

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**Trabajo Final de Integración**

**“Estudio de caso único de ansiedad  
por separación”**

**Alumna: BONINO MENDEZ, AMALIA**

**Tutor: WITTNER, VALERIA**

**Buenos Aires, Diciembre 2014**

# Contenido

1. Introducción.....	2
2. Objetivos .....	3
3. Marco teórico.....	4
3.1 Ansiedad.....	4
3.2 Teoría Sistémica.....	13
3.3 Terapia Estructural .....	16
3.4 Tratamiento estructural para infantes con trastorno de ansiedad por separación.....	19
4. Método .....	22
4.1 Tipo de estudio .....	22
4.2 Participantes .....	22
4.3 Instrumentos y Procedimiento.....	22
5. Desarrollo.....	24
5.1 Sintomatología inicial.....	24
5.2 Descripción de las intervenciones realizadas .....	28
5.3 Describir la evolución que experimenta el paciente y la familia.....	32
6. Conclusiones.....	35
7. Referencias bibliográficas .....	37

## **1. Introducción**

El presente trabajo final integrador se realiza con el fin de articular conceptos incorporados a lo largo de la carrera de Psicología y la práctica profesional de habilitación realizada en la Fundación Instituto Gregory Bateson.

Dicha institución sin fines de lucro fue creada con el objetivo de difundir, investigar y capacitar profesionales en la aplicación del pensamiento sistémico y la Teoría de la Comunicación a la resolución de problemas relacionales de individuos, parejas, familias y organizaciones.

Dentro de la misma se realizan tareas tanto de supervisión, capacitación y observación en cámara Gesell, como también se ha tenido la posibilidad de atender pacientes, como co-terapeutas, en el CGP Salud de la localidad de San Miguel, donde brindan a la comunidad tanto asistencia y diagnóstico, como también tratamiento.

Asimismo, dentro de la Fundación, se realiza la cursada de la Especialización en Psicoterapia de Niños y Adolescentes de un año de duración. Durante esta cursada despertó el interés cuán efectivo resulta el tratamiento de ciertas patologías que sufren los niños relacionadas a la ansiedad con herramientas sistémicas.

El caso clínico seleccionado para la realización de este trabajo fue expuesto en dicho curso y gracias a contar con la grabación de la primera entrevista se pudo profundizar la observación del paciente.

## **2. Objetivos**

### 2.1 Objetivo general

Analizar el proceso terapéutico de un caso único de trastorno de ansiedad por separación en un niño de 11 años de edad desde la perspectiva de la terapia sistémica.

### 2.2 Objetivos específicos

- Describir la sintomatología del paciente y la interacción familiar al comienzo del tratamiento terapéutico.

- Describir las intervenciones realizadas en el caso dentro del marco de la terapia sistémica

- Describir la evolución del paciente a lo largo del proceso terapéutico en la sintomatología presentada por el mismo y de la interacción del sistema familiar.

### **3. Marco teórico**

#### **3.1 Ansiedad**

La ansiedad es una respuesta automática ante una situación nueva o imprevista por parte del sujeto, la misma es adaptativa y fundamental para la supervivencia del ser humano (Bulacio, 2004). Se trata de una reacción en la cual se presenta una activación fisiológica en el sujeto a fin de prepararlo para poder responder a la demanda del ambiente (Cano Vindel, 2008).

El concepto de ansiedad tiene gran relación con la evaluación que el individuo realiza de los estímulos que se encuentran presentes, es decir, como cuan irrelevantes o amenazantes este los considera (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas & Guillamón, 2008). De esta manera mejora el rendimiento cognitivo del individuo y lo prepara para hacer frente a estos estímulos.

Las manifestaciones de la ansiedad pueden diferenciarse en 3 dimensiones: *Psicofisiológicas*, en donde se activa el sistema nervioso autónomo, *Cognitivas*, con pensamientos intrusivos de orden anticipatorio y *Conductuales*, que se manifiestan en alteraciones motoras y comportamiento de lucha o huida (Méndez Carrillo, Orgilés Amorós & Espada Sánchez, 2008).

La ansiedad pasa a tener una connotación negativa cuando se convierte en patológica, es decir, cuando la misma es desproporcionada con respecto al estímulo, de muy larga duración o genera un fuerte padecimiento en el individuo (Bulacio, 2004). Cuando la activación generada por la ansiedad es muy intensa o prolongada en el tiempo, el rendimiento cognitivo del individuo empieza a decaer de manera considerable (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas & Guillamón, 2008).

Se ha subestimado el padecimiento de la ansiedad en los niños en parte debido a la presencia de una gran variedad de miedos en los mismos que son prácticamente universales y considerados normales (Méndez, Olivares & Bermejo, 2011). Los miedos van modificándose a medida que el

infante avanza en el proceso evolutivo, siendo los esperables los indicados en la tabla 1.

**Tabla 1. Evolución de los miedos más frecuentes con la edad (Méndez, 1999)**

Edad	Miedos
De 0 a 2 años	Pérdida brusca de la base de la sustentación, ruidos fuertes, extraños, separación de los padres, heridas, animales, oscuridad.
De 3 a 5 años	<i>Disminuyen:</i> Perdida del soporte, extraños. <i>Se mantienen:</i> Ruidos fuertes, separación, animales, oscuridad. <i>Aumentan:</i> Daños físicos, personas disfrazadas.
De 6 a 8 años	<i>Disminuyen:</i> ruidos fuertes, personas disfrazadas. <i>Se mantienen:</i> separación, animales, oscuridad, daño físico. <i>Aumentan:</i> seres imaginarios (brujas, fantasmas, extraterrestres, etc..), tormentas, soledad.
De 9 a 12 años	<i>Disminuyen:</i> separación, oscuridad, seres imaginarios, soledad. <i>Se mantienen:</i> animales, daño físico, tormentas. <i>Aumentan:</i> escuela (exámenes, suspensos), aspecto físico, relaciones sociales, muerte.
De 13 a 18 años	<i>Disminuyen:</i> tormentas <i>Se mantienen:</i> animales, daño físico. <i>Aumentan:</i> escuela, aspecto físico, relaciones sociales, muerte.

Por este motivo, para los niños, es considerada adecuada y esperable para el desarrollo normal, ya que los mismos, además, tienen una frecuente exposición a situaciones nuevas y de evaluación (Bunge, Gomar & Mandil, 2011). Esto lleva a que no haya sido objeto de grandes investigaciones al respecto.

Los trastornos de ansiedad, en la población general, son una disfunción en el funcionamiento normal de la evaluación cognitiva, teniendo las mismas un resultado en el cual las situaciones son consideradas amenazantes, preocupantes y, de esta manera, intervienen con la capacidad individual para funcionar de manera correcta (Friedenberg & McClure, 2005). Interfiriendo en la forma de interacción del individuo con el mundo social que lo rodea (Nakonecny, 1975).

