jorge pudo notar su falta de implicación.

Al observar las interacciones madre-hijo, se pudo advertir como el *patrón vincular aglutinado* condujo a una marcada pérdida de su autonomía. Los estados anímicos y

experiencias (tanto gratificantes como adversas) de cada uno repercutían intensamente en el otro: Mirta sentía como un logro personal las buenas calificaciones de su hijo y se angustiaba a la par cuando otros niños lo molestaban, mientras que Renzo lloraba junto a ella cuando peleaba con su marido.

Con el fin de proteger a ambos de este impacto emocional, Mirta evitaba exponer a Renzo ante situaciones potencialmente angustiantes, tales como dejarlo al cuidado de otro adulto (incluido su padre), no estar disponible para ayudarlo con sus tareas escolares y no frustrarlo en cuanto a sus deseos y gustos (relativos a la alimentación, a las rutinas previas a la hora de dormir, a la compra de juguetes, etc.).

Como correlato, el subsistema paterno-filial se organizó según una *pauta de interacción desligada*, caracterizada por la presencia de *límites rígidos* entre los subsistemas individuales Renzo y Jorge. El vínculo entre ambos se caracterizaba por la indiferencia, sus actividades cotidianas se desarrollaban independientemente y no era habitual que Renzo recurriera a su papá, ya sea como figura de autoridad y apoyo o como compañero de juegos. Jorge solía pensar que esta distancia beneficiaba a su hijo, ya que acudir en su ayuda cuando se mostraba temeroso o angustiado aumentaría su debilidad y sobredependencia.

Diferente era el vínculo entre Jorge y su hijo Tomás, la fuerte identificación entre ambos afianzó su sentido de pertenencia al subsistema que, además de caracterizarse por la lealtad y la mutua colaboración, se definía por su oposición al subsistema compuesto por Renzo y su madre.

Sin embargo, como lo explica Umberger (1983), un alto nivel de estrés individual puede repercutir con suficiente intensidad para activar los recursos de apoyo en un sistema desligado. Esto sería, precisamente, lo ocurrido entre Renzo y su padre: el padecimiento del niño puso de manifiesto la necesidad de modificar los patrones de interacción imperantes en la familia, de manera que pudiera lograr un mayor acceso a los estados mentales y emocionales de su hijo. Utilizando los términos de la Teoría del Apego, se trataba de que Jorge pudiera desarrollar una respuesta sensible que le permitiera actuar adecuadamente ante las preocupaciones, temores y la angustia del niño.

En virtud esto, las intervenciones persiguieron el objetivo de la *reestructuración*, es decir, del cuestionamiento de la estructura familiar. Se buscó generar experiencias, tanto

dentro como fuera del consultorio, tendientes a modificar la participación de los miembros en los distintos subsistemas, regulando la permeabilidad de las fronteras que los separaban.

Utilizando el espacio de la sesión los miembros de la familia fueron reubicados: dado que Renzo se sentaba espontáneamente junto a su madre (solía tocarla o tomarle de la mano), se le solicitó que se pusiera junto a su padre y su hermano, quedando Mirta enfrentada a ellos. Esta simple intervención aumentó la intensidad emocional de los participantes, fundamentalmente de Mirta, quien manifestó que le resultaba “raro estar sola” y que no le gustaba. Sin embargo, cuando se le propuso pensar alternativas acerca de cómo utilizar el espacio liberado se mostró entusiasmada y comenzó a estirar su cuerpo.

Junto a sus hijos, Jorge parecía incómodo. Expresó que deseaba tener una relación mas cercana a ellos, pero que le resultaba difícil dado el modo en que había sido educado: siguiendo el modelo de su propio padre, consideraba que su rol era el de proveer económicamente a la familia.

Trabajar esta construcción de realidad sustentada sobre preceptos heredados, permitió elaborar conjuntamente un concepto más amplio y flexible de su rol paterno, haciendo hincapié en la satisfacción emocional vinculada a la participación en el desarrollo de sus hijos.

Acompañando este proceso se pautaron distintas actividades que afianzaron el subsistema de Renzo y su padre: los niños lo acompañaban a los partidos de fútbol (donde jugaban con los hijos de sus compañeros de trabajo) y a las salidas de pesca. Además, Jorge comenzó a involucrarse en las rutinas de Renzo: lo acostaba por las noches y le leía un cuento, lo llevaba a la escuela y a sus sesiones de terapia, le ayudaba en sus tareas y mostraba una gran implicación personal y adherencia al tratamiento psicoterapéutico familiar.

