

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Trabajo Final de Integración

Análisis de caso: Síndrome de Tourette y las comorbilidades que presenta una niña de ocho años.

Profesor: Dra. Analía Brizzio

Profesor Tutor: Dra. Nora Gelassen

Autor: María Fernanda Araya

Índice de contenido

1INTRODUCCIÓN.....	3
2OBJETIVOS.....	4
2.1Objetivo general:	4
2.2Objetivos específicos:.....	4
3MARCO TEÓRICO	4
3.1 Síndrome de Tourette	4
3.1.1Caracterización.....	4
3.1.2Tipología y evolución de los tics.....	6
3.1.3Tratamiento:	8
3.2Ansiedad	9
3.2.1Generalidades y prevalencia.....	9
3.2.2Clasificación de los Trastornos de ansiedad	12
3.2.3Ansiedad generalizada	12
3.3Terapia cognitiva-conductual	14
3.3.1Supuestos y fundamentos.....	14
3.3.2Tratamiento de trastornos de ansiedad.....	17
3.3.3Trastornos de ansiedad en niños	19
3.3.4Tratamiento cognitivo-conductual en el caso de ST	22
3.4Socialización	23
4METODOLOGÍA	25
4.1Tipo de Estudio	25
4.2Participante	25
4.3Instrumentos	26
4.4Procedimientos	26

	2
5DESARROLLO	27
5.1Presentación del caso	27
5.2Describir la sintomatología ansiosa y los problemas de socialización de la niña en el ámbito familiar y escolar.	28
5.2.1Sintomatología ansiosa.....	28
5.2.2Problemas de socialización.....	32
5.3Analizar la estrategia de abordaje y las intervenciones de la psicóloga para disminuir la sintomatología ansiosa de la niña.	34
5.3.1Ponle emoción al rostro	35
5.3.2Diálogos internos. Aprender a desafiar pensamientos	37
5.3.3Demostrar que puedo (DQP)	38
5.3.4Intervención conductual	40
5.4Analizar la estrategia de abordaje y las intervenciones de la psicóloga para mejorar los problemas de socialización.	40
5.4.1Juegos.....	41
5.4.2Teatralizaciones	43
5.4.3Cuentos	44
5.4.4Otras técnicas.....	44
5.4.5El trabajo con la madre	45
6CONCLUSIÓN.....	48
7REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

1 INTRODUCCIÓN

Para la realización de este trabajo se seleccionó el caso de una niña diagnosticada con Síndrome de Tourette.

Para la realización del Trabajo Final Integrador (TFI) se tomó como base la información obtenida a través de la observación del abordaje y seguimiento terapéutico del caso de una niña diagnosticada con Síndrome de Gilles de Tourette en el año 2013, cuando contaba con 7 años de edad.

Actualmente la niña continúa con su tratamiento terapéutico donde son abordadas las comorbilidades del caso, presenta conductas ansiosas y, a causa de sus tics, dificultad para sociabilizar con sus pares.

La información para desarrollar el presente trabajo es tomada de diferentes fuentes, se tuvo acceso a la historia clínica, se presenciaron entrevistas con la niña, se realizaron entrevistas a la terapeuta.

Para el caso se toma como base para el estudio el periodo de un año, que comprende de Septiembre de 2013 hasta Septiembre de 2014.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general:

Describir el abordaje a través de la terapia cognitiva-conductual (TCC) de la comorbilidad ansiosa y de los problemas en la socialización en el caso de una niña con Síndrome de Tourette.

2.2 Objetivos específicos:

1 Describir la sintomatología ansiosa y los problemas de socialización de la niña en el ámbito familiar y escolar.

2 Analizar la estrategia de abordaje y las intervenciones de la psicóloga, entre septiembre de 2013 y septiembre de 2014 para disminuir la sintomatología ansiosa de la niña.

3 Analizar la estrategia de abordaje y las intervenciones de la psicóloga, entre septiembre de 2013 y septiembre de 2014 para mejorar los problemas de socialización.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Síndrome de Tourette

3.1.1 Caracterización

El Síndrome de Tourette (ST) es un trastorno neurológico caracterizado por la presencia de múltiples tics motores y uno o varios tics fónicos. Dicho trastorno fue diagnosticado por primera vez en el año 1885 en una noble francesa de 86 años, por el doctor Georges Gilles de la Tourette, de quien toma el nombre (NINDS, 2012).

Los tics son movimientos estereotipados, que se presentan de manera recurrente, y que no siguen un patrón rítmico determinado. Los tics motores y vocales pueden ser simples (cuando se ven involucrados sólo unos pocos músculos o sonidos simples) o complejos (implicando múltiples grupos de músculos activados en contracciones coordinadas, o palabras y frases) (APA, 2014).

En el caso del ST es frecuente que los primeros síntomas comiencen durante la niñez, generalmente entre los 7 y 10 años de edad. Los tics pueden presentarse de forma crónica, y también pueden desaparecer por un determinado plazo de tiempo. Los síntomas más severos se dan en la adolescencia, y en muchos casos van mejorando a medida que avanza la edad y se va alcanzando la adultez. Tanto en niños como en adultos, puede darse la situación de que los que sufren este síndrome no tengan consciencia de sus tics (NINDS, 2012).

Según Amor Salamanca (2009), su etiología aún no se conoce con exactitud, aunque sí se sabe que presenta un fuerte, pero aún no definido, componente genético. Desde el punto de vista del tratamiento, es importante diagnosticarlo a tiempo para que su evolución sea favorable (Torres, Pereira Scromeda, Benitez Cima & Scromeda, 2010).

La prevalencia del ST es de 4-5 casos por cada 10.000 personas, sin que se hayan observado diferencias significativas en la presencia del trastorno en diferentes razas. Es más frecuente en los varones que en las mujeres en una proporción de 3 a 1 (García López et al, 2009).

La característica más distintiva del Síndrome de Tourette son los tics motores, acompañados en la mayoría de los casos por uno o más tics vocales. Estos tics pueden aparecer simultáneamente o en diferentes períodos de la enfermedad, siendo los tics motores los primeros en aparecer. Para el diagnóstico debe verificarse que los tics se presenten varias veces al día, de manera recurrente, y durante un período superior a 1 año. Además, durante ese tiempo, no

debe existir un período libre de tics de más de 3 meses consecutivos. El inicio del trastorno se produce antes de los 18 años de edad. Para el diagnóstico diferencial debe descartarse que los tics se deban a efectos fisiológicos directos de una sustancia o medicamento (p. ej., estimulantes) ni a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis posviral). Los tics pueden afectar diferentes partes del cuerpo, a medida que transcurre el tiempo pueden transformarse, y presentarse de diferentes maneras. Como así también variar la frecuencia y gravedad de los mismos. (APA, 2014).

Es frecuente que los tics se agudicen si la persona experimenta ansiedad o se exita por alguna causa. En el caso de realizar alguna actividad relajante estos se atenuarán. Los tics continúan muchas veces durante el sueño, aunque no con la misma intensidad que en el estado de vigilia de la persona (NINDS, 2012).

El síndrome de Tourette (ST) suele presentarse en comorbilidad con otros trastornos, y este factor determina el grado de severidad del mismo y la gravedad del problema que representa. En muchos casos se presenta junto con trastornos de ansiedad como el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), déficit de atención e hiperactividad (ADD), y trastornos comportamentales como la falta de control de los impulsos o conductas autolesivas (García López et al, 2009).

3.1.2 Tipología y evolución de los tics

Los tics que caracterizan al ST tienden a evolucionar a lo largo del tiempo, cambiando de simples a complejos; al mismo tiempo pueden aparecer nuevos tics reemplazando a los primeros, o simplemente sumarse al cuadro sintomático. La intensidad máxima en la expresión de los tics llega generalmente a los 10-11 años (Calderón González & Calderón Sepúlveda, 2003).

Puede establecerse una clasificación considerando las características sindromáticas con que se presentan los Tics. Cuando se observan tics motores y/o vocales durante un periodo inferior a un año, se los considera tics transitorios. Se calcula que este cuadro afecta aproximadamente al 10% de los niños. Cuando el

periodo durante el cual se presentan los tics es superior a un año, se los considera tics crónicos. Esto puede darse tanto con presencia de uno o más tics motores o vocales, o con la presencia simultánea de ambos tipos de tics. El primer tipo afecta aproximadamente entre el 3 y el 5% de la población general, mientras que la presencia crónica y combinada de ambos tipos de tics es bastante menos frecuente, con una incidencia entre el 0,05 y el 0,5% de la población. En este caso, generalmente, los tics se presentan con fluctuaciones más o menos periódicas, a pesar de su cronicidad (Torres, Pereira Scromeda, Benitez Cima & Scromeda, 2010).

Una enumeración parcial de las formas clínicas de los Tics, distinguiendo entre simples y complejos es la siguiente (Torres, Pereira Scromeda, Benitez Cima & Scromeda, 2010):

Tics simples: dentro de los motores encontramos los pestañeos, muecas faciales, movimientos con la nariz y la boca, apriete de dientes, movimientos con los hombros, manos, cabeza u otros movimientos del cuerpo que involucran músculos específicos. Como tics vocales se pueden encontrar: risas, gorgoteo, zumbidos y otros sonidos, como así también aspirado o salivación.

Tics complejos motores: En este caso los movimientos involucrados o los sonidos emitidos pueden llegar a ser bastante complejos. Así, encontramos gestos faciales, estiramiento de lengua, piruetas, patadas, saltos, ecopraxia, etc. Y dentro de los vocales, frases cortas y complejas, palabras inapropiadas y otras alteraciones del habla.

Como ya se mencionó, la ocurrencia de los tics es, muchas veces, fluctuante a través del tiempo. En consecuencia, la sintomatología de este síndrome puede variar considerablemente y así los síntomas pueden presentarse en grado leve, moderado, severo o muy severo, dependiendo fundamentalmente de la frecuencia con que lo hagan y del grado de interferencia que provoquen en el desempeño diario de la persona (Moctezuma del Castillo, 2003).

3.1.3 Tratamiento:

Por el momento el síndrome de Tourette no tiene cura, pero la sintomatología suele mejorar en muchas personas después de los 20 años. Incluso algunas personas pueden llegar a verse relativamente liberados de síntomas y prescindir de medicamentos para atenuar los tics. Miranda (2000) sostiene que un alto porcentaje de pacientes que padecen este síndrome no necesita tratamiento medicamentoso específico para los tics, por lo que resultaría más importante orientar la terapia hacia las áreas en que se presentan las mayores dificultades asociadas a este trastorno. De esta manera, el tratamiento farmacológico no es la única opción para el abordaje del ST, en tanto hay pacientes que no requieren ser medicados, y muchos otros que no toleran dicha medicina. En todos estos casos, la psicoterapia encuentra un espacio para ser útil.

Esto resulta importante porque todos los medicamentos utilizados para controlar los tics poseen efectos secundarios, por lo que es muy recomendable que, en los casos en que resulte posible, se prescinda de medicación. Como alternativa a ella pueden implementarse tratamientos como la terapia cognitiva conductual que, más allá del control de los tics, pueden ayudar a las personas que sufren este trastorno a desarrollar estrategias para afrontar los problemas sociales y emocionales que suelen acompañarlo (NINDS, 2012).

Debido a la alta comorbilidad con depresión, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad y de hiperactividad, es imprescindible brindarles tratamiento para estos problemas a los pacientes que lo requieran (Torres, Pereira Scromeda, Benitez Cima & Scromeda, 2010). En este sentido, el primer paso del tratamiento de ST es la identificación de las áreas de mayor problema o impedimento funcional. Para muchos pacientes las mayores dificultades que deben enfrentar están dadas por los trastornos que se presentan en comorbilidad y por las manifestaciones asociadas al síndrome, y no por los tics en sí (Calderón-González & Calderón-Sepúlveda, 2003).