No existe en la actualidad una teoría única que explique los trastornos de ansiedad, no sólo dentro de la psicología en general, ni tampoco dentro de cada escuela en particular, las aproximaciones más difundidas de la misma suelen ser multidimensionales y con agregados teóricos provenientes de diferentes teorías algo más antiguas. Las diferentes experiencias de ansiedad son influidas tanto por características de personalidad, el ambiente social, el momento dentro del ciclo vital y circunstancias del contexto particular del individuo (Kaplan & Sadock, 2007)

Los trastornos de ansiedad incluyen una serie de trastornos diferenciados entre sí tanto fenomenológicamente como por la reacción experimentada por quien lo padece ante la presencia del estresor en sí (Hoen-Saric, 2007).

De acuerdo a la clasificación del DSM-5 se caracterizan por presentar la ansiedad en diferentes situaciones, intensidades y duraciones. Se diferencian en 11 categorías: *trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de ansiedad inducido por sustancias, fobia específica, fobia social, trastorno por ataque de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, el mutismo selectivo, el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, el trastorno de ansiedad específico y el trastorno de ansiedad no especificado* (APA, 2013). Son actualmente los trastornos mentales más comunes dentro de los estados Unidos, afectando a más del 18% de la población adulta.

Los trastornos de ansiedad en los niños se dan cuando los miedos son excesivos e influyen negativamente en su capacidad para realizar las tareas

esperables para su edad, los mismos se pueden tratar de miedos particulares específicos o por expresarse los esperables para su edad de manera desproporcionada (Méndez, Oliveres & Bermejo, 2011). Los trastornos específicos de aparición exclusiva durante la niñez son el trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo (Kaplan & Sadock, 2007).

### **3.1.1 Trastorno de ansiedad en la niñez**

Los trastornos de ansiedad tienen una gran prevalencia tanto en chicos como adolescentes, a partir de lo cual se han realizado diversas investigaciones relacionadas con su etiología, desarrollo y perpetuación (Cummings, Kendall, Villalbo & Wei, 2014).

A partir de la importancia que reside en el contexto se determina también, en los chicos, la importancia de las características personales de los padres como de la interacción dentro del sistema o frente a los niños (Olledick & Benoit, 2012).

Las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad en diferentes muestras de niños y adolescentes varían del 10 al 20%, lo que ubican a los mismos entre los más altos en ese rango etario (Allan, MacPherson, Young, Lejuez & Schmidt, 2014).

El desarrollar un trastorno de ansiedad durante la niñez incrementa la probabilidad de un problema depresivo o mismo de diferentes tipos de trastornos ansiosos, como también problemas sociales, académicos y laborales durante la etapa adulta (Allan, MacPherson, Young, Lejuez & Schmidt, 2014).

Características a observar frente a un niño y su experiencia ansiosa son el temperamento del mismo, la ansiedad parental, el proceso de apego entre la díada padres-hijos, los sesgos en el procesamiento de la información y las propias conductas parentales (Olledick & Benoit, 2012).

Lejarraga (2008) indica que el temperamento del niño se trata de las diferentes características innatas que son altamente estables durante el desarrollo del individuo. Esto involucra una serie de predisposiciones biológicas que moldean de alguna manera las forma de interacción que el sujeto tendrá con el mundo.

La ansiedad parental es entendida como un factor de riesgo importante, como lo son, en mayor o menor medida, muchas de la patologías psicológicas, ya que ayuda a generar un vínculo entre los padres y los niños que se encuentra marcado por esta característica, ayudando a que se desarrolle una mirada ansiosa hacia el entorno (Kaplan & Sadock, 2007).

Los sesgos en el procesamiento de la información son maneras distorsionadas de ver la realidad, se tratan de formas constantes y fuertemente arraigadas en el individuo que inducen a pensamientos automáticos que brindan información sobre estos errores sistemáticos (Ollendick & Benoit, 2012).

Dentro de las conductas parentales, se sostiene que cuando las mismas se encuentran orientadas por el miedo o presentan estrictos controles sobre las conductas del niño, tienden a verse reflejado en él, un incremento en el nivel de ansiedad al no sentirse posibilitado de afrontar los inconvenientes desde sus propias capacidades (Thirlwall & Creswell, 2010). La conducta tanto verbal como no verbal por parte del mayor tiende a generar una evaluación cognitiva por parte del niño de las situaciones como amenazantes o irresolubles (Cummings, Kendall, Villalbo & Wei, 2014).

Friedberg y McClure (2005) indican una alta prevalencia de bajos niveles de estima personal en los chicos que padecen trastornos de tipo ansioso.

Por esta serie de motivos mencionados, cualquier proceso terapéutico que deba hacer frente a un inconveniente padecido por un niño debe ser evaluado desde su interacción dentro de su contexto natural, teniendo en cuenta la complejidad sistémica de estos entornos (Ronen, 1998).

Bunge, Gomar y Mandil (2011), sostienen que el Trastorno de Ansiedad Generalizado, el Trastorno de Ansiedad por Separación como la Fobia Social en niños suelen tratarse desde acercamientos similares con buena respuesta de los pacientes aquejados de los mismos, ya que se hace foco en la ansiedad subyacente y, en reiteradas ocasiones, suelen ser comórbidos entre sí, raramente se encuentran de manera aislada.

Se debe también tener en cuenta que los niños llegan a la terapia de manera diferenciada a los adultos, normalmente derivados desde los dispositivos escolares, o llevados por la misma familia, sin que sea algo usual la posibilidad de encarar el proceso terapéutico desde una motivación personal, por lo cual se deben utilizar refuerzos explícitos a fin de poder lograr que los niños se mantengan motivados y focalizados (Friedberg & McClure, 2005).

### **3.1.2 Trastorno de ansiedad por separación**

El trastorno de ansiedad por separación aparece entre los 6 y los 10 años de edad, siendo de inicio temprano en caso de aparecer previo a esas edades (APA, 2013).

Tiene como característica la predominancia de síntomas somáticos, principalmente se presentan dolores de cabeza, miedo a la aparición de enfermedades o a accidentes del cuidador, la aparición de pesadillas frecuentes y, también, la gran evasión hacia estar solos aunque sea por periodos cortos de tiempo (Bunge, Gomar & Mandil, 2011).

Las dos características específicas que determinan el diagnóstico de este trastorno son que la ansiedad sea desproporcionada y desadaptada. La primera hace referencia a que la misma aparece con frecuencia e interfiere en el desarrollo normal de la maduración del niño. La segunda hace referencia a que la ansiedad causa un malestar subjetivo importante para el chico en sí y no solamente para sus cuidadores (Méndez, 2005).

Normalmente suele tener como máxima expresión conductual la negatividad del chico de asistir al colegio pero las conductas del tipo evitativas no se restringen solamente a esta dimensión ya que puede ser manifestada ante cualquier tipo de actividad que involucre a cualquier exposición (Bunge, Gomar & Mangil, 2011). Los criterios de diagnóstico de acuerdo al DSM-5 (APA, 2013) se encuentra en la tabla 2.

