

Universidad de Palermo.
Facultad de Ciencias Sociales.

Trabajo Final Integrador.

Título: Análisis de un caso: trastorno de ansiedad generalizada y el abordaje estratégico breve en un paciente adulto

Autor: Dutschmann, Rosario.

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN.....	3
2.	OBJETIVOS.....	4
2.1.	Objetivo general.....	4
2.2.	Objetivos específicos.....	4
3.	MARCO TEÓRICO.....	4
3.1.	Ansiedad.....	4
3.1.1.	Generalidades y prevalencia.....	4
3.1.2.	Clasificación de los Trastornos de Ansiedad.....	8
3.2.	Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	9
3.2.1.	Generalidades y prevalencia.....	9
3.2.2.	Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	12
	Tratamiento farmacológico.....	12
	Tratamiento psicoterapéutico.....	13
3.3.	Terapia Breve Estraégica.....	15
3.3.1.	Supuestos y fundamentos.....	15
3.3.2.	Modelo de Palo Alto.....	16
3.3.3.	Estrategias terapéuticas.....	19
3.3.4.	Maniobras de cierre en terapia.....	21
4.	METODOLOGIA.....	22
4.1.	Tipo de Estudio.....	22
4.2.	Participante.....	22
4.3.	Instrumentos.....	22
4.4.	Procedimientos.....	23
5.	DESARROLLO.....	23
5.1.	Presentación del caso.....	23
5.2.	Describir el cuadro de trastorno de ansiedad generalizada en el paciente.....	25
5.2.1	Describir las estrategias terapéuticas según el modelo de terapia estraégica, utilizadas en el tratamiento individual.....	29
5.2.2.	Describir y analizar los cambios producidos en el paciente en los síntomas de ansiedad generalizada a lo largo del tratamiento.....	33

<u>5.2.3. Describir y analizar las maniobras de cierre implementadas por la terapeuta desde la admisión hasta el final del tratamiento.....</u>	<u>35</u>
<u>6. CONCLUSIÓN.....</u>	<u>37</u>
<u>Referencias Bibliográficas.....</u>	<u>41</u>

1. INTRODUCCIÓN

La práctica de habilitación profesional V se realizó en una institución privada. El mismo, es un centro de formación y asistencia psicológica con orientación sistémica a partir del modelo de [Terapia Focalizada en la Resolución de Problemas](#). Dentro de la institución trabajan profesionales tanto psicólogos como psiquiatras y al hacer la práctica se tiene la oportunidad de interactuar con ambos profesionales.

A la institución se concurrió cuatro veces por semana, alternando entre la mañana y la tarde, teniendo la oportunidad de asistir a distintos espacios de Cámara Gesell como ser: terapia de parejas, psiquiatría, DBT/MST (Terapia Dialéctica Conductual/ Terapia Multisistémica) y casos empantanados. Las entrevistas en Cámara Gesell se utilizan con el fin de obtener la opinión de distintos profesionales acerca de un caso y así poder efectivizar la terapia. Además, se realizaron otro tipo de tareas asignadas por la tutora dentro de la institución como hacer seguimientos de los pacientes ya tratados, desgrabar videos que habían sido filmados en Cámara Gesell y traducir papers o artículos, entre otros. Se concurrieron al lugar un total de 280hs en un promedio de 20hs semanales.

Teniendo la oportunidad de ver distintos tipos de tratamiento ya filmados en Cámara Gesell se eligió el tema de “Trastorno de Ansiedad Generalizada”, sobre el caso de un hombre de 42 años cuya terapia ya había finalizado al momento del análisis, a tratar en el Trabajo Final Integrador. A pesar de ser este el tema elegido y de interés, el paciente también tiene un diagnóstico por parte de la psiquiatra de dificultad para el control de los impulsos.

Se eligió este tema en particular con el fin de aportar otra mirada sobre el tratamiento del Trastorno de Ansiedad generalizada ya que la modalidad más utilizada es la terapia Cognitivo Conductual y el presente trabajo fija la mirada en un tratamiento de tipo Estratégico Sistémico.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Describir el tratamiento de un paciente de 45 años que presenta trastorno de ansiedad generalizada, abordado desde el enfoque Estratégico Sistémico.