Un aspecto importante en el tratamiento del ST es brindar educación a los padres, docentes y pares para evitar que a través de burlas y otras manifestaciones negativas en la interacción hagan que quienes sufren el síndrome se sientan avergonzados y se aíslen. No olvidar que los niños no pueden controlar los tics, y muchas veces no son conscientes de que los hacen. Aún así estos pueden disminuir y, en alguna medida, ser reemplazados por movimientos menos disruptivos. Proveer de seguridad y respaldo al niño, enseñándole a conocer la enfermedad y reforzar sus recursos de defensa son tareas indispensables como parte del tratamiento (Calderón-González & Calderón-Sepúlveda, 2003).

3.2 Ansiedad

Entre los trastornos que pueden presentarse en comorbilidad con la sintomatología propia del Síndrome de Tourette el trastorno de Ansiedad, y el Trastorno obsesivo compulsivo se encuentran entre los más comunes. Miranda (2000) sostiene que muchos pacientes con el ST pueden presentar también trastornos de ansiedad, bajo la forma de fobias y ataques de pánico. Según este autor la patología más frecuentemente asociada con el síndrome es el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En el diagnóstico del síndrome es importante entonces considerar las manifestaciones relacionadas con alguna de las formas en que se presenta el trastorno de ansiedad.

3.2.1 Generalidades y prevalencia

Hasta mediados de la década del setenta, el concepto de *ansiedad* era entendido unidimensionalmente, como un rasgo general de la personalidad, o como una reacción emocional ante una situación evaluada como amenazante. Esta última forma de considerarla es la más básica de las dos: implica un conjunto de manifestaciones fisiológicas, conductuales y expresivas que corresponden a esa reacción emocional. En tanto rasgo de personalidad, la ansiedad es definida como la tendencia más o menos estable a reaccionar de manera ansioso ante estímulos generales o determinados. Desde entonces, el concepto se ha ido

ampliando en capacidad descriptiva, al mismo tiempo que su significado se ha vuelto más complejo debido a la posibilidad de adoptar múltiples enfoques, de acuerdo con la dimensión que se considere (Cano Vindel & Miguel Tobal 1999).

Por ejemplo, una forma de organizar estas dimensiones es partiendo del modelo de los tres sistemas de respuesta emocional de Lang (1968, citado en Cano Vindel & Miguel Tobal, 1999). Esto implica considerar por separado las manifestaciones fisiológicas, cognitivas y motoras, sabiendo que, si bien en muchos casos existe una articulación entre estas tres dimensiones, puede suceder que se presenten discordancias entre ellas. La evaluación de la dimensión cognitiva se realiza típicamente mediante autoinforme, y aunque el mismo medio puede servir para relevar las dos restantes, es más aconsejable recurrir para ello al registro de cambios fisiológicos con instrumental adecuado y a la observación para el caso de las manifestaciones motoras.

Bulacio (2011), en su caracterización de la sintomatología ansiosa, rescata las tres dimensiones del modelo de Lang y le agrega una cuarta dimensión: la social. En la correspondiente al sistema fisiológico (que llama síntomas físicos) incluye las palpitaciones, falta de aire, náuseas, sensación de mareo y de rigidez, entre otras. Entre los síntomas cognitivos incluye un conjunto de sensaciones y emociones: inquietud, agobio, sensación de amenaza, inseguridad, sensación de extrañeza y otras similares. En los casos más extremos, la escalada emocional puede derivar en un sentimiento de terror. Las conductas motoras (tercer sistema de Lang) resultan en muchos casos (aunque no necesariamente) manifestaciones de las sensaciones y emociones enumeradas antes. Así, es posible observar en una persona ansiosa un estado de alerta y vigilancia sostenido, asociado con inquietud motora. En cuanto a la capacidad de acción, la ansiedad puede manifestarse en extremos opuestos en apariencia, como pueden ser una conducta impulsiva, desatada o bien un bloqueo de la capacidad para actuar que lleve a la propia inactividad de la persona. Finalmente, la dimensión agregada por el autor incluye las manifestaciones sociales tales como el ensimismamiento, la irritabilidad

en las interacciones, o incluso dificultades para iniciar o sostener una conversación. En algunos casos, las sensaciones y emociones que asaltan a la persona ansiosa pueden llevar a bloqueos como el que se menciona más arriba, que tienen su expresión en términos de interacción como la imposibilidad de preguntar o responder, de expresar las propias opiniones o defenderlas frente a otros.

Además de la complejidad que surge de las distintas dimensiones en las que puede manifestarse y de la especificidad de las situaciones que la generan como respuesta, la ansiedad puede distinguirse entre la ansiedad normal y la patológica. La primera de ellas es la respuesta que tiene manifestaciones proporcionadas a la situación que la genera; por ser un mecanismo funcional y adaptativo esta forma de la ansiedad no puede ni debe ser eliminado. En algunos casos puede surgir como un problema, cuando algunas de estas manifestaciones resultan molestas para una persona, aún sin llegar a entrar en el campo de la patología, pero entonces se debe tratar de que la persona aprenda a convivir con la ansiedad, en equilibrio con sus capacidades para actuar (Bulacio, 2011).

Se considera que la ansiedad es patológica cuando adquiere un carácter generalizado, asciende a niveles elevados de intensidad en tanto respuesta, o bien se transforma en un patrón de respuesta rígida, que no es capaz ya de distinguir entre situaciones de diferente índole. En cualquiera de estos casos, la respuesta emocional que caracteriza a la ansiedad se vuelve disfuncional, deja de estar al servicio de la adaptación, y esta es la clave para calificarla como patológica (Cia, 2007).

Se estima que entre un 15% y un 20% de la población padecerá a lo largo de su vida, problemas relacionados con la ansiedad que requerirán tratamiento. Esto significa que estamos ante un problema que alcanza a gran número de personas, y que requiere destinar recursos para su atención, ya que la mayoría de las veces la ansiedad tiende a mantenerse, e incluso, si no se realiza un tratamiento, a

extenderse y generalizarse (Bulacio, 2011). Dada esta tendencia a la cronicidad de los trastornos ansiosos, al no ser adecuadamente diagnosticados y tratados repercuten en todos los ámbitos de la vida, afectando las relaciones con otros en los entornos familiar, laboral y social (Cía, 2007).

3.2.2 Clasificación de los Trastornos de ansiedad

El DSM-5 (APA, 2014) presenta una clasificación de los trastornos de ansiedad que incluye: Trastorno de ansiedad por separación (que en el DSM-4 está incluido bajo el subtítulo de Trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia); mutismo selectivo; fobia específica (con distintos objetos y situaciones como desencadenantes); trastorno de ansiedad social (también llamado fobia social); trastorno de pánico; agorafobia; trastorno de ansiedad generalizada; trastorno de ansiedad inducido por sustancias, medicamentos, u otras enfermedades y trastorno no especificado. La principal diferencia con su antecesor el DSM 4-TR, es que el actual no incluye dentro de los trastornos de ansiedad el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), creando un apartado específico donde lo presenta junto con otros trastornos relacionados.

3.2.3 Ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es aquel trastorno de ansiedad que se caracteriza por que se presenta como respuesta a una amplia gama de acontecimientos de ámbitos diferentes. La prevalencia del TAG es del 5% (Barlow, 1988, citado en Capafons, 2001).

Los criterios para diagnosticar este trastorno según el DSM-5 (APA, 2014, p. 137-38) son los siguientes:

Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se produce durante más días de lo que ha estado ausente durante un mínimo de 6 meses, en relación con diversos sucesos o actividades como la actividad laboral o escolar.

Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes en los últimos seis meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas: inquietud o sensación de estar atrapado; fatigabilidad fácil; dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco; irritabilidad; tensión muscular o alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

Las personas con TAG, en la medida en que son capaces de mantener su ansiedad en niveles moderados, pueden desempeñarse socialmente sin dificultades graves. Pueden tener un trabajo o, en el caso de los niños, concurrir a

una escuela y cumplir con sus tareas. Por el contrario, si su ansiedad es grave, ya sea porque se extiende en el tiempo o porque su intensidad es alta, una persona que sufre este trastorno puede tener dificultades para llevar a cabo las actividades más sencillas de la vida diaria (NIMH, 2012).

El TAG es el trastorno de ansiedad que se observa con mayor frecuencia en los niños, junto con el trastorno de ansiedad por separación. Se calcula que afecta aproximadamente al 3% de la población infantil (Anderson, Williams, McGee & Silva, 1987, citado en Orgilés Amorós, Méndez Carrillo, Rosa Alcázar & Inglés Saura, 2003).

La terapia cognitiva-conductual es de amplia utilización para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que dan lugar a sus temores, al determinar la forma en que se percibe una situación u objeto; y, por otra parte, permite trabajar en el sentido de cambiar la forma en que se reacciona ante dichas situaciones (NIMH, 2012).

3.3 Terapia cognitiva-conductual

3.3.1 Supuestos y fundamentos

En términos teóricos, la psicología cognitiva intenta conocer el modo que operan los procesos cognitivos de las personas con el objetivo de diseñar tratamientos efectivos (Alford & Beck, 1997).

Los tratamientos cognitivo-conductuales, orientados específicamente a distintos trastornos, tienen en común el que se basan en el supuesto teórico de que las emociones y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por la forma en que estructura el mundo, es decir en que le otorga sentido al conjunto de fenómenos que se le presentan (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, citado en Obst Camerini, 2005).

El primer paso en un tratamiento consistirá entonces en comprender la forma en que el paciente interpreta el mundo y se relaciona con él. A partir de esta

comprensión del terapeuta hacia el paciente es donde se podrán identificar los objetivos de trabajo y los medios más adecuados para realizar intervenciones que promuevan los cambios necesarios. Esto implica que, ya desde el principio del tratamiento, se desarrolle una alianza entre el paciente y el terapeuta, conocida como *alianza terapéutica*. La empatía es un aspecto fundamental para que esto se logre (Chazenbalk, 1998).

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos. En un tratamiento de este tipo, el terapeuta intentará lograr que el paciente modifique aquellas construcciones y creencias que le resultan disfuncionales, para convertirlas o reemplazarlas por otras más funcionales. En este sentido son fundamentales los conceptos de fortalezas, competencias, habilidades y estrategias, aspectos sobre los cuales se ha de trabajar para ampliar el horizonte del paciente. La terapia cognitiva espera que, a través del tratamiento, el paciente pueda: aprender nuevas maneras de superar dificultades, aumentar las opciones y alternativas, desarrollar nuevas habilidades, disminuir la tensión y los síntomas (Chazenbalk, 1998). La teoría cognitiva supone que, a través de una modificación de este tipo, se pueden obtener resultados positivos y perdurables en el tiempo (Alford & Beck, 1997, citado en Obst Camerini, 2005).

El terapeuta, apunta con el tratamiento a efectuar modificaciones en tres niveles diferentes: el superficial, que estaría representado por los pensamientos automáticos; el intermedio, que incluiría a los supuestos subyacentes; y el profundo o nuclear, que referiría a lo que se denominan los esquemas (Dattilio y Padesky, 1990, citado en Obst Camerini, 2005).