Normalmente en contextos sociales desfavorecidos la negativa del chico de asistir a la escuela suele resultar en el abandono de la misma debido a una pobre valoración de parte de los padres (Lejarraga, 2008). Por esto, es importante diferenciar los diferentes posibilidades de inasistencia escolar en los rechazos y el abandono en sí, siendo el primero un caso en el que el niño se niega explícitamente a ir al colegio mientras que los padres o tutores quieren que si asista, mientras que en el abandono se puede dar la situación de que el niño quiera o no asistir y que los padres no quieran que lo haga o que el niño oculte a sus padres su inasistencia a la escuela (Méndez, Olivares & Bermejo, 2011). El Trastorno de Ansiedad por Separación se encuentra dentro del primer tipo de inasistencia.

De acuerdo a un estudio la ansiedad por separación se encuentra que el género femenino presenta una mayor prevalencia con respecto al género masculino (Compton, Nelson & March, 2000), mientras que en las muestras clínicas no hay diferencias estadísticamente significativas (Méndez, 2005).

---

**Tabla 2. Características clínicas del trastorno de ansiedad por separación**

---

- A) Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo el sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:
- 1) Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa a una separación respecto del hogar o de las principales figuras

---

vinculadas.

- 2) Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que estas sufran un posible daño
- 3) Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p.ej., extraviarse o ser secuestrado)
- 4) Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
- 5) Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o son las principales figuras vinculadas o son adultos significativos en otros lugares.
- 6) Negativa o resistencia persistente a ir a dormir o tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa.
- 7) Pesadillas repetidas con temática de separación.
- 8) Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto a figuras importantes de vinculación

---

Dentro de los factores de riesgo se puede realizar una división en tres categorías diferenciadas: los biológicos, los psicológicos y los sociales. En los factores biológicos puede mencionarse el tipo de temperamento del chico. Los factores psicológicos son los relacionados a la cognición del chico y a las conductas parentales mencionadas anteriormente (Méndez Carrillo, Orgilés Amorós & Espada Sánchez, 2008), y dentro de los factores sociales se pueden mencionar la clase económica, el lugar de residencia la interacción con la comunidad y demás (Lejarraga, 2008).

Los cambios en el entorno social, político tienen efectos en la estructura mental de cada individuo, entonces las mismas situaciones

evaluadas de manera amenazantes pueden tener otra connotación al producirse un cambio dentro del sistema en sí (Enăchescu, 2000).

Por lo tanto un tratamiento complejo, que involucre los diferentes aspectos del individuo, es considerado el más apropiado para tratar los trastornos de ansiedad (Mircea, 2014).

Dentro de los tratamientos para trastornos en infantes por lo general puede mencionarse que hasta los tratamientos más focalizados en el individuo con el trastorno en sí, al ser este un menor, involucran a los padres en mayor o menor medida (Cummings, Kendall, Villalbo & Wei, 2014).

Actualmente Bunge, Gomar y Mandil (2011) indican que se encuentran tres líneas de abordaje principales:

- a- Las líneas que promueven el trabajo individual con el niño, buscando fortalecer las capacidades cognitivas del sujeto, con especial énfasis en las funciones ejecutivas de autocontrol.
- b- Buscan trabajar en los contextos familiares y educativos para reforzar las interacciones funcionales que el niño realiza en los mismos.
- c- Aquellos que involucran el contexto familiar para buscar una búsqueda en conjunto de la resolución del inconveniente desde la complejidad de la misma.

Normalmente en la práctica no se encuentran tipos puros de ninguno de estos tres acercamientos terapéuticos de acuerdo a los mismos autores (Bunge, Gomar & Mandil, 2011).

Como un acercamiento complejo e integrador que involucra tanto una línea de pensamiento particular y marcada (en donde lo social y particularmente la familia tienen gran preponderancia) como intervenciones y técnicas de otros enfoques que demuestran tener efectividad puede mencionarse a la terapia sistémica.

### 3.2 Teoría sistémica

La teoría sistémica es en sí una *epistemología*, es decir, una manera ordenada de pensar al mundo de manera completa, una visión particular de cómo es que se define la realidad. Esta misma intenta quitar el foco del individualismo extremo, el pensamiento lineal y el reduccionismo que caracteriza al pensamiento moderno occidental (Stanton & Welsch, 2012). Reconoce el todo y cada una de sus partes al poner los factores individuales, interpersonales y contextuales como igualmente importantes dentro del modelo (Stanton, 2009).

Un pensamiento sistémico significa un cambio de paradigma al considerar cada uno de los aspectos de la conducta humana en los contextos en los cuales ocurre, pudiendo de esta manera enfocarse en aspectos más amplios que los de la psicología tradicional (Harvey, 2003).

El acercamiento sistémico hacia lo social con esta perspectiva fue presentada por Bateson durante los años 60, en donde el acercamiento circular y abarcativo reemplazaba al pensamiento lineal tradicional (Wainstein, 2006).

El concepto de mente es, probablemente, el más revolucionario dentro de esta posición conceptual en donde se la considera como el resultado de la interacción entre los diferentes componentes presentes en una relación determinada, las cuales se denominan conceptualmente como *sistemas*, quienes deben presentar una serie de características para ser denominados como tales (Wainstein, 2006). De esta manera se proporciona toda una nueva manera de pensar lo mental, siendo la misma externa al individuo.

Dentro de este enfoque se piensa en términos de conjuntos complejos de partes interactuantes entre sí que forman relaciones, *subsistemas* y el conjunto de estos, sistemas, que presentan una forma de funcionamiento e interacción análoga con respecto a los mismos (Wainstein, 1997). Estos sistemas presentan características de autorregulación, tendiendo a la homeostasis permanente del mismo, en donde la integración de cada una de

sus estructuras presentan un patrón complejo de funcionamiento que se mantiene en el tiempo (Wainstein, 2006).

La importancia del contexto dentro de la mirada sistémica reside en reconocerlo como factor determinante al aproximarse hacia las dinámicas tanto individuales como interpersonales. Los factores psicológicos individuales influyen y son influenciados por las dinámicas del sistema en sí (Stanton & Welsch, 2011). Los diversos subsistemas interactúan mutuamente dentro de este contexto.

La interacción se realiza en términos de información, manera en la cual se entiende a la comunicación, siendo la misma una diferencia que produce otra diferencia y basándose en los principios de la comunicación formulados por Watzlawick, Beavin y Jackson (1967).

Toda relación humana es comunicación, y esta reside por excelencia dentro del lenguaje, con el cual los diferentes individuos construyen realidades compartidas parcialmente, pudiendo acceder no a lo real sino a la percepción que el sujeto tiene de la misma (Watzlawick, 1990). Esta construcción es compleja y no determinada en un solo sentido, sino que es recíproca.

Cada sistema a su vez, presenta un patrón determinado, el cual, a través de una analogía con la lógica matemática, establece un prototipo que genera la estructura desde la cual se accede a la realidad y se genera la interpretación de la misma. Se trata del conjunto de reglas que determina que podemos conocer de nuestro alrededor (Wainstein, 2006).

Desde esta mirada hacia la conducta humana puede mencionarse que la idea de trastorno mental en sí también se encuentra modificada, en donde el trastorno mental pasa a ser una cuestión disfuncional dentro de una comunicación interaccional, y no una disfunción propia del sujeto (Wainstein, 2006).