2.2. Objetivos específicos

Describir el cuadro de trastorno de ansiedad generalizada en el paciente.

Describir las estrategias terapéuticas según el modelo de terapia estratégica, utilizadas en el tratamiento individual.

Describir y analizar los cambios producidos en el paciente en los síntomas de ansiedad generalizada a lo largo del tratamiento.

Describir y analizar las maniobras de cierre implementadas por la terapeuta desde la admisión hasta el final del tratamiento.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Ansiedad

3.1.1. Generalidades y prevalencia

Según Beck y Clark (2010), la ansiedad es un sistema complejo que incluye respuestas cognitivas, afectivas, psicológicas y comportamentales que se activa cuando el sujeto se anticipa a la ocurrencia de eventos que pudieran ser dañinos y que se perciben como impredecibles e incontrolables. Este tipo de respuesta no solo deriva de desastres o eventos traumáticos de la vida sino que en la mayoría de los casos se desarrolla debido a

la demanda, presiones y estrés de la vida cotidiana. La ansiedad debe distinguirse del miedo, ya que este consiste en una respuesta de alarma automática neurofisiológica que se dispara ante una amenaza o peligro y pretende resguardar la seguridad del individuo.

Por otro lado, Sandin y Chorot proponen que la ansiedad se manifiesta como una respuesta del organismo ante una situación de amenaza o peligro ya sea este físico o psíquico. El objetivo de esta respuesta es dotar al organismo de energía para enfrentar la situación mediante una conducta de huida o agresión. Este mecanismo funciona de forma adaptativa y pone en marcha dicho dispositivo de alerta ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes (como se cita en Piqueras Rodríguez et al., 2008).

Hasta mediados de los setenta la ansiedad fue considerada como una respuesta unidimensional, ya fuera como un rasgo general de la personalidad o como una respuesta emocional a una situación. Sin embargo con el tiempo el concepto se ha ido desarrollando como multidimensional desde ambos enfoques. Como rasgo de personalidad existen diferencias individuales ligadas a diferentes situaciones; como respuesta emocional, actualmente se consideran las manifestaciones en los tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor de manera independiente (Cano Vindel & Miguel Tobal, 1999).

Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Vindel y García-Fernández (2012) plantean que la ansiedad se manifiesta según un triple sistema de respuesta que implica lo motor, fisiológico y cognitivo, basándose en la teoría de los tres sistemas de respuesta propuesta por Lang (1968). Por el contrario de lo que plantea el modelo unidimensional de respuesta donde se manifiesta que los diferentes tipos de respuestas deben correlacionar entre sí en un momento determinado del tiempo y si se llegaran a producir cambios en los mismos se deberían modificar simultáneamente todas ellas; el modelo de Lang propone que lo habitual es al discordancia entre los tres sistemas de respuesta. Por lo tanto, si se evaluara a una persona bajo una situación ansiosa, se podría comprobar que cada sistema de respuesta presenta una intensidad diferente existiendo por lo tanto algún grado de independencia entre los sistemas.

Según este nuevo modelo entonces, la ansiedad también se manifestaría en un triple sistema de respuesta. En el caso de la respuesta cognitiva de la ansiedad patológica esta se vivencia como una catástrofe inminente y comprende pensamiento o imágenes muy específicos sobre un problema. Por otro lado, la respuesta fisiológica, ya sea en la ansiedad normal o patológica, se caracteriza por un incremento en la actividad tanto del

Sistema Nervioso Autónomo y Nervioso Somático que se manifiestan en aumentos de la actividad cardiovascular, electro dérmica, el tono muscular y la frecuencia respiratoria. El último tipo de respuestas, las motoras, se derivan de los aumentos en las respuestas fisiológicas y cognitivas y se dan en forma de tics, temblores, inquietud motora, tartamudeo tanto como conductas de escape o evitación que usualmente no se dan de forma voluntaria por parte del sujeto. Este tipo de respuestas se han dividido en directas e indirectas perteneciendo las de escape o evitación al segundo grupo (Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Vindel y García-Fernández 2012).