Como correlato, estos cambios comportamentales delinearon más claramente los límites entre Renzo y su madre. Al compartir su tiempo con Jorge, el niño comenzó a identificarse con él y desarrolló un sentimiento de confianza que le permitió aventurarse, de modo incipiente, hacia la independencia.

Se produjo un *desequilibrio* respecto a las jerarquías de poder dentro de cada subsistema, ya que Jorge comenzó a participar activamente en la esfera de la vida privada y en la circulación del capital emocional. La contención y el apoyo de los niños ya no eran

funciones exclusivas de su esposa, de modo que Mirta pudo delegar estas tareas para incursionar gradualmente en el ámbito social.

En cuanto a las relaciones con el sistema de la familia extensa y del contexto social, resultó claro el establecimiento de *límites rígidos* que derivaron en un *estilo transaccional extremadamente desligado*. El débil contacto con sus parientes, vecinos y amigos, hizo que la familia de Renzo se convirtiera en un subsistema relativamente aislado de una red de apoyo más amplia que pudiera colaborar en el proceso de socialización de los niños.

La pareja parental se sentía agobiada por la responsabilidad de lograr un funcionamiento adecuado, ya que carecía de un soporte externo que pudiera ayudarla a nivel material y afectivo. Esta situación favoreció el aglutinamiento familiar dado que, efectivamente, los miembros del sistema dependían exclusivamente de su mutua contención y cooperación.

Consecuentemente, Renzo mostraba un comportamiento social extremadamente inhibido, ya que no había desarrollado un sentido de pertenencia a un sistema exogámico en el que pudiera confiar y sentirse seguro. En su desempeño público, la ansiedad se manifestaba en una escasa tendencia a la sociabilidad, mayores manifestaciones de angustia y llanto, pobre relación con los pares, escaso juego simbólico y cooperativo, menor tolerancia a la frustración y peor control sobre sus impulsos.

Con el fin de desarrollar habilidades sociales, se les solicitó a los padres que establecieran un nexo con otras familias de modo que Renzo pudiera participar en actividades con su grupo de pares y afrontar experiencias novedosas en distintos contextos sociales (ir a jugar a la casa de un compañero de la escuela, a los cumpleaños, etc.).

#### 4.4. INTERVENCIONES COGNITIVO-COMPORTAMENTALES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA<sup>1</sup>.

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

En este apartado se presentarán algunos de los recursos técnicos empleados. Estos fueron escogidos en virtud de su representatividad para el logro de los objetivos propuestos en cada fase del tratamiento:

1) Hacer del consultorio un ambiente lúdico y distendido que favorezca la expresión espontánea de los deseos e impulsos del niño.

En los primeros contactos con Renzo se destacó, como impresión clínica fundamental, su acentuada inhibición comportamental. Como si estuviera programado para ello, y sin manifestar ninguna implicación emocional, el niño cumplía con las normas sociales de cortesía, saludaba educadamente a su terapeuta, hacía caso a sus indicaciones y se limitaba a responder por sí o por no a las preguntas que se le efectuaban.

En virtud de esto, y para obtener mayor información diagnóstica, se le propuso desplegar un *juego no estructurado* que promoviera las conductas de mayor probabilidad en su repertorio. Introduciéndolo en un ambiente repleto de juguetes se le incitó a elegir alguno de su preferencia y a proponer una actividad. Renzo tomó la caja con muñecos de dinosaurios, la vació sobre la mesa y comenzó a jugar solo haciendo que dos de ellos se trenzaran en combate.

De esta manera, una de las áreas principales de conflicto salió a luz: el niño carecía de recursos que le permitieran entablar una relación lúdica con otra persona.

Con el fin de entrenarlo a afrontar situaciones sociales hasta el momento evitadas, y por lo tanto irresueltas, las interacciones se orientaron estratégicamente hacia un *juego no*

---

<sup>1</sup> Algunas de las técnicas fueron extraídas de los trabajos de Bunge, Gomar y Mandil (2008) y de Friedberg y McClure (2005) y adaptadas por el autor a este caso particular. Otras fueron sugeridas por el devenir del tratamiento sobre la base de los lineamientos teóricos de la TCC.

*estructurado y directivo*: el terapeuta entró en escena como un compañero de juegos que deseaba participar activamente y que lo enfrentaba con la necesidad de reinterpretar la situación. Debía flexibilizar las reglas del combate para llegar a un acuerdo con su contrincante y, una vez comenzada la batalla, exteriorizar y defender su posición para poder ganar.

Ya en el juego, Renzo se mostraba cohibido en la expresión de sus estados emocionales e impulsos (fundamentalmente los agresivos), se adecuaba sin objeción a las normas impuestas y, en las situaciones de conflicto en las que necesitaba enfrentar a su oponente, era dubitativo y complaciente. Sus dinosaurios se dejaban ganar.