De acuerdo a Nardone (2003), la terapia sistémica difiere de las concepciones de manual no en su forma de describir y caracterizar a los

trastornos sino en qué importancia le da a la formación del mismo, en cuanto a que este es una manifestación de una interacción que tiene sentido dentro del contexto propio en el que se encuentra el individuo, llamándolo *solución intentada fallida*. La terapia desde este acercamiento reside entonces dentro del lenguaje, ya que toda conducta humana es comunicación, es en donde se construye la realidad, la cual también es considerada de una manera.

La concepción de cambio dentro de este pensamiento puede diferenciarse en dos tipos diferenciados del mismo: el *cambio de tipo 1* y el *cambio de tipo 2*.

En el primero de los cambios se puede observar que se desarrolla una diferencia dentro de las interacciones, y por ende manifestaciones, del sistema, sin que este evolucione a un estado de homeostasis diferente.

El cambio de tipo 2 se genera un nuevo equilibrio que altera el patrón del sistema en sí, la forma de funcionamiento del sistema (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1992).

En terapia, el problema es necesario construirlo dentro del sistema consultante, donde se determinan los alcances del mismo y se procede a la elaboración de un procedimiento que permita el romper el circuito formado (Wainstein, 2006).

A partir de lo mencionado anteriormente sobre la importancia que reside en el contexto y en las características personales de los padres como de la interacción dentro del sistema familiar frente a los niños (Olledick & Benoit, 2012). Wainstein (2006) indica que la aproximación estructural es el modelo más desarrollado dentro de las intervenciones familiares, el cual ofrece una forma de aproximación hacia las interacciones presentes dentro de la misma al tomarla como un sistema sobre el cual intervenir.

### 3.3 Terapia estructural

La terapia estructural es separada en cuatro etapas, las cuales no son consecutivas ni se encuentran del todo delimitadas en la práctica clínica, las mismas son las siguientes (Wainstein, 2006):

1. Se realiza la presentación del problema, donde inicialmente se busca poder remover el problema como depositado en una persona en particular y promover la visión del mismo como una dificultad de interacción del sistema para poder iniciar el proceso terapéutico desde el dispositivo familiar.
2. Se investiga que acciones son realizadas por cada uno de los individuos del sistema que tiene como resultado la perpetuación del problema, se trata de determinar la solución intentada fallida (Watzlawick, 1992).
3. Se indaga sobre la historia del problema considerado a fin de poder realizar una construcción histórica del mismo.
4. Esta etapa se orienta de manera específica hacia las acciones que debe realizar cada uno de los miembros del sistema. Se busca que los mismos actúen motivados por su propio compromiso con la búsqueda del cambio.

La definición de *familia* se ha extendido recientemente desde una mirada tradicional hacia una gran variedad de nuevas formas de la misma, aún cuando la familia típica es una construcción social de reciente aparición, siendo la idea de matrimonio la cual determina y define a la misma (Patterson & Sexton, 2013).

Se trata de un constructo invariante, que siempre es necesario como unidad socializadora del individuo, como primer acercamiento del mismo hacia la sociedad (Wainstein, 2006).

La terapia sistémica familiar se focaliza en el subsistema familiar. Es entendido que el mismo solo puede ser entendido y asistido desde la mirada

individual, interpersonal y del macrosistema en interacción, siendo los mismos partes tanto autónomas como relacionados entre sí (Stanton, 2009).

Al acercarse a un entorno familiar, la terapia sistémica lo hace desde una manera ecológica, alejándose de la manera mecanicista de observarlo (Wainstein, 1997). Provee un manera de pensar y enfocar a cada una de las características distintivas de la familia en particular, enfocándose más en procesos que proporcionan una cercanía mayor hacia el consultante específico (Patterson & Sexton, 2013).

Dentro de este enfoque, la familia es un sistema abierto, que se encuentra sujeto a la retroalimentación tanto positiva como negativa, es gobernado por diferentes patrones comportamentales que son construidos por el observador (Pereira Tercero, 1998).

En la terapia se busca poder lograr determinar estos patrones a fin de poder formular una hipótesis de trabajo, para generar una estrategia a fin de poder modificar las interacciones que se han rigidizado con el tiempo (Pereira Tercero, 1998).

No se trata de juzgar en cuanto a si las interacciones son buenas, sino de determinar para que se constituyeron los patrones observados y no otros, a fin de poder realizar un cambio en el ordenamiento del sistema que genere un equilibrio funcional para el mismo (Pereira Tercero, 1998). Tiene que resolver la “solución intentada fallida”.

De acuerdo a Wainstein (2006) se encuentran 3 conceptos clave dentro de este modelo de terapia en particular: *estructura*, *subsistemas* y *fronteras*:

- a. La primera define los patrones de acción dentro de los cuales las diferentes partes del conjunto familiar interactúan entre sí. Los mismos no tienen una manera particular de cómo deben ser sino que busca inspeccionar cuan funcional es en ese momento particular del sistema, siendo importante que los mismos sean lo suficientemente flexible como para adaptarse a

características cambiantes del contexto en el cual se encuentran inmersos (Hoffman, 1987).

b. El subsistema es el modo funcional en el cual se organiza la familia, en donde cada uno de ellos tiene una serie de funciones que debe cumplir, cada uno de ellos puede pertenecer a más de un subsistema y, por ello, cumplir funciones diferenciadas en cada uno de los mismos. Se sostiene que esta organización, en donde se observa el entramado de relaciones entre seres humanos es importante a fin de poder lograr la inclusión social del sujeto (Hoffman, 1987).

c. Las *Fronteras*, por último, son las cuales demarcan el límite de cada uno de estos subsistemas, siendo los que regulan el contacto, los intercambios y la interacción en general entre los diferentes miembros familiares como también con el entorno extra familiar. Estas fronteras pueden ser claras, rígidas o difusas, siendo los primeros los más funcionales para el funcionamiento familiar, ya que en gran medida son las que determinan el grado de autonomía de cada integrante de la misma (Wainstein, 2006).

De acuerdo a Minuchin (1979), el terapeuta, dentro de la terapia familiar, ya no es un observador externo sino que forma parte del sistema consultante y tiene como objetivo el modificar la estructura familiar disfuncional, con el propósito de que la familia pueda tener una mejor capacidad de afrontamiento hacia situaciones desafiantes en el futuro.

### **3.3.1 Técnicas e intervenciones**

Se busca, mediante la creación de subsistemas diferenciados para la realización de determinadas tareas prescriptas por el terapeuta, el poder delimitar de manera más pronunciada las fronteras que deberían modificarse dentro de los mismos (Hoffman, 1987).

El acercamiento desde la metáfora intenta que el sistema reciba la directiva sin ser completamente consciente de haberlo hecho, de manera que el mismo cuente con menor nivel de resistencia hacia la directiva en cuestión frente al que experimentaría ante una formulación directa y explícita (Haley, 1990).

La acción sobre el patrón intenta modificar las pautas de acción que determinan la aparición de la conducta rígida y problemática. Ejemplos de intervenciones de este estilo son cambiar la frecuencia de aparición, la ubicación o la duración del síntoma, modificar algún punto de la experimentación del síntoma o promover la experimentación del síntoma dentro del contexto terapéutico (Wainstein, 2006).