El tratamiento se realiza en diferentes etapas, que van desde el establecimiento de objetivos iniciales, hasta la evaluación de los cambios obtenidos, pasando por la psicoeducación, que incluye la información que se le da al paciente acerca del trastorno que padece, el desarrollo de habilidades para

identificar sus pensamientos automáticos y la enseñanza de estrategias de afrontamiento para resolver los problemas. Durante el tratamiento, sin dejar de trabajar en los puntos anteriores, el eje cognitivo del mismo pasará por identificar y tratar de modificar las creencias y valoraciones del paciente, utilizando técnicas, racionales, emocionales y conductuales. En una última etapa, llegando al fin del tratamiento, corresponde preparar al paciente para la finalización del mismo y trabajar en la prevención de la recaída (Beck, 1995; citado en Obst Camerini, 2005).

El terapeuta con formación en terapia cognitiva conductual, tiene como propósito estimular las capacidades y competencias que tiene o puede desarrollar la persona para crecer, otorgándole un lugar de fundamental importancia a su autonomía (Chazenbalk, 1998).

El rol que asume el terapeuta es activo, directivo, empático, y está claramente centralizado en el presente. A lo largo del tratamiento, participa del proceso de modificación de las creencias y de las cogniciones del paciente. En el caso que éstas sean disfuncionales, el terapeuta las desafía y promueve la búsqueda e incorporación de constructos más funcionales (Chazenbalk, 1998).

En síntesis, la terapia cognitiva-conductual desarrollada a partir de los lineamientos de Beck se fundamenta en un conjunto de principios simples, entre los cuales el principal es que los problemas del paciente deben ser planteados en términos *cognitivos* y formulados de manera que permitan un *abordaje* dinámico. Partiendo de allí, otros aspectos importantes para este tipo de tratamiento son: el establecimiento, ya desde los primeros encuentros, de una *alianza terapéutica* entre paciente y terapeuta. Para esta terapia es muy importante la colaboración y la *participación activa* del paciente. Esta alianza se despliega durante el tratamiento para el cumplimiento de *objetivos claros* de *elaboración conjunta*, que expresan *acciones concretas* para superar los problemas identificados. La terapia cognitiva-conductual, *resalta el presente*, y es limitada en el tiempo, fijándose una

cantidad de sesiones estructuradas. A través de la *psicoeducación* le enseña al paciente herramientas que pueda utilizar como si fuera él mismo su propio terapeuta, de esta manera, la terapia ayudará al paciente a *modificar sus pensamientos disfuncionales* y sus conductas por medio de diversas técnicas (Beck, 2009).

3.3.2 Tratamiento de trastornos de ansiedad

Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad a través de una terapia de enfoque cognitivo-conductual se suelen utilizar estrategias basadas en una serie acotada de componentes terapéuticos, derivados de la teoría cognitiva.

Partiendo del supuesto fundamental de que no es el objetivo principal de la terapia el ajustar al sujeto a la realidad, lo que se intenta con el tratamiento es que el paciente logre flexibilizar, a través de su evaluación de la información, las interpretaciones que ha construido acerca de lo que implica para él una amenaza. Estimular el procesamiento de información relacionado con señales de seguridad, al mismo tiempo que se modifican las creencias desadaptativas sobre la vulnerabilidad del sujeto, es otro de los componentes fundamentales de una terapia de este tipo. Así mismo, se busca eliminar conductas defensivas disfuncionales, mejorar la tolerancia y aceptación de la ansiedad y flexibilizar el proceso cognitivo en términos generales. De esta manera, se espera reducir las preocupaciones excesivas, mejorando las habilidades de resolución de problemas, al mismo tiempo que se enseña a evitar el sesgo atencional (Beck & Clark, 2011).

El primer tratamiento para la ansiedad generalizada fue desarrollado en 1971 por Suinn y Richardson, al que denominaron *Entrenamiento en el manejo de la ansiedad* (EMA). Fue diseñado para aquellas personas que presentaban ansiedad de manera permanente y generalizada, es decir que no estaba asociada a ningún estímulo determinado. El objetivo básico de este tratamiento es que el paciente

desarrolle recursos para hacer frente a la ansiedad, de modo que se genere un cambio en el comportamiento (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

Desde entonces, el principal objetivo que tiene la terapia cognitivo-conductual es desactivar los esquemas de amenaza hipervalentes. Y, para lograr esto, es necesario modificar los productos de la activación de la amenaza (Beck & Clark, 2011).

Considerando que las evaluaciones disfuncionales del paciente están en la base de sus temores y ansiedad desmedida, la terapia cognitiva busca poner a prueba tales evaluaciones a través de tres pasos.

Como primera medida le brinda al paciente información sobre el modelo cognitivo de la ansiedad, enseñándole a estar mucho más consciente de sus interpretaciones automáticas de amenaza a través de ejercicios de automonitoreo. En segundo lugar, la reestructuración cognitiva se usa en forma exploratoria y colaborativa para ayudar a los pacientes a reunir información a favor y en contra de sus interpretaciones disfuncionales, con el objetivo de desarrollar evaluaciones alternativas más benignas de las situaciones. Por último, se utilizan ejercicios conductuales y experienciales, los que generalmente incluyen algún tipo de exposición a la situación temida, como experimentos de testeos de hipótesis que permiten desafiar las interpretaciones disfuncionales y reforzar las explicaciones alternativas no ansiosas (Beck & Clark, 2011).

En todas las variantes de tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad es indispensable la participación activa del paciente y el compromiso con el tratamiento. Los ejercicios basados en técnicas de relajación, por ejemplo, que buscan identificar alguna imagen que le transmita calma al paciente, deben hacerse diariamente para resultar realmente efectivos. El registro diario y lo más completo posible de situaciones estresantes, resulta una forma efectiva de identificar situaciones que son disparadoras de ansiedad, y también es una técnica que requiere del compromiso del paciente. Cuando, ya avanzadas las sesiones, se

presenten al paciente situaciones que causen ansiedad, el grado en que haya incorporado las técnicas de relajación y que conozca sus reacciones personales frente a los estímulos determinará la capacidad para superarlas sin que se dispare la respuesta de ansiedad. A medida que se avanza con el tratamiento, se espera que las situaciones inducidas sean muy parecidas a las que ocurren en la vida real, de este modo el paciente irá adquiriendo habilidades para manejar la ansiedad (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

3.3.3 Trastornos de ansiedad en niños

Kendall (2000, citado en Bunge, Gomar & Mandil, 2008) caracteriza el pensamiento de los niños ansiosos por la presencia de cogniciones negativas acerca de sí mismos y del entorno, que determinan sentimientos de temor y alarma desmedida, que suelen presentarse junto a pensamientos autocríticos. La base de la ansiedad se encuentra entonces en la valoración que el niño hace de una potencial amenaza, y del costo o significado que ella tiene. La sobreestimación de esa amenaza presenta como su otra cara complementaria una subvaloración de las propias capacidades para afrontarla. En términos conductuales, la permanente atención a esas amenazas, y las conductas de evitación y medidas de seguridad que se toman ante ellas completan el cuadro del niño ansioso (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

Puesto que los trastornos de ansiedad son incapacitantes a corto y largo plazo y afectan la vida del niño y su entorno, surge la necesidad de intervenir a edades tempranas. La terapia cognitiva-conductual ha demostrado su eficacia para el tratamiento de distintos trastornos de ansiedad en múltiples estudios (Ollendick & King, 1998; Barret, 2000, citados en Orgilés Amorós, Méndez Carrillo, Rosa Alcázar & Inglés Saura, 2003).

Una importante diferencia entre la terapia cognitiva aplicada a niños y a adultos es la necesidad de desarrollar estrategias para superar las limitaciones relacionadas a la capacidad de comunicación y al desarrollo intelectual de los

primeros. Tales limitaciones pueden interferir con el logro de objetivos focalizados en los aspectos verbales. Por ejemplo, en el caso de los niños, la estrategia principal no consistirá en transformar los pensamientos negativos en positivos, como suele ser el caso cuando se trata de adultos, sino que lo fundamental será ayudarlos a identificar esos pensamientos negativos y cuestionarlos (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

El juego puede ser de gran utilidad desde el punto de vista terapéutico, en tanto favorece cambios cognitivos y conductuales. Puede resultar así un medio para canalizar otras técnicas terapéuticas, pero también puede resultar terapéutico en sí mismo. Además, el juego puede contribuir en gran medida a crear un ambiente de seguridad que permita superar las limitaciones comunicacionales ya mencionadas (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

Una técnica que se emplea con niños es el tradicional ta-te-ti, a través de este juego podrán experimentar confianza en sí, búsqueda de estrategias, intento de nuevas soluciones. Con la observación del desempeño del niño en el juego el terapeuta podrá observar los códigos y costumbres habituales de los niños. Otra técnica utilizada por los terapeutas cognitivos conductuales para el desarrollo de habilidades sociales, son los ejercicios de dramatización, de modelaje,; resultan efectivos en niños retraídos, muy tímidos, que tienen dificultad para relacionarse con sus pares (Chazenbalk, 1998).

Los tratamientos cognitivo-conductuales aplicados a niños con sintomatología ansiosa tienen como modelo el desarrollado por Kendall (1994, citado en Orgilés Amorós, Méndez Carrillo, Rosa Alcázar & Inglés Saura, 2003) llamado "El gato valiente" (*Coping cat*). Reúne un conjunto de técnicas e intervenciones destinadas al logro de objetivos en cuatro aspectos: capacidad de reconocer los síntomas ansiosos, modificación de los pensamientos automáticos, desarrollo de un plan de afrontamiento y evaluación y autorrefuerzo. El modelo prevee un período acotado de tiempo con un promedio de sesiones entre 15 y 17.

Una parte de ellas dedicadas al entrenamiento y el trabajo con técnicas de relajación, y las restantes correspondientes a la exposición controlada, incluyendo las denominadas actividades DQP (Demostrar Que Puedo) que consisten en tareas que implican la exposición a situaciones que provocan la respuesta de ansiedad que el niño o niña debe completar fuera del ámbito de la terapia (Kendall & Kosovsky, 2010).

Un aspecto importante de la eficacia de este tipo de tratamientos es la permanencia de los beneficios obtenidos a partir de los mismos. Estudios realizados con un seguimiento hasta un año posterior al tratamiento así lo muestran (Kendall, Safford, Flannery-Schroeder & Webb, 2004, citado en Kendall & Kosovsky, 2010).

Para el abordaje del trastorno, la psicoeducación es de fundamental importancia. En relación con el paciente, ésta consiste en brindar información acerca de las características del trastorno y del tratamiento que se va a aplicar. En las primeras entrevistas se hace una descripción del significado de los tics y trastornos asociados y se comunican las distintas alternativas de tratamiento, las técnicas a utilizar y la duración estimada para el logro de los objetivos (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

En la clínica con niños, la psicoeducación se continúa en el trabajo con la familia. La dependencia de los pacientes con respecto a sus padres, tutores y parientes significativos determina la necesidad de trabajar paralelamente con ellos para lograr que por su influencia, los esquemas cognitivos, actitudes y estilos de afrontamiento evolucionen de modo que resulte favorable para el tratamiento y para la superación de los problemas que afectan al paciente (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

3.3.4 Tratamiento cognitivo-conductual en el caso de ST

La psicoterapia puede ser efectiva en el tratamiento a las personas afectadas con este trastorno, en la medida que los ayuda a ser conscientes de su problema y puede ser útil para adaptarse al entorno social y manejar las emociones que derivan del ST (NINDS, 2012).

En el tratamiento del ST, como primera medida, es necesario identificar el área vital que se encuentra perjudicada en mayor medida a raíz de los tics y de las conductas asociadas al trastorno. En muchos casos, y considerando la incidencia que este trastorno tiene entre niños y adolescentes, los problemas en el ámbito escolar, ya sea de socialización o de aprendizaje, suelen ser los más importantes. En todos estos casos, resulta beneficioso para el tratamiento recurrir a la psicoeducación, brindando información a familiares, cuidadores, docentes y pares acerca de las implicancias del síndrome. En el caso de ser necesario se trabaja en conjunto con la docente a cargo, con el fin de mejorar el rendimiento escolar y las habilidades de sociabilización (Calderón González & Calderón Sepúlveda, 2003).