Paulatinamente, el devenir del juego creó un clima relajado que bajó sus defensas y permitió el surgimiento de bromas y risas. Una *alianza terapéutica* positiva vehiculizó un renovado sentimiento de seguridad: en ausencia de su principal figura de apego (su madre), Renzo se aventuró a explorar un ambiente interpersonal desconocido confiando ahora en un nuevo referente, su terapeuta.

Las pautas de interacción imperantes diferían notablemente de las familiares, favoreciendo el *modelado* de conductas adaptativas a un contexto exogámico: su terapeuta lo incitaba a no darse por vencido a la vez que no lo dejaba vencer fácilmente, no cedía incondicionalmente a sus pedidos aunque tampoco imponía su voluntad, expresaba su parecer al tiempo que lo incitaba a tomar sus propias decisiones.

Si bien el niño se mostraba entusiasmado con la actividad, el esfuerzo que le exigía la constante confrontación, resignificación y adaptación de sus modos habituales de pensar y comportarse generó la necesidad de aumentar su motivación. Así, las batallas de dinosaurios se transformaron en un campeonato con distintas fases y ceremonia de entrega de premios. Al coronarse como ganador Renzo recibió su trofeo y redactó un listado de las enseñanzas adquiridas:

- No importa ganar o perder, lo importante es divertirse.
- Puedo ganar sin ayuda.
- Darme por vencido me hace sentir mal.
- Para ganar hay que esforzarse.
- Si gano puedo recibir un premio, o muchos.

2) Psicoeducar al paciente y a su familia respecto de su trastorno y las características del tratamiento.

Como fue explicado anteriormente, tanto Renzo como su familia interpretaban su comportamiento desadaptativo como inherente a alguna anomalía de su personalidad, de modo que el niño estaba subjetivamente investido por atributos tales como: “miedoso”, “sobredependiente”, “nervioso” y “sobrexigente”.

Esta atribución agudizaba el problema y resultaba sumamente improductiva, dado que culpabilizar al niño por su trastorno obstaculizaba la participación activa de los implicados en el tratamiento e impedía reconocer los recursos positivos disponibles para lograr su mejoría.

En virtud de esto, la instancia de *psicoeducación* se llevó a cabo en una entrevista familiar. Su objetivo radicó en el cuestionamiento de las creencias disfuncionales sobre la base de información especializada y comprensible acerca de la ansiedad, sus trastornos y el tratamiento. Así, redefinir el problema de manera concreta permitió aumentar la motivación y encontrar vías de resolución factibles a implementar entre todos.

El primer paso fue poner un nombre a los síntomas que Renzo experimentaba, de modo que un concepto psicológico reemplazara las denominaciones peyorativas y reduccionistas que la familia manejaba para referirse a su comportamiento. Además, se esperaba que al definirlos como una entidad gnoseológica concreta pudieran resignificarlos como un malestar común a muchos niños y con un tratamiento conocido y factible.

A partir de entonces se comenzó a hablar acerca de los “síntomas de ansiedad”.

La ansiedad fue definida como una emoción que funciona como una “alarma natural”, encendiéndose frente a situaciones peligrosas o difíciles (reales o imaginarias) y preparando al cuerpo y a la mente para reaccionar rápidamente y enfrentar aquello que nos preocupa.

Se les indicó que, en los estados de ansiedad intensa, las reacciones eran de tres tipos:

1. Sensaciones físicas: taquicardia, dolores de cabeza, inquietud, tensión muscular.
2. Formas especiales de pensar: se presta atención a los obstáculos, aspectos peligrosos o a lo que pueda salir mal en una situación.
3. Comportamientos particulares: impulso de escapar de los problemas, evitar pensar en ellos y buscar protección.

Para hacer la explicación mas comprensible se utilizó una metáfora relacionada con una vivencia familiar, dado que recientemente les habían robado el auto, se homologó la ansiedad a la alarma de un vehículo: “en las personas la ansiedad funciona como la alarma de un auto, bien calibrada se activa solamente si unos ladrones intentan robarlo, en cambio si está desregulada se activa ante cualquier estímulo. Esto es lo que ocurre en el caso de Renzo, la ansiedad se activa en forma muy intensa y frecuente haciendo que se sienta nervioso, preocupado y temeroso acerca de situaciones que no significan una amenaza verdadera”.