Técnicas más utilizadas son la *Connotación positiva*, *prescripción de rituales* y la *prescripción paradójica* (Pereira Tercero, 1998). Wainstein (2006) menciona la *puesta en escena*, *la repetición del mensaje*, *la modificación del tiempo*, *el cambio de la distancia*, *el uso del espacio dentro de la consulta* y *el desequilibramiento*.

El reencuadre se trata de otra intervención de orientación sistémica en donde se busca el reemplazar la visión actual desde la cual se observa el problema por una mirada alternativa que permita al individuo mayor posibilidad de acción (Wainstein, 2006).

### **3.4 Tratamiento estructural para infantes con trastorno de ansiedad por separación**

El tratamiento es separado en etapas, donde inicialmente se realiza una consulta con los padres del niño a fin de poder evaluar no sólo las conductas del mismo, sino también la comunicación que realizan los padres del inconveniente, a fin de poder estudiar la estructura del sistema familiar (Méndez Carrillo, Orgilés Amorós & Espada Sánchez, 2008).

Para esto se consulta específicamente a los padres por el comportamiento del niño, como es la reacción de ambas partes ante la separación y las historias de comportamiento del niño. Luego se puede pasar a la entrevista individual con el niño y durante todo el proceso terapéutico, se realiza una explicación a los padres de cómo se debe reaccionar ante diversas situaciones, remarcando situaciones disfuncionales y co-construyendo el proceso de cambio. Como elementos a utilizar con el niño pueden mencionarse las *escalas de estimación* numéricas y gráficas, donde él puede ubicar el malestar que siente en cada una de las situaciones en las que padece la ansiedad (Méndez Carrillo, Orgilés Amorós & Espada Sánchez, 2008).

Un aspecto a remarcar para el tratamiento terapéutico de los niños ansiosos es la educación a los padres (o cuidadores presentes) sobre las características específicas del padecimiento del infante y como proceder ante las mismas, siendo puntos a remarcar el promover la autonomía del infante y la revisión de sus propios temores y miedos a fin de disminuir la ansiedad del niño. Intervenciones para la primera son el entrenamiento en técnicas de relajación para aplicar con el niño, reforzarlo positivamente cuando afronta alguna situación y poder generar, en la terapia primero y luego en la vida cotidiana, separaciones graduales entre ellos (Bunge, Gomar & Mandil, 2011).

Otra intervención muy utilizada para los trastornos de ansiedad a mencionar es la utilizada por la TCC en cuanto a la promoción y enseñanza de la percepción de las propias creencias que rigen en el accionar del individuo, siendo los pensamientos involuntarios que se presentan en las diferentes situaciones el medio para acceder a estas suposiciones centrales del individuo (Méndez, Olivares & Bermejo, 2011).

Las evaluaciones que el individuo realiza a partir de lo que experimenta no son específicos de la situación y por lo tanto se debe promover la noción de que existe la posibilidad de modificar las mismas (Friedberg & McClure, 2005). Wainstein (1997) indica la noción dentro de la teoría sistémica de la diferenciación entre lo que es el territorio, lo que es real en el mundo físico, y

el mapa, que se trata de la interpretación hecha por el sujeto a partir de construcciones mentales.

## **4. Método**

### **4.1 Tipo de estudio**

Descriptivo, Estudio de caso

### **4.2 Participantes**

Este trabajo se basa en el análisis descriptivo del caso de Ignacio, un niño de 11 años que recibió tratamiento terapéutico en el instituto Gregory Bateson por un diagnóstico de Ansiedad por separación. Ignacio vive en Capital Federal con sus padres biológicos, siendo hijo único.

El paciente comenzó a padecer sintomatología que comenzó a observarse en una falta de motivación para realizar actividades con sus pares y la familia principalmente, para luego los padres observar un rendimiento escolar bajo y la presencia de cierta sintomatología física.

La familia acude con el niño a la fundación Gregory Bateson como primera opción para iniciar un tratamiento terapéutico, ya que ni el niño ni los familiares contaban con antecedentes de terapias anteriores. Con lo cual el diagnóstico es realizado dentro de la fundación en sí.

### **4.3 Instrumentos y Procedimiento**

Se utilizó la historia clínica y la observación de video de admisión de la primera entrevista provista por parte del instituto Gregory Bateson.

La historia clínica cuenta con una descripción de la sintomatología inicial presentada y los abordajes potenciales con los que el terapeuta concebía tratarlos. A su vez, se cuenta con una descripción final del caso con el fin de ser expuesto ante un grupo de terapeutas.

Se realizaron entrevistas semi dirigidas con el terapeuta a cargo del caso, la duración de las mismas rondaron los 30 minutos.

El eje de las entrevistas estuvo basado en las observaciones propias del terapeuta a lo largo de la terapia, teniendo en cuenta el objetivo del mismo, el de las diferentes intervenciones y explicaciones pertinentes para cada ocasión. Se realizan 2 entrevistas además de la pasantía realizada.

Se consumó un análisis de contenido de ambos documentos previamente mencionados para luego realizar la integración correspondiente tanto con la bibliografía correspondiente como con los análisis personales.

## **5. Desarrollo**

En el presente título se pasa a dar respuesta a los objetivos planteados, donde se utiliza información brindada por el terapeuta a cargo del caso y se integra con lo mencionado a lo largo del marco teórico.

Para ello se diferencia cada objetivo a analizar en un apartado que le corresponde donde se proporciona el análisis integrador correspondiente para cada caso.

Cabe observar la presencia de las diferentes interpretaciones teóricas, tanto sistémica como cognitivo conductual, al hablar de las diferentes observaciones descritas por el terapeuta. Se trata de un acercamiento integrador en donde se utilizan el método y las técnicas que tienen mayor probabilidad de ser exitosas.

Cada uno de los tres apartados cuenta con descripciones de las manifestaciones individuales de Ignacio mencionadas desde la diada parental, las observadas por el terapeuta y las interacciones familiares que el mismo observa.

### **5.1 Sintomatología inicial**

Como sintomatología individual, Ignacio se presenta en la institución con apariciones esporádicas de sensaciones de molestia al tragar y sensación de ahogo en determinadas situaciones de la vida cotidiana como por ejemplo al tener que asistir a eventos de la familia.

Los padres, a su vez, comentan que viene obteniendo un bajo rendimiento en la escuela y no presenta interés en realizar actividades en general, desde jugar con amigos hasta ir a la misma escuela.

El problema de la escuela había iniciado unos meses antes, lo cual preocupó principalmente a la madre, que luego de un tiempo de observar el desinterés casi generalizado presentado por Ignacio, decidió llevarlo a una consulta en la institución.

Otro inconveniente que los padres comentan es la presencia de pesadillas recurrentes en donde los familiares cercanos, especialmente la madre, se involucran en accidentes o presentan daños físicos. Esto genera un gran aumento de tensión en el niño, generando inconvenientes para descansar, ya que lo angustia mucho.

Al indagar con mayor profundidad vemos la ansiedad se encuentra presente en la vida cotidiana de Ignacio, donde normalmente se manifiesta sin remitir a alguna acción o evento en particular, con llantos repentinos que generan un gran aumento de ansiedad por parte de la madre, al no comprender que es lo que le ocurre.