La terapia conductual puede ser efectiva para el control de los tics y de las conductas motivadas por este trastorno. A través de técnicas de modificación de la conducta se les enseña a los pacientes a reconocer sus tics, y a reemplazarlos por otros movimientos, más leves y que causen una interrupción menor en su habitual desempeño. Aunque muchas veces el control completo de los tics no es posible, este tipo de abordaje suele ayudar a reducir el efecto disruptivo que los mismos tienen en la vida cotidiana de los pacientes (Torres, Pereira Scromeda, Benitez Cima & Scromeda, 2010).

Tratándose de un síndrome complejo, el tratamiento debe tener una duración entre 12 y 18 meses, para obtener una buena respuesta (Torres, Pereira Scromeda, Benitez Cima & Scromeda, 2010).

3.4 Socialización

Cuando los tics se dan con una frecuencia e intensidad importantes, los niños que padecen ST pueden verse expuestos a las burlas de sus pares, y esta

situación, a su vez, llevarlos a adoptar estrategias evitativas, aislándose del resto. Esta situación puede verse agravada debido a las comorbilidades características del síndrome: si además de los tics motores y sonoros el niño padece alguna forma de trastorno ansioso (fobia, TOC, ansiedad generalizada) la angustia ante el contacto social puede verse aumentada.

La socialización es una parte fundamental de la actividad humana, ya que, en el transcurrir de la vida, las habilidades sociales que se desarrollan por medio de este proceso determinarán en buena medida las posibilidades y limitaciones (Caballo 2005, citado en Lacunza, 2009).

Las primeras habilidades sociales se adquieren en la primera infancia a través del contacto e interacción con los padres o cuidadores. En este sentido, la familia es el primer contexto social donde el niño participa. Al comenzar la escolaridad comienzan nuevas interacciones y los contextos se amplían, brindando nuevas oportunidades para el desarrollo de habilidades sociales en el niño. Dentro del ámbito extrafamiliar, las influencias que los niños reciban por parte de sus pares serán de mucha importancia para el desarrollo de habilidades sociales (Gallardo Vázquez, 2007).

Entre los 6 y 12 años de edad, etapa en que los niños se encuentran escolarizados, se producen muchos aprendizajes y se abren grandes posibilidades para que el niño se pueda insertar en ámbitos extrafamiliares. A través de la vinculación con sus pares, una correcta forma de socialización facilita la incorporación de nuevos conocimientos y favorece el desarrollo intelectual, ya que el desarrollo se da por factores biológicos y sociales a la vez (De Mathía, 2013).

Las experiencias que un niño comparte con sus pares, las cuales hoy en día suelen iniciarse alrededor de los 2 o 3 años y se extienden hasta más allá de la adolescencia acompañando la entrada en la adultez, no sólo contribuyen a los aspectos sociales de su desarrollo, sino que les son indispensables para reconocerse como individuos por derecho propio (Linguado & Zorrandino, 1981).

La interacción social con los pares es beneficiosa para el desarrollo normal de los niños, ya que facilita el surgimiento de competencias y aprendizajes. Pertenecer a un grupo incide de forma positiva en su autoestima; como primera forma de sociabilización fuera del ámbito familiar, el niño encuentra un lugar en el que se forman vínculos de confianza y donde puede compartir secretos (Kimelman, 2012).

En el ámbito de las interacciones sociales los niños van incorporando la cultura, los modos de actuar en sociedad, las normas y las reglas, del mismo modo incorporarán los valores. El desarrollo sociopersonal se consolida también a través de las interacciones sociales. En niños y adultos se producen estimulaciones recíprocas, que se dan a través de los vínculos que se produjeron entre ellos (Gallardo Vazquez, 2007).

El niño se nutre del ambiente en el que vive; y, aunque amplíe sus contextos sociales, su familia va a ser el de mayor importancia. En el seno de la familia se producen los lazos afectivos, se aprenden emociones diferentes, y se brinda el sostén para que el niño se desarrolle. Además, la familia ofrece al niño los modelos de conductas que serán importantes para su madurez personal (Gallardo Vázquez, 2007).

Cada familia tendrá características y modos propios de brindar apoyo a sus hijos durante el desarrollo. El estilo particular de cada una no tiene relación alguna con el nivel socioeconómico o cultural al que pertenezcan; por el contrario, se debe a la autovaloración de sus capacidades. También de las familias tomamos modelos para resolver conflictos, con sus particularidades características, esto dependerá de los intereses que cada una tenga (Unicef, 2008).

Diferentes estudios han demostrado que las habilidades sociales tienen influencia directa tanto en la salud física como mental de las personas. Los problemas de socialización han sido relacionados a ciertos trastornos, entre los

cuales se encuentra el de ansiedad (Semrud- Clikeman, 2007; citado en Lacunza, 2009).

En el caso de los niños que padecen el Síndrome de Tourette, la presencia de síntomas ansiosos en comorbilidad con el mismo puede derivar en problemas de socialización, ya que su expresión en el plano social suele llevar a quienes lo padecen a ensimismarse, y aislarse del entorno por sus dificultades para sostener conversaciones. En la escuela, otras manifestaciones sociales como el quedarse callado ante una pregunta o la incapacidad para expresar las propias ideas y defenderlas frente a otros, pueden resultar en dificultades para el proceso de aprendizaje (Bulacio, 2011).

Los comportamientos disfuncionales en los niños, tales como la agresividad o el negativismo, pueden prevenirse desarrollando habilidades sociales. Por medio de ellas se favorece la adaptación del niño a los distintos ámbitos en que le toca participar, y la aceptación por parte de los otros (Lacunza, 2009).

4 METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Estudio

Estudio descriptivo. Caso único.

4.2 Participante

Ana, la paciente cuyo tratamiento se analizó es una niña de 8 años diagnosticada en Septiembre de 2013 con Síndrome de Gilles de Tourette. Desde entonces sigue un tratamiento cognitivo-conductual semanalmente. Hasta el momento no ha recibido medicación.

4.3 Instrumentos

Historia clínica de la paciente incluyendo la entrevista pre-admisión.

Notas obtenidas durante la observación no participante de las sesiones entre la terapeuta a cargo y la niña, y de las reuniones de supervisión.

Desgrabación de entrevistas semidirigidas a la terapeuta responsable del caso. Los ejes principales de las entrevistas fueron: a) La identificación de los problemas a abordar y sus prioridades, b) Las comorbilidades detectadas, c) Las intervenciones realizadas durante el tratamiento, sus objetivos y resultados, d) El grado de aceptación y compromiso de la paciente y su madre e) La evolución del cuadro en términos generales y específicos y la correspondiente evaluación de lo logrado.

4.4 Procedimientos

Previo pedido de autorización a la institución para tomar el caso, se analizó la historia clínica de la niña, partiendo del registro de la entrevista de pre-admisión y recorriendo las notas y materiales de todas las sesiones que han tenido lugar desde septiembre de 2013 hasta septiembre de 2014.

Se presenciaron cinco sesiones del tratamiento que tuvieron lugar en los meses de agosto y septiembre. Se generaron notas a partir de lo observado en esas sesiones con el fin de obtener registros de la evolución de la niña, de las intervenciones de la terapeuta y los resultados observados.

Para completar la información obtenida a partir del análisis de la historia clínica y de la observación se realizó una entrevista semidirigida a la terapeuta responsable del caso.

5 DESARROLLO

5.1 Presentación del caso

La paciente cuyo caso se analiza en el presente trabajo tiene 8 años de edad y comenzó el tratamiento en septiembre de 2013. Vive con su madre en una casa de material que cuenta con tres habitaciones, una de ellas se encuentra alquilada. La niña comparte el dormitorio con la mamá y duermen en la misma cama al momento de iniciarse el tratamiento. Su papá convivió con ellas sólo hasta los siete meses de edad de la niña, y nunca más tuvieron noticias de él. Ana dice desde su primera entrevista con la terapeuta que quiere verlo o, al menos, saber acerca de su padre.

Celia, la mamá de Ana, no trabaja porque tiene una discapacidad producto de una traqueotomía y es la que se encarga de todas las tareas de la niña, la lleva al colegio, le hace la comida, y es quien la ayuda con la realización de las tareas escolares.

Celia es quien solicita un turno en el departamento de Psicología del centro de salud, ya que fue derivada por su pediatra. Como los requisitos lo indican, la madre completa el formulario de Entrevista Pre-Admisión, donde debe indicar datos personales y motivo de consulta sobre lo que le preocupa de su hija. Algunas conductas que la madre resaltó como preocupantes en dicho formulario son: “saliva en exceso y se chupa el pelo o la ropa” (aclara que en ese momento hacía dos meses había dejado la mamadera); “se niega a hacer la tarea”; “en la escuela no quiere escribir”; “los compañeros la ridiculizan porque llora o se babea con frecuencia”; “habitualmente juega con sus compañeros varones” y, finalmente, agrega que supone que sus problemas para relacionarse en la escuela pueden deberse a una hipoacusia.

Con base en las informaciones que provee la madre a través del formulario pueden identificarse en Ana problemas de conducta y de socialización en el ámbito escolar, además de los tics motores que se expresan, principalmente, en el

chupeteo de su pelo y ropa. Para recabar más información se le solicita que complete la anamnesis, donde se detectan algunos temas que serán indagados oportunamente.

Esta información se completa con una primera entrevista de la terapeuta con la madre, donde se toma mayor conocimiento acerca de las conductas que le preocupan acerca de su hija. Celia llega puntualmente a la entrevista y, en una primera impresión, se muestra predispuesta y atenta a la problemática que trae a consulta.

De acuerdo con la historia clínica de la niña, que se encuentra archivada y a la cual se tuvo acceso para este trabajo, Ana sufre una disminución de su capacidad auditiva del oído derecho, y además recibe tratamiento neumonológico preventivo, porque sufre de broncoespasmos desde los cuatro años de edad. La psicóloga considera que Ana es una niña “muy despierta y muy inteligente”. Durante las observaciones se pudo comprobar que Ana tiene un vocabulario bastante amplio para su edad, y cuando habla de sus sensaciones en varias oportunidades menciona partes internas del cuerpo, como por ejemplo “mi cerebro dijo”..., “mi cerebro es amigo de las neuronas”, “mi cerebro y mi pulmón”.

5.2 Describir la sintomatología ansiosa y los problemas de socialización de la niña en el ámbito familiar y escolar.

5.2.1 Sintomatología ansiosa

Desde las primeras entrevistas, y según consta en la historia clínica, la niña exhibe tics motores. Además del tic del chupeteo, mencionado por la madre en el formulario pre-admisión, la psicóloga agrega que mueve la pierna constantemente en forma ansiosa. En las entrevistas observadas de manera directa para la realización de este trabajo se pudo apreciar que Ana estaba muy inquieta, se movía permanentemente y cambiaba de posición en su asiento. También mostraba muchos tics motores en la cara: movimientos de la nariz, mordisquearse insistentemente el labio y parpadeos. En una de las sesiones observadas Ana

estaba con conjuntivitis. Venía padeciéndola desde hacía más de una mes porque uno de sus tics es meterse el dedo en el ojo y esta conducta impedía que se le cure la infección.