Ante la pregunta de los padres respecto de la causa del malestar de su hijo, se les explicó que este derivaba dos fuentes: por un lado, el desarrollo de creencias distorsionadas y estables respecto de sí mismo (su propio desempeño), quienes lo rodean (percepción negativa de los demás) y el mundo (como amenazante e inseguro), que lo conducían a agrandar los peligros y achicar sus propios recursos para afrontarlos y, por el otro, la existencia de pautas de interacción familiar que agudizaban y sostenían estos pensamientos.

Así, por ejemplo, si Renzo debía enfrentar un examen escolar, pensaba que sería muy difícil y que no se había preparado lo suficiente. El miedo y la angustia lo impulsaban entonces a buscar el apoyo de su madre quien, lejos de transmitirle confianza en sus propios recursos, le suministraba una ayuda innecesaria.

Para clarificar estos conceptos se les propuso completar juntos un cuadro en el que consignaran distintas situaciones en que “agrandaron los peligros”. (VER ANEXO)

Se trataba de identificar experiencias atemorizantes (“como si estuvieran frente a leones salvajes”) que, en realidad, resultaron sencillas y fáciles de enfrentar (“los leones resultaron ser de juguete”).

El realizar esta actividad permitió a los demás miembros de la familia reinterpretar los síntomas de Renzo como expresiones exacerbadas de tendencias emocionales y conductuales que podían reconocer en sí mismos. Al identificarse con su hijo, los padres adoptaron una actitud más esperanzada y activa respecto del tratamiento: el padecimiento del niño no remitía a una debilidad inherente a su carácter o a una búsqueda caprichosa de compañía y protección, sino a una percepción distorsionada de su experiencia y de sí mismo.



En relación a esto, por medio de un gráfico se les explicó el “circuito de la evitación” (Bunge, Gomar & Mandil, 2008). Este mostraba como al adoptar medidas de seguridad o evitar una situación atemorizante la ansiedad bajaba rápidamente generando un alivio momentáneo pero que, sin embargo, esto no resolvía el problema y, ante la necesidad de volver a enfrentar la misma situación, la ansiedad se experimenta con mayor potencia haciendo más difícil la superación del obstáculo.

Se les transmitió que el tratamiento psicoterapéutico con Renzo consistiría en la reelaboración de los pensamientos distorsionados que lo impulsaban a evitar las situaciones temidas y preocupantes, de modo que a través de experiencias concretas pudiera desarrollar nuevos recursos de afrontamiento y, concomitantemente, una mayor tolerancia a las sensaciones desagradables de ansiedad, reduciendo así la intensidad y frecuencia de este circuito.

En virtud de esto, se destacó la importancia de su participación en el tratamiento, ya que las cogniciones funcionales y los recursos de afrontamiento desarrollados en el proceso psicoterapéutico debían ser desplegados y reforzados en otros contextos y situaciones cotidianas (en el hogar, la escuela, etc.).

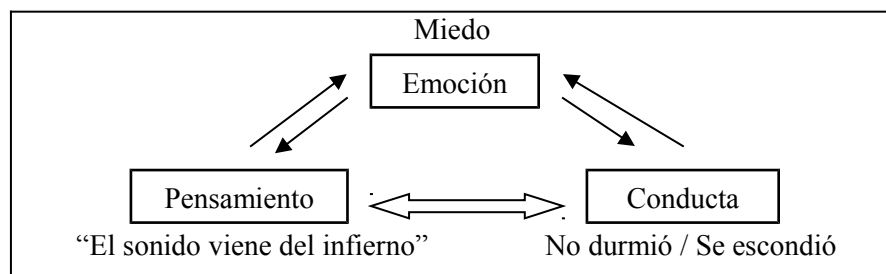
### 3) Reconocer la relación entre el pensamiento, la emoción y la conducta.

Como continuación del proceso psicoeducativo, los primeros encuentros con el niño persiguieron el objetivo de que comprendiera el modo en que se interrelacionaban sus pensamientos, emociones y conductas, determinando el surgimiento de sus problemas. Para lograrlo, el primer paso consistió en que Renzo pudiera vencer su inhibición respecto a la manifestación de sus estados internos. Con este fin se trabajó la identificación de las emociones, utilizando caritas dibujadas con acertijos referidos al tipo de expresión y su motivación. (VER ANEXO)

Luego se buscó que el niño comprendiera el funcionamiento de sus pensamientos automáticos. Para ello, se utilizó la siguiente historieta (Bunge, Gomar & Mandil, 2008):



Se le explicó que, en este caso, la niña hubiera podido pasar una buena noche si en vez de aferrarse a su creencia catastrófica hubiera investigado su pensamiento. Tomando este caso como modelo, se le propuso a Renzo completar el siguiente gráfico:



La estrategia terapéutica contemplaba continuar con la implementación de este esquema a situaciones-problema concretas experimentadas por el niño. Sin embargo, esto no fue posible, ya que Renzo se angustiaba mucho y manifestaba no tener ganas de hablar cuando se le consultaba respecto a sus dificultades para hacer amigos, su temor a estar lejos de su madre o su preocupación por su rendimiento escolar.