La presencia de sintomatología física como principal exponente es algo normal dentro de los trastornos de ansiedad en los niños (Bunge, Gomar & Mandil, 2011), la aparición de las mismas dadas en situaciones sociales son una de las criterios para el diagnóstico de TAS (APA, 2013).

El bajo rendimiento escolar es también una característica que suele ser importante a la hora de referir a los niños a buscar una consulta con un clínico como indican Friedberg y McClure (2005), donde mencionan que esta vía es la principal fuente de derivaciones hacia las terapias en los niños.

La negativa a realizar actividades en general, y no solo a la escuela en particular, también pueden considerarse como un indicador para observar sobre la posible presencia de un problema de ansiedad por separación (Bunge, Gomar & Mandil, 2011).

A su vez, dentro de la evaluación del sistema familiar, se indica la observación de fronteras difusas entre los diferentes subsistemas internos, la

presencia de un padre periférico y una madre con grandes dificultades a la hora de expresar emociones positivas con Ignacio.

Se observa que la madre, a su vez, presenta cierta rigidez para con los otros miembros de la familia en las entrevistas en las que se encuentran todos presentes. El marido se refiere a esta como “mandona” durante las primeras consultas.

La presencia de fronteras difusas suele ser altamente disfuncional para la familia, ya que los mismos no presentan roles específicamente definidos dentro del sistema que habitan (Wainstein, 2006).

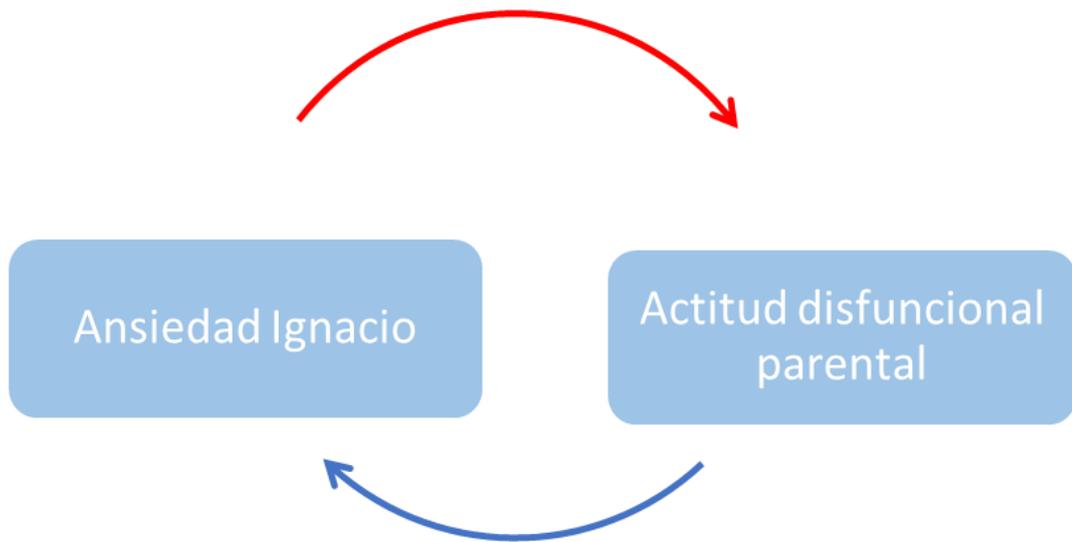
En el caso de la familia de Ignacio, las fronteras se presentan como difusas desde el subsistema parental presionando al filial, al observarse una madre que suele imponerse con cierta rigidez, lo que da cuenta de un estilo de interacción vertical que impide el desarrollo de la autonomía de Ignacio.

Esta intromisión por parte de los padres sobre el niño con problemas de ansiedad es muy frecuente dentro de las consultas clínicas por trastornos de este estilo, ya que los mismos refuerzan el incremento de los niveles de ansiedad del niño cuando sufre separación de los adultos, ya que estos suelen no dejar que el sujeto actúe con independencia, disminuyendo a su vez la percepción personal de recursos para afrontar los estímulos del ambiente (Thirlwall & Creswell, 2010).

En cuanto a las formas de interacción parental, la ausencia de demostración de emociones positivas también puede indicar una influencia dentro de la capacidad de Ignacio de confiar en sus propias capacidades, como es indicado por Friedberg y McClure (2005).

El circuito de interacción presente por la familia es observada por el terapeuta como refuerzo del circuito de ansiedad donde cada acción de la familia contribuye a un posicionamiento mayor de este estilo de respuestas por parte de Ignacio.

Esta interacción que promueve la aparición y posterior permanencia de la sintomatología es lo llamado desde la terapia sistémica como solución intentada fallida (Nardone & Watzlawick, 2003), donde la propia acción por parte del sistema colabora a la presencia perpetúa del síntoma dentro del sistema.



**Ilustración 1. Circuito de perpetuación del síntoma**

## **5.2 Descripción de las intervenciones realizadas**

En este apartado se describen las diferentes aproximaciones del proceso terapéutico realizado con Ignacio de acuerdo a la información que se tiene del mismo. El proceso terapéutico fue dividido en dos partes, la terapia familiar y terapia individual con Ignacio. Dentro de la terapia familiar se encuentran tanto sesiones donde los tres integrantes de la familia se presentan a sesión como otras en las cuales solo lo hace el subsistema parental.

Esto es acorde a diferentes aproximaciones hacia los trastornos de ansiedad en niños, donde por más que los mismos no tengan un dispositivo específico de aproximación familiar, los mismos tienen en cuenta que tanto el sistema familiar como el escolar son claves dentro del funcionamiento del niño y por lo tanto, los mismos deben ser incluidos al tratar sus problemas (Ronen, 1998).

Dentro de la orientación a padres se realizaron diversas intervenciones, tanto desde la orientación sistémica como con herramientas provenientes del enfoque de la terapia cognitivo conductual, acercamiento que es común que sea utilizado dentro del marco de la terapia indicada y que es de eficacia comprobada en los trastornos de ansiedad.

Dentro de las intervenciones sistémicas se observa un trabajo sobre los límites y las fronteras dentro del sistema familiar, con directivas como por ejemplo, que Ignacio duerma solo en el cuarto y que los padres realicen las decisiones de manera consensuada, como un equipo.

Ambas directivas tienen diversos objetivos (en el cual comparten el intento de marcar de manera más concreta las fronteras difusas que presenta la familia) mientras que la primera apunta a promover autonomía por parte de Ignacio, la segunda lo hace hacia incentivar la participación activa de un padre que se muestra periférico.

Las intervenciones en sistémica se pueden impartir de diferentes maneras, de acuerdo a la concepción que tenga el terapeuta de la necesidad actual de los pacientes.

La acción sobre los límites de cada subsistema busca actuar sobre el patrón de comportamiento del mismo, fijando nuevas pautas de interacción que permitan lograr repercusión en el resto del sistema (Wainstein, 2006).