Estas expresiones señalarían la presencia de una elevada ansiedad en la niña. La terapeuta registra que, a mayor ansiedad de la niña, mayor es la frecuencia de los tics. En una de las entrevistas, Ana dice “mi cerebro hace una fiesta con mi corazón, el pulmón pone la música, las costillas a bailar”, como una expresión un tanto poética de la ansiedad que siente.

De la entrevista con la psicóloga, se obtiene una descripción más detallada de la sintomatología ansiosa de la niña que la que se registra en la historia clínica. En primer lugar, Ana muestra problemas en las funciones ejecutivas, expresados en la forma de pensamientos desorganizados. Es muy inquieta, le cuesta esperar para obtener algo, y en la experiencia con juegos de reglas, se muestra reacia a respetarlas, queriendo inventar las propias, no puede esperar su turno y antes de que el juego haya finalizado lo quiere abandonar. Esto se da especialmente si está perdiendo. Ana no acepta perder.

Por otra parte, la niña anticipa situaciones que le resultan amenazantes, y sus pensamientos aparecen asociados con angustia y miedo. Esto concuerda con los criterios incluidos en el DSM 5 (APA, 2014) para el diagnóstico de la ansiedad generalizada, en particular con lo que allí se define como preocupación excesiva que el paciente no puede controlar. De las actividades realizadas con la psicóloga surge que una de las cosas que le genera más angustia a Ana es pensar en que le llegase a pasar algo a su mamá. También dice sentir miedo de que su mamá la deje sola.

Relacionado con sus problemas de socialización en la escuela, Ana dice tener miedo de que sus compañeras la rechacen y no quieran jugar con ella. Y, finalmente, cabe mencionar un miedo que se revela como un claro indicador de trastorno de ansiedad generalizada, según se vió en el marco teórico: el miedo a

volver a tener miedo. Estos temores de Ana se relacionan con el análisis de las manifestaciones sociales de la ansiedad realizado por Bulacio (2011), entre las que incluye el ensimismamiento, la irritabilidad en las interacciones, y las dificultades para iniciar o sostener una conversación. Todas ellas son observables en Ana, según lo registrado en la historia clínica.

Además, considerando que en este trabajo se trata el caso de una niña, el DSM 5 aclara que, en los niños, puede considerarse el diagnóstico de ansiedad cuando se presenta sólo uno de los siguientes síntomas: inquietud o sensación de estar atrapado; fatigabilidad fácil; dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco; irritabilidad; tensión muscular o alteraciones del sueño. En el caso de Ana pudieron observarse al menos tres de estos signos, ya que es notable su inquietud, sus dificultades para concentrarse en una tarea y la tensión muscular casi permanente que se expresa en sus movimientos en el asiento.

Otros pensamientos relacionados con la ansiedad de Ana van apareciendo con las entrevistas. Ya en el segundo encuentro dice que no usa el baño porque hay muchas bacterias y, como eso le da miedo, durante las horas del colegio se aguanta. Puede considerarse que este tipo de pensamientos en la paciente tienen un tono obsesivo, lo que se observa con más claridad respecto de uno que, según ella misma dice, le preocupa y la pone triste: “que se extingan los animales”. Cuando se lo confiesa a la psicóloga le pide que la ayude a pensar que eso no va a pasar. Este tipo de pensamientos, que son característicos del TOC, suelen presentarse con mucha frecuencia en comorbilidad con el ST (García López et al, 2009).

De alguna manera, estos pensamientos y su expresión en la conducta de Ana, estarían relacionados con la forma en que su madre se relaciona con ella. Celia se describe como agresiva, al mismo tiempo que sobreprotectora con Ana. Dice que, a veces, siente que no puede controlar alguna situación y se va porque se sabe “mano larga”. Reconoce que en ocasiones le tira el pelo a la niña.

Su aspecto sobreprotector aparece asociado con su imagen de Ana, de la cual dice que es muy ingenua. Por esta razón no la deja salir a la calle acompañada de su abuela materna, porque ella tiene 72 años y le da temor que la secuestren. Como producto del temor aparece también la prohibición de que Ana vaya al baño por las noches, supuestamente porque lo comparten con el señor que alquila y a la madre le da miedo. Al no dejarle usar el baño, le hace hacer a la niña sus necesidades en una pelela. Esto implica un trato que no tiene relación con la edad de Ana. En el mismo sentido, Celia tampoco la deja que se bañe sola, ella se encarga de eso. Por otra parte, esta sobreprotección se desliza hacia la complicidad, cuando, en las ocasiones en que la niña no hace la tarea, la madre le envía una nota a la maestra justificándola.

La preocupación de Celia se extiende también a los tics que muestra su hija. En la entrevista inicial declara que le preocupa que se le haya pegado un nuevo tic como tirar los hombros para atrás. Cuando se le pregunta para obtener más información, dice no saber en qué momento los hace. De hecho puede observarse a través de la historia clínica la aparición de nuevos tics durante el tratamiento, lo cual concuerda con lo señalado por Calderón González y Calderón Sepúlveda (2003) acerca de la aparición de tics nuevos y la modificación de los ya existentes durante el desarrollo del ST.

Como consecuencia de los pensamientos angustiantes de Ana, alimentados por la relación que tiene con su madre, la niña ve afectada su vida cotidiana, particularmente en el ámbito de la escuela, que por otra parte es prácticamente el único en el que participa fuera de su propio hogar. Se observa aquí lo señalado por Cia (2007) en cuanto a que la respuesta emocional que caracteriza al trastorno de ansiedad se vuelve disfuncional, en tanto deja de ser útil desde un punto de vista adaptativo, pasando a merecer la calificación de patológica. La base de la angustia que generan estos pensamientos está en la sobreestimación de una amenaza simultáneamente con una subvaloración de las propias capacidades para afrontarla. El temor que sigue a estas valoraciones genera conductas de

evitación y medidas de seguridad que caracterizan el cuadro del niño ansioso (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

5.2.2 Problemas de socialización

Considerando que la infancia es la etapa de la vida durante la cual se produce lo más importante del proceso de socialización, y se sientan las bases para el desarrollo de las habilidades sociales que determinarán en gran medida las posibilidades y limitaciones de la vida futura (Caballo 2005, citado en Lacunza, 2009) los problemas que la paciente presenta en esta área son un punto fundamental del tratamiento. Las dificultades para el normal desenvolvimiento de este proceso pueden generar consecuencias en el presente y, fundamentalmente, en el futuro de quienes las sufren.

Tratándose de un trastorno que tiene característicamente a niños y adolescentes como pacientes típicos, los problemas en el ámbito escolar, tanto en la socialización como en el aprendizaje, suelen ser los más importantes (Calderón González & Calderón Sepúlveda, 2003). De la primera entrevista con Ana, según se registra en la historia clínica, surge que es hija única y, al no saberse nada del padre, se desconoce si tiene o no medio hermanos. La psicóloga registra que su rendimiento escolar es bueno; esto, a pesar de que su mamá en la pre-admisión expresó que en la escuela no quería escribir y se negaba a hacer las tareas. Cuando se le pregunta acerca de sus relaciones con otros niños, dice que tiene dos amigas, pero, a lo largo de las sesiones, irán surgiendo los problemas que Ana tiene para integrarse a sus compañeros.

Según lo que ella cuenta, sus compañeros del colegio se burlan de ella y no juega con otras niñas porque nadie la invita a jugar y ella no se anima a proponerles juegos por miedo a ser rechazada, por parecer aburrida. En los recreos, y cuando los demás tienen momentos de juego, ella evita al resto de los chicos y se va a la biblioteca. Dice que lo hace por interés personal, porque le gusta estar allí, pero es una conducta de evitación que aparece directamente

relacionada con su temor al rechazo (Bulacio, 2011). Este miedo a ser rechazada, a que nadie quiera jugar con ella, aparece en varias de las primeras entrevistas y es uno de los problemas abordados por la psicóloga. Esto se entiende en tanto es un problema que puede afectar la autoestima de la niña, que en lugar de encontrar en la escuela, entre sus pares, un lugar en el que establecer vínculos de confianza y donde pueda sentirse segura, encuentra el aislamiento y el rechazo (Kimelman, 2012).

Por otra parte, el aislamiento de Ana respecto de sus pares se extiende afuera del ámbito escolar, ya que no frecuenta la casa de amigas o de niñas de su edad y tampoco recibe a ninguna compañera en su casa. En alguna oportunidad fue a casa de una compañera, pero su madre no la dejó ir más, según sus propios dichos porque no confía en la familia de esa compañera ya que hay varios hombres en la casa y la madre, según dice, “está en la macumba”. Considerando que el inicio de la escolaridad facilita nuevas interacciones y una ampliación de los contextos en los que los niños se socializan, resulta un campo que brinda muchas oportunidades para el desarrollo de habilidades sociales por medio de la interacción con sus pares (Gallardo Vázquez, 2007). En el caso de Ana, el aislamiento que sufre implica que pierda tales oportunidades en relación con las habilidades sociales, comprometiendo su desarrollo.

Las únicas relaciones que Ana ha establecido en el ámbito de la escuela son con algunos compañeros varones. Ante la pregunta de la psicóloga, dice que tiene predilección por jugar con sus amigos varones, y que pertenece a un “Club de amigos”. Incluso declara ser la capitana. Ana dice que tiene una “alianza de amistad con los varones” y por eso no se lleva mal. Cuenta que le gusta un compañerito de 8 años que está en segundo grado, porque es lindo, gracioso y tiene el mismo apellido que Selena Gomez. Según lo que manifiesta también es amiga de algunos chicos que están en secundaria, y en una oportunidad la ayudaron cuando ella estaba llorando porque Jennifer (una compañera que no la quiere) “la peleó”. Su relación con los varones de la escuela puede considerarse

una estrategia para poder afrontar sus problemas de socialización, buscando en el grupo de varones protección frente a las burlas de sus compañeras al mismo tiempo que cierto sentimiento de pertenencia.

A pesar de estos problemas con sus compañeras, cuando se le pregunta cómo la pasa en el colegio responde que bien, aunque aclara que, como es un poco desordenada, pierde las cosas, aunque a veces son sus compañeras las que se las sacan.

Una cuestión interesante que surge de la historia clínica es que Ana tiene una actividad extra escolar: va a patin. Esto sucede desde el año pasado, y según la niña, con sus compañeras de patín se lleva muy bien y se relaciona sin dificultad; todo lo contrario a lo que le ocurre en el colegio. En uno de los intercambios con la psicóloga registrados en la historia clínica dice que en patin se siente la “mujer maravilla”, se maneja con soltura, y se siente chistosa y divertida. En cambio, en el colegio se siente “avergonzada”, porque “la cargan” y “se ríen de ella”. Como tiene miedo al rechazo, evita los contactos y no juega con las chicas. La caracterización que Ana hace de su forma de ser en el grupo de patín va a ser retomada por la psicóloga para el tratamiento, como forma de abordar su ansiedad frente al contacto con otras niñas. Puede considerarse que existe una compleja relación entre ambos problemas, pudiendo el desarrollo de las habilidades sociales mejorar la salud mental en casos de ansiedad (Semrud- Clikeman, 2007; citado en Lacunza, 2009).

5.3 Analizar la estrategia de abordaje y las intervenciones de la psicóloga para disminuir la sintomatología ansiosa de la niña.

Desde la segunda entrevista la psicóloga establece algunas pautas para comenzar a trabajar con los síntomas de ansiedad que aparecen relacionados con los tics de Ana. Según Torres, Pereira Scromeda, Benitez Cima y Scromeda, (2010), el primer paso del tratamiento debe ser la identificación de las áreas de mayor impedimento funcional. Y considerando la alta comorbilidad que el ST

presenta con trastornos de ansiedad, TOC y depresión, los autores sostienen que éstos suelen ser los primeros problemas que corresponde abordar. La planificación inicial de la psicóloga encargada del tratamiento se muestra en coincidencia con esta perspectiva, enfatizando el trabajo con el trastorno de ansiedad que padece Ana en comparación con el abordaje de los tics.