En virtud de esto, el plan de tratamiento incorporó un material traído por su madre. Se trataba de un cuento escrito por Renzo en el colegio que presentaba ciertas semejanzas con sus propias vivencias.

“El monstruo que vivía en el pantano” contaba la historia de “Torpedo”, un monstruo que padecía la burla de los demás debido a su cómico sombrero. Con el fin de ser aceptado, se esforzó para comprar un sombrero nuevo, así logró que los otros monstruos fueran sus amigos y no volvieran a molestarlo jamás. (VER ANEXO)

La propuesta de trabajo consistió en identificar los distintos factores que contribuían al problema de “Torpedo”: su percepción y vínculo con los demás, sus pensamientos, emociones, conductas y reacciones físicas (VER ANEXO).

Con esto, se esperaba que Renzo pudiera comenzar a analizar las variables que intervenían en el sostenimiento de sus propios problemas, por ejemplo los relativos al vínculo con personas ajenas a su familia. Así, al preguntarle si tenía problemas similares a los del monstruo, Renzo contó que no lograba hacerse amigo de los chicos de fútbol, que lo cargaban porque no jugaba bien y porque en el arco se mostraba temeroso de que la pelota lo golpeará.

Al consultarle si había intentado solucionar este problema respondió que, para que no estuviera solo y pudiera hacer amigos, su mamá le había pedido al entrenador que lo cambiara a la categoría de su hermano Tomás.

A partir de esto, se le recordó el “circuito de la evitación”: la intervención de su mamá le había permitido aliviar momentáneamente su angustia, pero también hizo que se quedara con la idea de que sus compañeros no lo querían y que él no era bueno para hacer amigos. Así, se perdía la oportunidad de que le pasaran cosas positivas e ir ganando confianza con el tiempo al crear recursos propios para solucionar sus problemas.

Se le propuso que para el siguiente encuentro efectuara una “investigación casera”, es decir, que registrara por escrito aquellas situaciones en que solicitaba ayuda a su mamá a pesar de no ser imprescindible.

#### 4) Reestructuración cognitiva.

La siguiente entrevista persiguió el propósito de indagar los pensamientos automáticos de Renzo e iniciar su cuestionamiento. Metafóricamente se le transmitió que la ansiedad actuaba como un par de “anteojos rojos” con los que se percibía al mundo de manera catastrófica, de modo que todo resultaba preocupante y digno de temor. Sin embargo, cuestionar estas creencias disfuncionales era como cambiar por unos “anteojos para ver clarito”, que permitían percibir los problemas desde distintos ángulos y encontrarles soluciones alternativas.

Sobre la base de estos conceptos fueron trabajadas las distorsiones cognitivas vinculadas a cada una de las preocupaciones más persistentes del niño. A modo de ejemplo, se presentará a continuación el tratamiento realizado sobre una preocupación específica: fracasar en los exámenes escolares. (VER ANEXO)

El primer paso consistió en identificar los pensamientos catastróficos, las emociones angustiantes y las conductas de evitación y búsqueda de seguridad vinculados al uso de los “anteojos rojos”.

A partir de esto, usando los “anteojos de ver clarito”, se inició un diálogo socrático con el fin de cuestionar las creencias desadaptativas y hallar alternativas para solucionar el problema.

Al pedirle que indicara del 1 al 10 que tan seguro era que reprobara y que tan grave sería para él, señaló que no era muy probable (aunque lo puntuó con 8) y que eso sería muy grave (10) porque podría dificultarle pasar de grado (*pensamiento catastrófico*). Se le preguntó si conocía algún chico que hubiera repetido por desaprobado un examen y dijo que no, que eso le podía suceder solo a aquellos que no estudiaban nunca y tenían muy mala conducta. Al indagar si su desempeño como alumno le daba pruebas de que le podría suceder algo así, respondió que no porque estudiaba y se portaba bien.