Con respecto a la búsqueda de autonomía para Ignacio, se puede observar que es en la misma dirección a lo señalado por la terapia cognitivo conductual (Bunge, Gomar & Mandil, 2011), en donde se busca que el niño con ansiedad afronte con sus recursos personales los diferentes inconvenientes de la vida cotidiana. Mientras que la integración del padre dentro del sistema apunta a poder promover una interacción funcional que permita sentir un respaldo del niño con respecto a su entorno familiar, como sistema que le brinde soporte y seguridad.

También se imparte la directiva de fijar horas de estudio para Ignacio y que las mismas sean supervisadas por los padres, a fin de poder no sólo mejorar el rendimiento académico del niño, sino también generar una diferencia dentro del subsistema parento-filial, modificando sus patrones de interacción.

La creación de subsistemas para la realización de tareas es concordante con lo expuesto por Hoffman (1987), donde se indica tanto la creación de los mismos para poder afianzar la capacidad ejecutiva de los padres (y también la visión del niño con respecto a la misma) como también coincide con el cuarto paso de la terapia estructural (Wainstein, 2006), donde la familia debe poner en acción tareas que sean promotoras del cambio como parte de su compromiso con el mismo.

Cabe destacar, también, que puede mencionarse como una manera de intervenir desde la metáfora, con una analogía de como con una tarea específica hecha con determinadas pautas es también un ejemplo de una

interacción familiar funcional que puede ser llevada a cabo en diferentes ámbitos (Haley, 1990).

Para la realización de estas actividades se impartió también educación a los padres para cómo proceder en la supervisión de las horas de estudio, indicando que no debían hacer la tarea por él, sino supervisarlos desde una posición de autoridad que le brinde espacio a Ignacio para poder desempeñarse. También se busca la comprensión del circuito de desobediencia, como es que las diferentes acciones de cada miembro de la familia ayudan a perpetuar la problemática.

Ejemplos de buenas maneras de supervisión brindados por el terapeuta son el ser explícitos en cuanto a los gestos de aprobación, con el fin de que el niño pueda identificarse como una persona capaz de realizar actividades por sí mismo, de ser autónomo, los ejemplos brindados por el terapeuta se diferencian tanto en gestos como en palabras de aprobación y son expuestos en la siguiente tabla 5.1.

**Tabla 5.1. Ejemplos de conductas de aprobación utilizados**

Gestos de aprobación	Palabras de aprobación
- Abrazarlo	- ¡Que bueno que sos!
- Besarlo	- ¡Muchas gracias por...!
- Acariciarlo	- ¡Excelente!
- Sonreírle	- ¡Buenísimo!
- Gesto de aprobación con la mano	- ¡Me encanta cuando haces...!

Esta tabla le fue explicada y entregada a los padres con el objetivo de promover conductas que sirvan para modificar la interacción familiar, ya que promueve el acercamiento emocional de la madre y el incluir al padre.

La educación hacia los padres es consecuente tanto con el enfoque sistémico, ya que puede observarse como parte del primer y segundo paso de la terapia estructural, donde se indica como el problema no es exclusivo de un individuo del sistema y como su propia interacción forma parte de la perpetuación del problema (Pereira Tercero, 1998), como con la idea de la TCC de capacitación cognitiva de los participantes, en donde se busca la percepción de sus propias creencias y pensamientos automáticos con respecto a cada situación (Méndez, Olivares & Bermejo, 2011).

También se encuentra lo indicado por Friedberg y McClure (2011) en donde se necesita refuerzos explícitos dentro de la terapia enfocada hacia los niños, a fin de lograr mantener la motivación de los mismos.

Como primer paso dentro de la terapia individual a Ignacio, se busca realizar la conceptualización del problema, en donde inicialmente se busca la comprensión del mismo por parte del paciente. A fin de poder lograr esta comprensión se realizaron los siguientes ejercicios: dibujar la parte del cuerpo en la que se genera malestar y escribir los pensamientos que acompañan al malestar.

Ambas técnicas utilizadas son utilizadas por la TCC para lograr que niños puedan exteriorizar que es lo que les sucede, ya que los niños tienen aptitudes, sensaciones y formas de expresión que se diferencian con respecto a la de los adultos (Bunge, Gomar & Mandil, 2011).

Una vez conceptualizados los distintos malestares tanto físicos como cognitivos se le indica a Ignacio que escriba acciones que le permitan reducir el nivel de gravedad de los mismos y, principalmente, se le dan indicaciones sobre la modificación del espacio o el control de la respiración para que, inicialmente los empiece a hacer de forma periódica para luego poder

realizarlos al subir el nivel de tensión experimentado (con vistas a poder reducirlo).

A partir de estas conceptualizaciones se busca que Ignacio comprenda los pensamientos y creencias que tienen en las situaciones en donde se eleva su nivel de ansiedad, como también que entienda que los mismos no son parte de la situación en sí sino de cómo el responde ante la misma, asegurando con las herramientas para la relajación un medio con el cual afrontar a la ansiedad.

También se busca intensamente el poder modificar la evaluación que realiza del entorno, buscando que el individuo efectúe interpretaciones alternativas que permitan la reducción del malestar exhibido ante las situaciones que le generan el aumento del nivel de ansiedad.

Esta intervención es conocida dentro de la terapia sistémica como reencuadre (Wainstein, 2006), la cual se basa en la noción de esta terapia en que la realidad es una construcción cognitiva que permite actuar de una manera determinada, pero que la misma no es en sí verdadera o falsa, por lo cual se promueve que el sujeto modifique la misma hacia una que le sea funcional para su momento particular dentro del ciclo vital.

### **5.3 Descripción de la evolución que experimenta el paciente y la familia**

En este objetivo se detallan los logros alcanzados por la terapia luego del proceso terapéutico realizado en el instituto Gregory Bateson, con los procedimientos descritos en el objetivo correspondiente.

En el presente apartado se describirá la evolución que tuvo no solo Ignacio si no también toda la interacción familiar tal como se sostiene en el enfoque mencionado.

Los síntomas fisiológicos que Ignacio percibía, como ser la sensación de ahogo y de molestia al tragar sufrieron una remisión casi total. Esto es en gran medida explicado dentro de la observación del terapeuta por un cambio en la comprensión general de la familia con respecto al problema. Se logró correr del foco a Ignacio como el que tiene un problema de conducta, para percibir a todo el conjunto familiar como el que está funcionando de una manera que no lo favorece.

Esto puede considerarse como una aproximación exitosa en lo mencionado en la etapa uno de la terapia estructural sistémica (Wainstein, 2006).

Las angustias repentinas remitieron parcialmente junto con la sintomatología física descrita en las primeras sesiones. Ignacio comienza también a dormir de manera ininterrumpida durante la gran mayoría de las noches, aunque sigue presentando algunos episodios de llanto durante las actividades menos formales dentro de la escuela, como la visita a un campo de deportes o durante un acto escolar, por citar casos concretos.

Se busca descentrar la idea lineal de los trastornos mentales hacia una concepción interaccional. A raíz de la terapia, también, el terapeuta observa que se pudieron afianzar fronteras claras dentro de la dinámica familiar en donde el subsistema parental logró asumir sus funciones de una manera más funcional.