A pesar de este énfasis, desde el inicio se plantea también la necesidad de trabajar con el registro que Ana tiene de los tics. En primer lugar, la psicóloga va a pedirle a la madre que no la rete cuando hace los tics. Se puede observar aquí el abordaje desde una perspectiva psicoeducativa de uno de los factores más importantes en éste y otros trastornos, que es la influencia del entorno familiar directo. Para lograr un apoyo que resulta fundamental para la evolución del tratamiento de Ana, se le explica a la mujer que los tics de la niña no son voluntarios, y que ella no sólo no puede controlarlos, sino que incluso puede que no sea totalmente consciente de en qué momentos los hace. Esta recomendación busca quitarle a la niña una presión por parte de la madre que de ninguna manera colaboraría con el tratamiento; incluso se decide no llamar a los movimientos de Ana tics para colaborar en el mismo sentido. Al mismo tiempo, la psicóloga registra en la historia clínica que será fundamental el trabajo con la madre de la niña, que también tiene muchos temores que le hacen actuar de manera sobreprotectora.

5.3.1 Ponle emoción al rostro

En la tercera entrevista la psicóloga le presenta a Ana una actividad incluida en el manual *El gato valiente* (Kendall, 2010) llamada *Ponle emoción al rostro*, que tiene como objetivo lograr que la niña identifique y prevea emociones. Se lo presenta como *el juego de las caritas* y consiste en que la niña relacione una serie de dibujos sencillos de caras con distintas expresiones (aburrida, asustada, contenta) con una emoción y esta emoción con cosas de su propia vida. El resultado de la primera versión de esta actividad es el siguiente:

Cara de...

Miedo: "cantar en público, cuando hay gente"; " los insectos"

Bronca: "que maten a animales, me pone furiosa".

Aburrimiento: "estar sola con mamá".

Felicidad: "cuando sea grande voy a ser una exitosa diseñadora de moda".

Cada una de las respuestas de Ana, registradas en la historia clínica de donde se tomaron, da lugar a alguna pregunta de la psicóloga para comprender mejor la relación que la niña plantea. Cabe mencionar que relaciona el aburrimiento con el estar con la mamá, lo que podría estar hablando de la falta de relaciones con otras niñas de su edad. Por otra parte, también es destacable que, ante la cara de felicidad, Ana se proyecta a su futuro y no relaciona con ningún momento de su realidad actual.

Al finalizar la sesión, la terapeuta le da a Ana tarea para hacer en su casa, y que debe cumplir para la próxima sesión. Una de ellas es el ejercicio de las caritas, con el objetivo de que Ana vaya desarrollando su capacidad para reconocer emociones. Otra tarea que se le encomendó en ese momento es la de traer registradas una situación linda para ella y otra que le resulte fea.

La primera semana esto no se cumplió según lo pactado, ya que en la entrevista siguiente Ana no llevó la tarea de las caritas; según explicó porque se la olvidó en su casa. Según dice, la abuela se la guardó.

A pesar de lo anterior, Ana se muestra contenta durante la sesión, y manifiesta estar "feliz". La terapeuta la felicita, porque se bañó sola y se sintió con "gloria". Para aprovechar este comienzo promisorio, se hace un "pacto" entre terapeuta y paciente: que Ana haga "pipi" en el inodoro y no en la pelela. Dado que para lograr que este pacto se cumpla resulta fundamental el papel de Celia, la psicóloga habla con la madre para saber en qué medida puede colaborar ella para que Ana logre bajar su ansiedad, y se sienta más segura. Como indicaciones importantes se le sugiere que no la deje mirar más noticieros, que invite amigas a

su casa y que pueda salir con su abuela a realizar compras. El punto de los noticieros está relacionado con que Ana dice que algo que le resulta muy preocupante es que los ladrones la maten.

5.3.2 Diálogos internos. Aprender a desafiar pensamientos

Unas sesiones después de la relatada en el párrafo anterior se trabajó con situaciones de miedo a partir de una actividad incluida en el manual *El gato valiente* (Kendall, 2010). Se le pide a Ana que se imagine frente a una situación de las que le dan miedo, y que piense en cuál sería la primera pista de que está sintiendo miedo que le daría su cuerpo. La respuesta de Ana es un tanto extraña “que mi cabeza gire y los ojos miren a todos lados”. Puede haber aquí un cierto interés de la niña por decir algo que resulte atractivo, o no está identificando cuáles son las respuestas de su cuerpo frente a los pensamientos que le dan temor. La psicóloga le repregunta, dónde siente el miedo, y Ana responde que en la cabeza, en el corazón, en los músculos del brazo y en las piernas. Dice que “ el cerebro hace cortocircuito”. Para completar la idea, la psicóloga le pide que recuerde una situación en la que sintió miedo y qué fue lo que le sucedió. Ana relata una oportunidad en que fue al supermercado con su mamá y en un momento se encontró sola. En ese momento se puso a llorar hasta que reencontró a su mamá.

El objetivo de las actividades anteriores es lograr que Ana distinga las situaciones que realmente le causan miedo y provocan respuestas como el llanto, de otras en las que no existe ninguna amenaza, de manera que pueda controlar su ansiedad y rechazar los pensamientos que la preocupan. Bunge, Gomar y Mandil (2008) sugieren que, en el caso de los niños, la estrategia principal no debería consistir en transformar los pensamientos negativos en positivos, sino en ayudarlos a identificar esos pensamientos negativos y a cuestionarlos.

Algunas sesiones después de aquella en que Ana contó el episodio del supermercado la psicóloga le planteó pensar en una situación ficticia “Mamá tarda

mucho” y en una pregunta asociada ¿Por qué tarda tanto? Entre las respuestas que da la niña y con la ayuda de la psicóloga se fue generando la siguiente serie:

La agarró alguien - Se encontró con un amigo - No sabe que comprar, está indecisa - Tal vez se fue a la psicóloga.

A través de este trabajo se intenta generar pensamientos que le permitan racionalizar la situación y que reemplacen a los pensamientos angustiantes y ansiosos que automáticamente se disparan en la niña. Es importante hacerle notar al niño lo útil de imaginar el afrontamiento de una situación para el uso de las distintas estrategias (Kendall, 2010).

Este tipo de actividad se aplicó a otro de los pensamientos que preocupan mucho a Ana, que es acerca de su padre ausente. La evolución de las ideas resultante en este caso fue: No tengo papá - No puede estar muerto - A lo mejor está en otro país - O en otra provincia - O no quiere ver a mamá.

5.3.3 Demostrar que puedo (DQP)

En la misma sesión se realizó una actividad DQP planteando situaciones con diferentes niveles de ansiedad potencial, y buscando que identifique estados corporales y sentimientos. Los resultados se muestran en la tabla siguiente:

• Situación	• Cuerpo	• Como te sentiste?
• Estoy aburrida	• Quieto	• Aburrida
• No viene mamá	• Atento	• Preocupada
• Tengo frío	• Temblando	• Congelada
• Estoy ansiosa	• Inquieto	• Emocionada
• Feliz	• Contento	• Contenta

Se realizó también una actividad destinada a establecer jerarquías en una escala imaginaria de temor. Se plantea una escalera del temor con varios escalones, y Ana debe identificar, según su percepción acerca del miedo, un estado en cada escalón. Comenzando por abajo la niña respondió: 1ro. “que estoy

feliz”, “2do. “Sigo feliz”, 3rto. Medio feliz; 4to, “no tanto”, 5to, “un poco de miedo”, 6to, “más miedo” y 7mo. “Mucho miedo”. Habiéndose establecido esta escala, se le dio como tarea a la niña replicar la actividad con situaciones que se dieran durante la semana. Ana llevó el resultado de esta tarea al encuentro posterior y, según consta en la historia clínica, el resultado fue el siguiente:

- Actividad DQP de tarea

• Situación	• Cuerpo	• Cómo te sentiste	• Pensamiento
• Estoy pensando algo para escribir	• Las manos se mueven	• Pensativa	• Que escribo?
• Miro la televisión .	• Muy quieto	• Me rio	• Mejor que no me molesten!!!
• No juega más Neymar	• No hace nada	• Muy triste	• Cuando vuelve a jugar Neymar???
• No sé qué hacer	• Quieto	• Aburrida	• Qué hago?
• Quiero mucho a la psicóloga	• Quieto	• La extraño	• Te quiero

En varias de las sesiones, y como parte importante del tratamiento de sus síntomas ansiosos, Ana trabajó con ejercicios de tensión y relajación alternados, para aumentar su capacidad para diferenciar en el cuerpo los distintos estados. Además se le encomienda como tarea que repita los ejercicios de relajación en su casa. Esto apunta a avanzar simultáneamente en el reconocimiento de situaciones angustiantes y en la capacidad para afrontarlas a través del control de las respuestas físicas. Al volver a presentar una situación que ha sido identificada como angustiante, y en la medida que se hayan incorporado las técnicas de relajación y el conocimiento de las propias reacciones frente a este tipo de

estímulos, se busca fortalecer la capacidad para superarlas sin que se dispare la respuesta de ansiedad (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

5.3.4 Intervención conductual

La terapeuta le habló acerca de los tics, y le explicó que el de meterse el dedo en el ojo es muy perjudicial para ella. Ahora además de meterse el dedo en el ojo antes se lo pone en la boca lo que aumenta las posibilidades de sufrir una infección. La terapeuta le explicó que ese tic lo tiene que controlar, y que cuando ella se dé cuenta que está por meter el dedo en la boca se tome las manos por detrás de su espalda. De esta manera se busca que reemplace un movimiento perjudicial por otro menos disruptivo. Considerando que Ana no está recibiendo un tratamiento farmacológico, este tipo de intervenciones en el marco de una psicoterapia resultan apropiadas para reducir los efectos perjudiciales de los tics. Miranda (2000) sostiene que en muchos casos no se requiere un tratamiento farmacológico, y que la psicoterapia encuentra allí un campo de acción.

5.4 Analizar la estrategia de abordaje y las intervenciones de la psicóloga para mejorar los problemas de socialización.

Para abordar los problemas de socialización que Ana tiene en la escuela, la psicóloga dispuso recurrir a la psicoeducación para el desarrollo de habilidades sociales. Lacunza (2009) sostiene que, por medio de este desarrollo se puede favorecer la adaptación del niño a los distintos ámbitos en que le toca participar, y la aceptación por parte de los otros, que es un aspecto crucial en el caso de Ana.

La psicoeducación apuntó a enseñarle a la niña distintas maneras de afrontar las situaciones de burla a las que se ve expuesta en el colegio y a relacionarse con sus compañeras. Al tratarse de una niña se recurrió a juegos, cuentos y teatralizaciones de situaciones, estrategias necesarias para lograr cambios en sus actitudes y conductas superando las limitaciones en cuanto a

capacidad de comunicación y desarrollo intelectual (Bunge, Gomar & Mandil, 2008). Al mismo tiempo, resultó fundamental el trabajo paralelo con la madre de la niña, que muestra tener muchos temores relacionados con ella y que tiene una influencia muy grande en su ansiedad. Esto es algo esperable en el marco del tratamiento de una niña.

5.4.1 Juegos

En los tratamientos cognitivo-conductuales con niños, se recurre habitualmente a juegos (como el ta-te-ti) para ejercitar en ellos la confianza en sí, la búsqueda de estrategias y el intento de nuevas soluciones (Chazenbalk, 1998). En el caso de Ana, el juego con reglas resultó, además, fundamental para poner a prueba su capacidad para internalizar y respetar las reglas.