Al preguntarle cuantos exámenes había rendido y reprobado en lo que va del año, dijo que había rendido muchos (diez aproximadamente) y todos con buenas notas. Con el fin de matizar su percepción distorsionada y dicotómica respecto al éxito y al fracaso (*pensamiento "todo o nada"*) se le consultó si, de no haber tenido una buena calificación en dos de esos diez exámenes, podría estar seguro de que repetiría de grado. Si bien notó que no, aseguró que eso lo avergonzaría y que sus padres y su maestra se enojarían mucho con él porque seguramente pensarían que es "un vago y un tonto" (*lectura de mente*). Ante esto, se le consultó que pensaría de su mamá si ella fracasaba en un examen y explicó que no le daría mayor importancia porque sabía que, a pesar del resultado, habría dado lo mejor de sí.

Continuando con la investigación de su problema, se le preguntó como actuaba frente a su preocupación. El niño explicó que antes de un examen solicitaba ayuda a su madre para estudiar y repasar la lección, además de pedirle su crucecita como amuleto ya que consideraba que sin ésta no le podría ir bien (*pensamiento mágico*). Sin embargo, muchas veces esto no era suficiente para apaciguar sus nervios (que lo hacían padecer dolores de cabeza y de estómago), motivo por el cual le solicitaba que lo dejara faltar al colegio.

Ante la afirmación irónica de su terapeuta de que dicho malestar habría desaparecido para la fecha del recuperatorio, Renzo comprendió que su conducta le permitía evadir el problema pero no resolverlo. Además, se le hizo notar que el amuleto le servía para apaciguar momentáneamente su temor pero que le restaba poder, ya que él no había aprobado exámenes por pura suerte sino por su capacidad y estudio.

Entonces, se le solicitó que pensara cuales eran sus armas para afrontar la situación: el niño reconoció que podía confiar en su inteligencia y su memoria dado que en el colegio, fuera de las situaciones de examen, solía hacer su tarea sin dificultades, y que además su maestra le había dicho que siempre que fuera imprescindible ella podía ayudarlo.

Asimismo, destacó que hacer las cosas solo le resultaba mas gratificante porque, según su papá, “así se debía comportar un chico grande” (*pensamiento “debería”*). Ante esto, se trabajaron sus particulares significaciones acerca de lo que es ser “un chico grande”, concluyendo que pedir ayuda no es signo de debilidad pero que resulta mas satisfactorio intentar previamente hacer las cosas por sí mismo.

Con el fin de ampliar su repertorio de recursos se le enseñaron algunas técnicas de relajación para implementar en situaciones problemáticas: respirar profundamente, aflojar el cuerpo como un “muñeco de trapo” y repetir mentalmente una palabra tranquilizadora (Renzo eligió “calma”).

Finalmente, se completó el cuadro con las percepciones captadas usando los “anteojos de ver clarito” (VER ANEXO).

De esta manera se logró que el niño pudiera descentrarse y tomar conciencia de su propio funcionamiento mental, generando disonancias en su sistema de creencias acerca de sí mismo, los otros y su realidad, e incorporando otras significaciones más saludables.

Este procedimiento autorreflexivo se repitió con cada una de las situaciones-problema planteadas, de manera que Renzo se convirtió en un investigador experto de su propia mente.

Por medio de “experimentos” se desarrolló una *autoterapia ampliada*, es decir, la continuidad del proceso fuera de las entrevistas. Esto consolidó sus aprendizajes y favoreció descubrimientos a partir de nuevas actitudes exploratorias. Ejemplo de ello es la implementación de habilidades sociales entrenadas en el consultorio (mediante técnicas de modelado de conductas como el rol-playing) a situaciones concretas, tales como pedirle a un grupo de niños que le permitieran participar en un juego.

De esta manera, Renzo se aventuró a que la experiencia dinamizara una reestructuración cognitiva profunda, revisando los esquemas de apego construidos en la interacción con su madre. El logro paulatino de una mayor independencia actuó como evidencia de que su identidad podía comenzar a construirse incorporando los atributos de la autonomía y la sociabilidad.

## 5. DISCUSIÓN FINAL

Como lo explica Baringoltz (2008), adherir a un solo enfoque terapéutico tiene sus ventajas: la falta de contradicciones teóricas y técnicas, la seguridad de un encuadre único, el grupo de pertenencia y referencia. Sin embargo, esta adhesión conlleva también ciertas limitaciones: la dificultad de implementar herramientas de otros enfoques, la ausencia de una actitud de auto-crítica constructiva y la menor flexibilidad ante otras posibilidades.

En virtud de esto, la autora propone la *integración en psicoterapia* a través de la síntesis personal del terapeuta. Se trata de contar con un bagaje diverso de abordajes teórico-prácticos que permitan elegir para cada situación clínica la estrategia más adecuada, considerando tanto las necesidades y el estilo idiosincrásico del paciente como los del terapeuta.