Los refuerzos sobre las maneras de como dirigirse desde el lugar de padres hacia Ignacio, como expresar las emociones, como aprender a poner límites y a actuar desde una posición rigurosa pero que contenga, colabora a que los cambios se observen en las interacciones entre los subsistemas.

Todos estos factores mencionados anteriormente están relacionados, y de esta manera lograron que Ignacio pueda realizar actividades con la familia sin sufrir los síntomas descriptos, como así también su remisión. Principalmente la actitud mostrada por Ignacio dentro de la consulta (y lo que

observan sus padres fuera de la misma) experimento una mejora consistente expresando un mayor entusiasmo al asistir a las mismas.

Esto es un indicador de lo descrito por Friedberg y Mc Clure (2005) en donde el niño inicialmente no asiste por motivación propia a terapia pero luego de que la misma se lleva a cabo con refuerzos explícitos y claros, como también al sentirse mejor en diversas situaciones, se genera una fuerte motivación intrínseca.

## **6. Conclusiones**

Este trabajo final integrador se propuso como objetivo el analizar un tratamiento terapéutico llevado a cabo para un niño que fue diagnosticado con un trastorno de ansiedad por separación desde una orientación sistémica dentro de la institución Fundación Gregory Bateson.

Se pudo dar respuesta a cada uno de los objetivos propuestos durante la fase de planificación de TFI, ya que se analizaron y detallaron las diferentes intervenciones que fueron comentadas por el terapeuta, como también la evolución observada en el paciente y en la familia del mismo.

Como primer objetivo se había planteado la descripción tanto de la sintomatología específica del paciente como la interacción familiar, ya que dentro de la teoría sistémica esto se pondera como una cuestión central a observar. Se pudo dar respuesta y contexto del trastorno de ansiedad por separación padecido por Ignacio a partir de los registros que se tuvieron disponibles y articular con los contenidos expuestos dentro del marco teórico.

La descripción del tratamiento realizado se llevó a cabo como parte del objetivo número dos, donde se describieron específicamente las diferentes técnicas utilizadas por el consultor como también se integraron las mismas con la teoría proveniente de los diferentes marcos teóricos desde los cuales proceden. Siendo las mismas principalmente de la teoría sistémica y de la terapia cognitivo conductual. Siempre teniendo en cuenta que se trataba de un ciclo evolutivo que tiene muchas particularidades y en donde la diada parental tiene gran importancia.

En el objetivo tres se describió la evolución observada por el terapeuta para el sistema consultante. Se detallaron los diferentes signos de evolución observados a nivel individual y las modificaciones vistas dentro de la interacción familiar en su conjunto.

A fin de poder analizar de manera completa al mismo se realizaron acercamientos específicos hacia el enfoque con el cual se efectuó el

tratamiento de esta problemática. Se ha ido resaltando a la vez la presencia de las técnicas provenientes desde los diferentes enfoques, siendo en el caso de esta problemática en mayor medida desde la terapia cognitivo conductual, además de la ya mencionada orientación sistémica.

Como limitaciones a mencionar cabe indicar el no poseer una historia clínica tan detallada en cuanto a dialogo escrito o intervención utilizada, ya que al no conocer al paciente, esto podría haber sido de gran ayuda a fin de comprender totalmente el contexto terapéutico dentro del cual se desarrolló todo el proceso.

También hubiese sido importante el lograr conocer al paciente o poder de alguna manera intervenir a lo largo de su terapia para poder identificar en primera persona los diferentes factores presentes, así como también que plan se debe llevar a cabo para lograr los objetivos terapéuticos deseados.

Una limitación para el proceso terapéutico en sí, es la falta de intervención (o de escritos sobre la misma en realidad) sobre el rendimiento escolar, que si bien se puede inferir que el mismo debe mejorar a partir de la mejora en la interacción del niño, no hay especificaciones concretas sobre el mismo.

Considero que dentro del aporte que las prácticas profesionales tienen dentro de la formación profesional de un licenciado en psicología es de suma importancia, debiendo también destacar el hecho del gran aprendizaje que se obtiene al poder pasar por la experiencia durante toda la estadía dentro de la institución, donde se puede presenciar y obtener las primeras herramientas dentro de la profesión.

## 7. Referencias bibliográficas

- Allan, N., MacPherson, L., Young, K. C., Lejuez C. W. & Schmidt, N. B. (2014). Examining the Latent Structure of Anxiety Sensitivity in Adolescents Using Factor Mixture Modeling. *Psychological Assessment* 26 (3), 741–751.
- Baeza, J. C., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas M. & Guillamón, N. (2008). Higiene y Prevención de la ansiedad. España: P55 Ediciones Culturales.
- Bulacio, J. M. (2004). Ansiedad, estrés y práctica clínica. Buenos Aires: Akadia.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2011). Terapia cognitiva con niños y adolescents. Buenos Aires: Akadia Editorial.
- Cano Vindel, A. (2008). Prólogo en Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas & Guillamón (eds.) *Higiene y prevención de la ansiedad*. Madrid: P5S Servicios Culturales
- Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2005). Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Barcelona: Espasa Libros S.L.U.
- Haley, J. (1990). Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hoehn-Saric, R. (2007). Physiologic Responses in Anxiety. *Current Psychiatric Reviews*, 3(3), 196-204. DOI: 10.2174/157340007781369667
- Hoffman, L. (1987). Fundamentos de la terapia familiar. México: FCE
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2007). *Synopsis of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lejarraga, H. (2008). El crecimiento del niño en contexto. Buenos Aires: Paidós editores S.A.
- Méndez, F., Olivares, J. & Bermejo, M. R. (2011). Características clínicas y tratamientos de los miedos, fobias y ansiedades

- específicas en V. E. Caballo & M.A. Simón (eds.) *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Lavel, S.A.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (2003). *El Arte del Cambio*. Barcelona: Herder Editorial.
- Ollendick, T. H., & Benoit, K. E. (2012). A parent-child interactional model of social anxiety disorder in youth. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 81–91. doi:10.1007/s10567-011-0108-1
- Patterson, T. & Sexton, T. (2013). Bridging Conceptual Frameworks: A Systemic Heuristic for Understanding Family Diversity. *Couple and Family psychology: Research and Practice*, 2(4), 237-245. DOI: 10.1037/cfp0000015
- Ronen, T. (1998). *Cognitive-Constructivist Psychotherapy with Children and Adolescents*.
- Stanton, M. (2009). The systemic epistemology of family psychology. In J. H. Bray & M. Stanton (Eds.), *Handbook of family psychology*. Oxford: Wiley
- Stanton, M. & Welsch, R. (2012). Systemic Thinking in Couple and Family Psychology Research and Practice. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1(1), 14–30.
- Stossel, S. (2014). *Ansiedad*. Barcelona: Editorial Planeta S.A.
- Thirlwall, K., & Creswell, C. (2010). The impact of maternal control on children's anxious cognitions, behaviours and affect: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1041–1046. doi:10.1016/j.brat.2010.05.030
- Wainstein, M. (1997). *Comunicación*. Buenos Aires: JCE Editores.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Editores.