Desde las primeras sesiones Ana jugó al Jumanji con la psicóloga. En una de las sesiones observadas se participó del juego pudiendo experimentar en interacción con la niña. En otras sesiones se reemplaza el juego de Jumanji por el de la Oca. En la historia clínica la psicóloga registra que durante el juego Ana se muestra muy ansiosa por ganar, le cuesta esperar su turno y rompe las reglas varias veces, y en más de una oportunidad inventa reglas nuevas. Cuando la terapeuta se pone estricta en que debe seguir las reglas que están establecidas, la niña pierde interés en el juego.

En una de las sesiones observadas se produjo una situación relacionada con las dificultades que Ana muestra para respetar las reglas. Al finalizar la sesión la niña le pidió prestada a la psicóloga una muñeca de las que se encuentran en el consultorio para llevarla a su casa y traerla la semana próxima. Pero no había devuelto la que se llevó la semana anterior, entonces la psicóloga le respondió que no podía llevar una nueva, porque la consigna a respetar es que si trae una, se lleva otra. La psicóloga aclara en la entrevista que no le permitió a la niña que se llevara otra muñeca para que aprenda a respetar consignas y pautas. El objetivo en este sentido es que logre organizarse y respetar los límites que se le ponen.

En la sesión siguiente, otra situación remitió al mismo problema de Ana. Desde el momento en que llegó dijo que quería jugar, exhibiendo conductas ansiosas. La terapeuta le propuso hacer una actividad, antes de jugar. La actividad era la n° 6 del gato valiente (Kendall, 2010), Ana claramente no tenía interés en hacerla, sólo quería jugar a un juego de mesa, y en consecuencia respondió a las consignas pero sin demostrar compromiso en hacerlo sinceramente. Decía que no le había pasado nada triste, nada preocupante.

Al finalizar la sesión la terapeuta expresó que sabía que la niña estaba haciendo mal la actividad, pero que de todos modos debía terminarla, por una cuestión de límites y de orden, ya que Ana es muy desorganizada e impaciente, quiere hacer todo a la vez, y le cuesta mucho organizar sus actividades y tiempo.

Después de una de las primeras sesiones de juego, la psicóloga le habla a Ana sobre la importancia de seguir las reglas de su casa para tener una buena relación con su mamá. Paralelamente se habla con la mamá sobre la importancia de seguir las reglas en su casa, y de hacer que Ana se acostumbre a respetarlas. Como prueba se elige una regla: no prender la televisión mientras hace la tarea. Se elige esta regla porque tiene que ver con algo que se trata desde las primeras entrevistas y que la madre presenta como un problema.

El trabajo insistente con el respeto de las reglas, ya sea en los juegos que se practican durante algunas sesiones o en su casa, ya han mostrado resultados al finalizar las observaciones que se hicieron para este trabajo. En una de las últimas sesiones se participó en el juego del jumanji, y se pudo observar cómo Ana supo esperar su turno, respetó las reglas durante todo el juego y, aunque terminó perdiendo, lo tramitó sin inconvenientes y no se mostró molesta, por el contrario dijo estar alegre por haber jugado.

5.4.2 Teatralizaciones

Se trata de una técnica utilizada habitualmente por los terapeutas cognitivos conductuales para el desarrollo de habilidades sociales (Chazenbalk, 1998). En el

caso de Ana, que es muy retraída, esta técnica es de vital importancia para que pueda poner en práctica estrategias de afrontamiento antes de encontrarse en las situaciones en que podrá utilizarlas.

Pasadas las primeras sesiones se le propuso como actividad a la niña representar con muñecas barbies las situaciones de burla que sufría en la escuela, buscando posibles respuestas de Ana. Luego de hacer esto con las muñecas se le pidió que ella las actuara con la terapeuta. Después de haber realizado esta actividad y de encontrar en la ficción una forma de que Ana responda a las burlas y se llegue a un resultado diferente a su huida y aislamiento, la niña dice que siempre le cuesta responder cuando le hacen burla, pero que ahora va a tratar de hacerlo.

También se aplicaron técnicas de rol play para que Ana ejercite cómo relacionarse con sus compañeras. En principio, para que se anime a acercarse y preguntarles si puede jugar con ellas. En una primera sesión se imaginó esta situación y la forma en que se sentiría al ir a hablarles. Esto se reforzó con un dibujo hecho por la niña en el cual ella le pedía a las compañeras jugar con ellas y estas respondían que sí. En la sesión siguiente se trabajó con la situación que se plantea cuando toca el timbre en el colegio, y todos salen a jugar al recreo menos ella. Se trabaja en la forma de oponer pensamientos positivos a los pensamientos negativos anticipados que Ana tiene. Por ejemplo, ante el pensamiento de que “las chicas no quieren jugar conmigo” debe convocar uno opuesto: “las chicas si quieren jugar conmigo”, al pensamiento “no van a querer jugar a lo que yo quiero” oponerle “puedo jugar a lo que las chicas quieren”. Esta forma de trabajo se encuentra en línea con el tratamiento cognitivo-conductual, en el sentido de buscar reducir las preocupaciones excesivas, mejorando las habilidades para la resolución de problemas (Beck & Clark 2011).

Las técnicas de rol play se articulan con otras desarrolladas a partir de cosas que la propia niña trajo a las sesiones. Tal es lo que sucede con el juego de la *Mujer Maravilla* que se trata más adelante en un apartado.

5.4.3 Cuentos

Sobre el final del año pasado se le dió a Ana para que leyera un cuento llamado *La familia de la sogá*. Después de que la niña leyó el cuento se analizan en la sesión los pros y contras de estar atados. Ana llega a concluir que “estar juntos es bueno, estoy tranquila”, pero también que “cuando no puedo salir me aburro”, y “cuando estoy atada no puedo moverme, salir a pasear”. A partir de estos disparadores se habla con Ana acerca de la inseguridad que le produce que la separen de su mamá. Como tarea entre sesiones se le pide, consensuándolo con Celia, que salga a pasear con su tía o abuela, sin la presencia de su mamá.

A la sesión siguiente Ana está contenta. Ha logrado cambios positivos: salió con su tía y su abuela sin su mamá y no sintió miedo. El trabajo realizado hasta aquí y la prueba que significó esto para madre e hija trajo aparejado otro cambio importante. Celia decidió, finalmente, cambiar la cama en la que dormían juntas y ahora cada una tiene la suya, En este momento (febrero de este año) la psicóloga considera que Celia se muestra muy predispuesta a lograr cambios con Ana. Para reforzar esta actitud le habla a la mujer sobre la inseguridad que siente sobre su capacidad como madre, aceptando que es comprensible que la tenga por ser discapacitada, pero remarcando que esto afecta a Ana, y está en la base de muchos de los miedos que padece.

5.4.4 Otras técnicas

Una cuestión de gran importancia en un caso como el analizado es el fortalecimiento de la autoestima de la niña. Como se ha visto, el hecho de pertenecer a un grupo de pares incide de forma positiva en la autoestima (Kimelman, 2012). Cuando existen problemas de socialización, que llevan al aislamiento, como en el caso de Ana, esta situación afecta negativamente la

autoestima, lo cual refuerza el aislamiento generándose un círculo vicioso. Ana ha expresado en varias sesiones su temor a ser rechazada por sus compañeras, por aburrída; y también se ha visto la relación que este temor a no encajar tiene con sus conductas de evitación. Para trabajar con este aspecto, y a partir de la caracterización que Ana hace de su desenvoltura en las clases de patín como la *Mujer Maravilla*, se trabajó con tres consignas diferentes sobre qué cosas puede hacer sola, qué cosas puede hacer con la ayuda de la mujer maravilla y qué cosas no puede hacer de ningún modo. Los resultados fueron:

- Que cosa puedo hacer sola: atarse los cordones; dibujar; cantar; pedirle a las chicas que juegen conmigo; no chuparse la boca; no chuparse el pelo.
- Que cosas con la ayuda de la Mujer Maravilla: hablar con las chicas.
- Que cosas no puedes hacer: cruzar la calle sola; viajar sola; mudarse (no quiere mudarse)

A esta altura del tratamiento se puede observar como Ana ha incorporado entre las cosas que considera que puede hacer sola el pedirle a las chicas que jueguen con ella y la evitación de los tics que la aquejan. Es cierto que también incluye el hablar con las chicas entre las cosas que puede hacer con la ayuda de la Mujer Maravilla, pero podría pensarse que para ella ese hablar implica tener una relación más allá de la participación en un juego en el recreo.

5.4.5 El trabajo con la madre

Se ha mencionado en el marco teórico que, aún cuando la interacción con pares resulta de fundamental importancia para el desarrollo durante la infancia, el contexto más importante para este desarrollo sigue siendo la familia. Esto es así porque es allí donde se producen los lazos afectivos y se aprenden las diferentes emociones, y además, porque la familia ofrece al niño los modelos de conductas que serán importantes como guías para su madurez personal (Gallardo Vázquez, 2007). En el caso de Ana, los miedos de su madre ejercen una gran influencia

sobre ella. En primer lugar porque coartan su libertad para experimentar y relacionarse, y también porque le transmiten inseguridades que se reflejan en sus conductas ansiosas.

Partiendo de esta consideración, para lograr muchos de los cambios observados en Ana desde el inicio de su tratamiento resultó de fundamental importancia el trabajo con Celia. Ya desde las primeras entrevistas se buscó comprometerla con el tratamiento de Ana para que participara activamente en algunos cambios necesarios para que éste avance. Cabe señalar en este sentido que al iniciar el tratamiento se detectaron varias conductas de la madre en relación con Ana que influían en su problemática. En primer lugar, y relacionado con su chupeteo, la niña había dejado de tomar mamadera unos meses antes de recurrir a la consulta, algo totalmente inusual para una niña de su edad. También representaba un problema el que la madre le hiciera usar la pelela por temor a que utilice el baño compartido. Otros problemas que fueron abordados por la psicóloga a través del trabajo psicoeducativo con Celia fueron: Ana no se bañaba sola, dormía en la misma cama con su madre, no salía a la calle si no era en su compañía, no tenía relaciones ni visitaba a otras chicas de su edad, no cumplía con su tarea escolar y Celia la justificaba con la maestra a través de notas. En conjunto, todas estas decisiones de la madre configuraban una influencia negativa sobre Ana, que no estaba llevando una vida acorde con su edad, por una parte porque seguía haciendo cosas que correspondían a una mucho menor, y por la otra porque se bloqueaban sus posibilidades de socialización.

La cuestión del uso de la pelela fue algo sobre lo que la psicóloga insistió durante el tratamiento pidiéndole varias veces a Celia que hiciera un cambio rotundo. Los resultados no fueron los esperados, ya que después de un tiempo en que Ana dejó de usar la pelela, la madre apareció diciendo que había adquirido una infección urinaria y que por eso le había pedido que volviera a usarla. Cuando al finalizar el año se le planteó que si no se hacían los cambios indicados por la psicóloga, entre los cuales estaba el dejar de usar la pelela, no podrían continuar

el tratamiento durante 2014, Celia mostró una mayor colaboración y, entre otras cosas, tiró la pelela que usaba Ana. El problema volvió a surgir cuando, a raíz de la renovación de los temores de la madre, Ana volvió a dejar de usar el baño recurriendo ahora a un balde. De acuerdo con la psicóloga estos avances y retrocesos se deben en gran medida a los temores propios de Celia, que es quien tiene la responsabilidad de cumplir con las pautas que requiere el tratamiento para lograr un cambio de conducta en Ana que se sostenga en el tiempo. La autovaloración de Celia acerca de sus capacidades como madre, un factor fundamental para determinar su forma de apoyar a Ana en el desarrollo (Unicef, 2008), es bastante baja y está cargada de temores y emociones negativas.