La conjunción entre la formación académica de la Universidad de Palermo, caracterizada por el diálogo pluralista entre los distintos modelos, y el espíritu abierto que atraviesa la labor del equipo de psicopediatría del Hospital , permitió adoptar esta perspectiva integrativa como guía en la práctica clínica del caso y en la definición de los objetivos propuestos en este trabajo.

Así, como primer objetivo, se buscó comprender la etiología del cuadro de ansiedad de Renzo desde la Teoría del Apego de Bowlby.

En segundo lugar, se planteó el objetivo de analizar el contexto en el que se desarrollaba la problemática, buscando modificar los patrones de interacción familiares que la sostenían. Se apeló entonces a la Terapia Estructural Sistémica de Minuchin.

Por último, se planteó el objetivo de indagar las múltiples facetas del paradigma cognitivo del paciente con el fin de modificar las creencias disfuncionales que daban lugar a los síntomas de ansiedad. Se recurrió para ello a los aportes teórico-técnicos basados en la Terapia Cognitivo-Comportamental de Beck.

Esta pluralidad metodológica permitió sortear parcialmente una dificultad inherente a la integración entre teoría y práctica: reducir la complejidad de la experiencia clínica a una única lectura que contemple solo la relación lineal entre pocas variables.

Sin embargo, captar dicha complejidad planteó un desafío diferente: lograr integrar en un todo coherente la diversidad de conceptos, vivencias, impresiones clínicas, recursos

técnicos, diálogos y gestos que se ponen en juego en un proceso psicoterapéutico. Esto impuso, de modo implícito y permanente, el objetivo de conservar un hilo conductor que hilvanara la experiencia clínica y, consecuentemente, la presentación del caso.

Dada la hipótesis etiológica planteada, según la cual el vínculo de apego inseguro entre Renzo y su madre se hallaría en la base de su sintomatología, la desarticulación de dicha dinámica relacional se convirtió en el foco del análisis y de las intervenciones sistémicas y cognitivas.

Al modificar la estructura familiar y cognitiva del niño, se intentó dar una orientación más saludable al vínculo de apego madre-hijo. Se esperaba que al desarrollar su mutua independencia, Renzo pudiera desplegar conductas exploratorias y crear nuevos recursos de afrontamiento ante situaciones preocupantes. En definitiva, se buscaba lograr una remisión de los síntomas de ansiedad del niño.

Los resultados obtenidos en el transcurso del tratamiento avalaron la efectividad de esta estrategia. Progresivamente, comprender el modo en que se gestaban sus miedos y preocupaciones permitió a Renzo controlar su emergencia. Utilizando las técnicas aprendidas (registro de pensamientos automáticos, técnicas de relajación y de habilidades sociales) se aventuró a investigar sus temores, creando experiencias gratificantes que reforzaban su conductas de afrontamiento y reducían su tendencia a la evitación.

Así, tímidamente, el niño comenzó a integrarse en los juegos de sus compañeros de colegio, comenzó a disfrutar de nuevas actividades junto a su padre (salir de pesca, jugar al fútbol), conoció la satisfacción de hacer sus tareas escolares por sí mismo y descubrió que podía aprobar los exámenes sin llorar ni angustiarse. Incluso, hacia el final de los encuentros, Renzo confesó que gustaba de una chica del colegio, pero solicitó que no lo supiera su mamá “porque no era un tema de ella”.

Naturalmente, esta evolución no hubiera sido posible sin la plena adhesión al tratamiento de los padres del niño. De manera comprometida, ellos emprendieron un camino de revisión reflexiva de su forma de vida, de sus valores y creencias, de sus modos de relacionarse y significar la realidad. Así, facilitaron la creación de nuevos órdenes de acción e interacción, trabajando en la búsqueda de soluciones concretas.

Por otra parte, es posible apreciar ciertas falencias en la planificación y puesta en práctica del tratamiento. Una de ellas radica en la exclusión de los contextos extra familiares en los que el niño participaba.

En efecto, un diálogo fluido con la maestra y el entrenador de fútbol hubieran servido no sólo para recabar información valiosa acerca del desempeño de Renzo, sino también para hacerlos partícipes en tanto catalizadores de los aprendizajes logrados en el proceso terapéutico.

Su apreciación directa de los “experimentos” realizados en estos ámbitos, habría permitido registrar las dificultades concretas que impulsaban al niño a la evitación y sus estrategias para superarlas, aumentando así la sinergia del proceso.

Además, se podría objetar que la estrategia psicoterapéutica estuvo abocada con exclusividad al tratamiento del trastorno de ansiedad, en detrimento de una perspectiva compleja de la vida emocional y relacional del niño. Tal como se destacó en la conceptualización del caso, una tendencia a la descarga exterior de los impulsos y a la agresividad podría mantenerse latente tras su acentuada inhibición comportamental.