El primer cambio duradero que se logró durante el año pasado fue que Ana pueda bañarse sola. Al comenzar este año, también se logró que Ana duerma en su propia cama. Este último logro también se consiguió, a partir del planteo que la psicóloga le hizo a Celia para que mostrara mayor compromiso con los cambios que se le pedían.

En cuanto a las salidas de Ana, al menos se logró que su madre la deje salir con la tía y con la abuela, cosa que antes no permitía. Sin embargo, no se logró aún que Ana visite o reciba en casa a compañeras para jugar o pasar el rato. Ésta es sin dudas una de las mayores deudas del tratamiento, ya que las relaciones con sus pares son un aspecto clave del proceso de socialización (Gallardo Vázquez, 2007; De Mathía, 2013).

Con respecto a la internalización de las normas y valores, fundamentales para una socialización lograda, continúa siendo un problema la puesta de límites a Ana en cuanto a la separación de un tiempo para cumplir con sus tareas. Al menos ahora Celia intenta que la niña deje de mirar televisión cuando tiene que hacer tareas, pero por ahora no consigue que lo haga, y esto da lugar a peleas entre madre e hija que incluyen la amenaza de “romper la televisión” por parte de Celia. En este tipo de episodios se puede observar la carencia de alguien que cubra el

rol de adulto responsable respecto de Ana, y la posibilidad de que los modelos de conducta que está recibiendo la niña sean negativos para su propia socialización. En una de las reuniones con la madre que pudieron observarse, la terapeuta le volvió a recordar la importancia que tiene para Ana que ella aprenda a ponerle límites claros y que sostenga su posición frente a la niña. Al mismo tiempo le destacó la importancia de que Ana tenga su propio espacio para que pueda desarrollar su capacidad de organizarse.

En el momento de cerrar este trabajo continúan los esfuerzos de la psicóloga para lograr un mayor compromiso de Celia con los cambios necesarios y con su mantenimiento en el tiempo. Los avances y retrocesos mencionados en este sentido obstaculizan el logro de los objetivos propuestos para el tratamiento. Como se señaló en el marco teórico, en la clínica con niños, la psicoeducación se continúa necesariamente en el trabajo con la familia, debido a la dependencia de los pacientes con respecto a sus padres. En este caso se observa claramente que la influencia de Celia sobre los esquemas cognitivos, actitudes y estilos de afrontamiento de Ana es crítica para lograr una evolución favorable del tratamiento (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

6 CONCLUSIÓN

El presente Trabajo Final de Integración, pretendió analizar y describir las comorbilidades (conductas ansiosas y problemas de socialización) en una niña diagnosticada con Síndrome de Tourette.

El desarrollo del caso se efectuó tomando los datos que constan en la historia clínica, entrevistando a la terapeuta y observando de modo no participativo las sesiones de la niña. La institución y la terapeuta a cargo mostraron predisposición para facilitar la realización de estas tareas. Las fuentes de recolección antes mencionadas, favorecieron el desarrollo del trabajo; el acceso a la información de forma directa fue fundamental para poder cumplir con el objetivo

del mismo. Se hizo un recorte temporal de análisis concluyendo el trabajo de observación en Septiembre de 2014.

En lo que respecta al armado del marco teórico para este trabajo, la búsqueda de bibliografía sobre Síndrome de Tourette, representó una dificultad, ya que no es de fácil acceso y la información disponible en sitios especializados no cumplía, en muchos casos, con las condiciones para poder ser citada. Con el resto del material bibliográfico que se requirió para el mismo no se presentaron mayores inconvenientes.

En cuanto al primer objetivo de este trabajo, de tipo descriptivo, se observó que la niña presenta notables signos de ansiedad, en comorbilidad con sus tics. En varias de las sesiones observadas se la vio moverse inquietamente en su asiento, mantener una actitud expectante y mover diferentes partes del cuerpo de manera continua. Además de estas expresiones corporales, Ana manifiesta su angustia ante un conjunto de situaciones, tales como quedarse sola (sin la madre), que le pase algo malo a su madre, una posible mudanza, además de los contactos con sus compañeras de escuela.

Este último problema refiere a las dificultades que Ana tiene para socializar con sus pares. La niña manifiesta que habitualmente sus compañeras se burlan de ella, y a partir de esta situación ha desarrollado conductas de evitación que la llevan a aislarse en la biblioteca durante los recreos. Cabe destacar que, a pesar de sus problemas, Ana ha logrado relacionarse con sus compañeros varones lo cual le ha servido como estrategia para defenderse de las burlas de las chicas. Además, durante parte del tratamiento que coincidió con la práctica de patinaje, Ana llegó a desarrollar un acercamiento con sus compañeras de ese ámbito.

En lo que respecta a las intervenciones llevadas a cabo durante el periodo del tratamiento analizado, puede decirse que la niña ha demostrado cambios favorables en algunas de sus conductas. Esto deriva del trabajo y aplicación de diferentes técnicas incluidas en el marco de un tratamiento cognitivo-conductual

que ha empleado la terapeuta a lo largo del año considerado para este trabajo. Entre esas técnicas se encuentran: la psicoeducación (fundamentalmente con la madre), el juego, la dramatización, actividades específicas para el tratamiento de la ansiedad en niños incluidas en el manual *El gato valiente*, y algunas propuestas desarrolladas a partir de expresiones de la niña durante las sesiones.

Un ejemplo de los logros del tratamiento es que la niña ha conseguido dormir sola, y ya no en la misma cama que su mamá; esto se logró en gran medida a partir del trabajo de psicoeducación que se ha realizado con esta última. La psicoeducación enfocada en los padres (en este caso la madre) resulta fundamental para introducir cambios en las actitudes y conductas que ellos tienen en la relación con sus hijos para hacer posible un avance en el tratamiento.

A pesar de estos cambios positivos la mejoría ha sido relativa, y no exenta de avances y retrocesos. Al momento de concluir este trabajo el tratamiento continúa sin que se hayan logrado en forma definitiva los objetivos propuestos. Por ejemplo, no se ha logrado que Ana utilice el inodoro más que ocasionalmente y tampoco que tenga amigas fuera del ámbito de patín o que cumpla con sus tareas escolares sin que la madre tenga que obligarla. En este sentido, una debilidad que debe superarse para lograr un triunfo definitivo es el rol materno desempeñado por Celia, que no logra constituirse como figura de respeto, ni puede evitar transmitir sus temores a Ana. Una posible línea de intervención futura incluiría el tratamiento con Celia, ya no simplemente con un abordaje psicoeducativo en relación con el tratamiento de Ana, sino para que pueda trabajar con sus temores e inseguridades frente al rol materno. En la misma línea, podría extenderse esta intervención incluyendo a la abuela de la paciente en las actividades de psicoeducación para que a través de una mayor gravitación suya Ana pueda ampliar sus vínculos sociales, recuperando las relaciones con sus primos.

El trabajo con Ana a través del juego como técnica cognitiva conductual, ha logrado algunos avances en relación con sus posibilidades de socialización, al

permitirle incorporar reglas propias de cada juego, esperar turnos y aceptar perder. Antes esto no ocurría; Ana era impaciente, si iba perdiendo dejaba de interesarle el juego y lo abandonada. Esto es una muestra de los avances y mejoras de la niña a través del tratamiento.

A pesar de que los problemas de socialización que Ana presenta fueron focalizados por la psicóloga responsable del tratamiento, los avances en este aspecto no fueron importantes hasta el momento de cerrar este trabajo. Si bien Celia permitió que la niña saliera con su tía y su abuela, sigue sin lograr establecer relaciones con niñas de su edad. Esto a pesar de que tuvo algunos avances dentro del grupo con el que compartía la actividad de patinaje. En este sentido se sugiere que se desarrollen estrategias de intervención que incluyan a los docentes y autoridades de la escuela a la que concurre Ana. De esta manera se buscaría aumentar la efectividad del trabajo que se lleva a cabo en el marco del tratamiento.

De acuerdo con lo analizado se considera que el tratamiento ha sido adecuado en cuanto a su abordaje y técnicas utilizadas en relación con la problemática que Ana presenta. Cabe destacar que el rol de Celia es de fundamental importancia para el tratamiento y, en gran medida, se puede considerar que ha sido responsable de los retrocesos y dificultades encontradas. Se sugiere un refuerzo del trabajo psicoeducativo orientado a Celia e incluso indicarle que inicie un tratamiento para enfrentar sus propios temores y ansiedades en cuanto a su capacidad como madre.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Amor Salamanca, A. (2009). Síndrome de Gilles de la Tourette y trastornos del espectro autista: a propósito de un caso. *Psiquiatría Biológica*, 16(4), 175-8.
- Beck A. & Clark D. (2011). El modelo cognitivo de la ansiedad: reformulación e implicaciones para el tratamiento. En R. Rodríguez Biglieri & G. Vetere (Eds.). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad*. (65-99). Buenos Aires: Polemos.
- Bulacio, J. M. (2011). *Ansiedad, Estrés y práctica clínica. Un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Akadia Editorial
- Bunge, E.; Gomar, M & Mandil J. (2008). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*. Aportes técnicos. Buenos Aires: Akadia Editorial.
- Calderón González R. & Calderón Sepúlveda R. (2003) Síndrome de Gilles de la Tourette: espectro clínico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 36(7), 679-688.
- Chazenbalk, L. (1998). *Psicología Cognitiva: enfoque teórico práctico*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Grafica Laf S.R.L.
- Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.
- De Mathía, Mariana (2013). *Dificultades de socialización en niños escolares*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Gallardo Vazquez, P. (2007), El desarrollo emocional en la educación primaria (6-12 AÑOS). *Cuestiones Pedagógicas*, 18, 143-159.

- García López et al, (2008). Adaptación al español y validez diagnóstica de la Yale Global Tics Severity Scale. *Revista de neurología*, 46(5), 261-266.
- Instituto nacional de trastornos neurológicos y accidentes cerebrovasculares [NINDS] (2012). *Síndrome de Tourette*. Maryland:Autor.
- Kendall, P. C. (2010). *Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños. El gato valiente (manual para el terapeuta + cuaderno de actividades)*. Buenos Aires: Akadia Editorial.
- Kimelman, M. (2012). Desarrollo Psicológico del niño. En C. Almonte, A. Correa & M. E. Montt S. (Eds.). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. (17-36). Santiago de Chile:Mediterraneo
- Lacunza, A. (2009). TITULO DEL ARTÍCULO *Revista Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad* 10, (231-248).
- Linguido M. & Zorraindo M., (1981). Proceso de socialización en la etapa preescolar. *Revista de psicología*, 8, (26-31).
- Miranda, M. (2000). Tics, Obsesiones y Síndrome de Gilles de la Tourette: Actualización Clínica. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 38(2), 112-121.
- Moyano, B. (2010). Trastornos por Tics y Síndrome de Tourette en niños y adolescentes. *Revista ANXIA*, 16, 24-38.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma.
- Rodriguez Biglieri, R. & Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Torres, Pereira Scromeda, Benitez Cima & Della Scromeda (2010). Síndrome de Gilles de la Tourette en pediatría. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 201, 18-23.
- Unicef, (2008) *Guía facilitadora para los maestros comunitarios. Ayudemos al niño a aprender a convivir Colección Niños Contentos. Guía para el cuidado y desarrollo del niño de 6 a 12 años*. Montevideo:Tradinco