No obstante, la exploración de estos aspectos de su personalidad podría proponerse como una continuación del tratamiento previo: la remisión parcial del cuadro de ansiedad habría desplazado de la escena al miedo, permitiendo la emergencia de otras emociones.



## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, M. (1971). Individual differences in strange situation behaviour in one-year olds. En H. R. Shaffer (comp.), *The origins of human social relations* (pp. 17-57). Londres: Academic Press.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home*. New York: Lawrence Erlbaum.
- Alford, B. & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª edic.). Washington DC: Author.
- Baringoltz, S. (2008). Rumbo a la tierra. En Baringoltz, S. & Levy, R. (Eds.), *Terapia Cognitiva. Del dicho al hecho* (pp. 27-42). Buenos Aires: Polemos.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*: Guilford Press. Citado en: Cía, A. H. (2002). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Polemos.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of anxiety and phobic disorders*: Center of Cognitive Therapy. Citado en: Cía, A. H. (2002). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Polemos.
- Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Trastornos de ansiedad y fobias*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T. & Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorder*: Guilford Press. Citado en: Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós.
- Beck, J. S. (1995). *Terapia cognitiva*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. & Clark, D. (1997). *El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Bell, J. E. (1992). *Técnicas proyectivas*. Barcelona: Paidós.
- Bender, L. (1996). *Test gestáltico visomotor*. México: Paidós.
- Berg, I. (1976). School phobia in the children of agorophobic women. *Br Jour of Psychiatry*, 128, 86- 89. Citado en: Cía, A. H. (2002). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Polemos.

- Birmaher, B., Khetarpal, S. & Brent, D. (1997) *The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics*. Pittsburgh: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: Tavistock. Citado en: Marrone, M. (2005). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Prismática.
- Bowlby, J. (1980). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.
- Camerini, J. (2004). *Introducción a la terapia cognitiva*. Buenos Aires: Catrec.
- Candarle, J. (2008). Terapia Cognitiva con niños: ¿a qué jugamos? En Baringltz, S. & Levy, R. (Eds.), *Terapia Cognitiva. Del dicho al hecho* (pp. 79-96). Buenos Aires: Polemos.
- Casullo, M. & Fernández Liporace, M. (2005). *Los estilos de apego. Teoría y medición*. Buenos Aires: JVE ediciones.
- Cía, A. H. (2002). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Polemos.
- Desatnik Miechimsky, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En Luz de Lourdes Eguluz (comp.), *Terapia familiar. Su uso hoy en día* (pp. 32-69). México D. F.: Pax México.
- Ellis, A. (1962). Razón y emoción en psicoterapia: Desclée de Brouwer. Citado en: Camerini, J. (2004). *Introducción a la terapia cognitiva*. Buenos Aires: Catrec.
- Fernández, A. M. (1993). Hombres públicos-Mujeres privadas. En *La mujer de la ilusión* Buenos Aires: Paidós.
- Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós.
- Kagan, J., Reznick, J. & Snidman, N. (1987). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167-171. Citado en: Bunge, E. Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.

- Kendall, P. (2000). *Child and adolescent therapy*: The Guilford Press. Citado en: Bunge, E. Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.
- Knell, S. (1999). *Cognitive-behavioral play therapy*: Plenum Publishers. Citado en: Cía, A. H. (2002). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Polemos.
- Lazarus, R. S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 124-129. Citado en: Cía, A. H. (2002). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Polemos.
- Marrone, M. (2005). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Prismática.
- Maruish, M. E., (1999). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Minuchin, S. (1967). *Families of the slums*: Basic Books. Citado en: Marrone, M. (2005). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Prismática.
- Minuchin, S. (1989). *Familias y terapia familiar*. México D. F.: Gedisa.
- Montes, G. (1998). *La familia Delasoga*. Buenos Aires: Colihue.
- Querol, S. & Chávez Paz, M. I. (2004). *Test de la persona bajo la lluvia. Adaptación y aplicación*. Buenos Aires: Lugar.
- Ronen, T. (1997). *Cognitive developmental therapy for children*: Wiley. Citado en: Bunge, E. Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.
- Rosebaum, J. F. (1988). *Behavioral inhibition in children of parents with panic disorders an agoraphobia*. *Archives of General Psychiatry*, 45: 463-470. Citado en: Cía, A. H. (2002). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Polemos.
- Umberger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JVC Ediciones.
- Watson, J. B. & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), pp. 1-14. Citado en: Bunge, E. Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.

# 7. ANEXO