Según lo planteado por Bulacio (2011) las manifestaciones, como respuesta emocional, son muy variadas y agrega a la clasificación anterior un grupo más: la manifestación social. Entre los síntomas físicos se pueden mencionar taquicardia, palpitaciones, tensión y rigidez muscular y opresión en el pecho entre otras. Los síntomas cognitivos suelen ser inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, inseguridad así como dificultades en la atención, concentración y memoria. Por otro lado, los síntomas motores o conductuales se caracterizan por estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar en reposo o incluso torpeza o dificultad para actuar. En lo social, la nueva categoría propuesta por el autor, los síntomas se dan en forma de irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar una conversación, bloquearse a la hora de interactuar y temor excesivo a posibles conflictos entre otros síntomas.

A pesar de que la ansiedad debería cumplir una función adaptativa para el hombre la cual mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, cuando esta se generaliza o se transforma en una respuesta rígida se vuelve disfuncional y por lo tanto se la considera patológica.

Lazarus y Folkman (1986) define el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales, cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Esta valoración se da en dos momentos, la primera hace referencia a la estimación de las consecuencias que estas situaciones traen a la persona que las experimenta y en una segunda valoración, se consideran los recursos con los que se cuentan para disminuir o impedir dichas consecuencias. Además estos autores postularon que la valoración y el afrontamiento en las personas ansiosas se desatan porque estas perciben la situación como amenazante para sí mismo y que la capacidad o estrategias que posee para enfrentarla no son suficientes para contrarrestar la amenaza. Ésta valoración tendrá relación con la intensidad de la respuesta ansiosa. En muchos casos la

reacción ante la ansiedad resulta en una respuesta agresiva que se desata de manera impulsiva, sin mediación cognitiva frente a la amenaza percibida como inminente y al temor de experimentar las emociones que se puedan desencadenar. Otro tipo de enfrentamiento está caracterizado por el uso de estrategias pasivas que consisten en la ausencia de enfrentamiento o conductas de evitación, consideradas como desadaptativas (Gantiva Diaz; Luna Viveros; Dávila & Salgado, 2009).

Beck y Clark (2010) plantean que la ansiedad no siempre actúa de forma adaptativa, sino que en muchos casos cuando esta es excesiva se convierte en desadaptativa y requiere de intervención profesional. Estos autores proponen cinco criterios que pueden ser utilizados para dar cuenta de que la ansiedad presentada por un sujeto no responde a lo normal:

- Cognición disfuncional: deriva de una percepción falsa y errónea del peligro que implica una situación ya que no es confirmada por observación directa.
- Problemas de funcionamiento: la ansiedad disfuncional en muchos casos provocará que la persona no pueda actuar de forma adaptativa y efectiva frente a una amenaza provocándole congelarse o paralizarse ante la situación. Por otro lado, también este tipo de ansiedad puede provocar una respuesta contraproducente incrementando el riesgo.
- Persistencia: el estado ansiógeno de la persona se prolonga por un tiempo mayor a lo esperado en cualquier otra situación del mismo tipo.
- Falsas alarmas: refiere al miedo o pánico que se dispara en un sujeto ante la ausencia de un estímulo que atente realmente contra su integridad física.
- Hipersensibilidad a los estímulos: la ansiedad se dispara ante un rango de situaciones mucho mayor al del común de la gente.

Marchant (2002) plantea que la ansiedad no siempre se presenta como síntoma dominante del cuadro de la persona sino que en otros casos también puede acompañar otras perturbaciones emocionales como la depresión, los síntomas iniciales de la esquizofrenia o los primeros síntomas del deterioro orgánico en edad avanzada. La ansiedad severa, puede ser extremadamente incapacitante y las funciones ordinarias como el trabajo, la familia y las relaciones sociales se ven deterioradas.

Entre un 15% y un 20% de la población padece o padecerá en algún momento de su

vida problemas relacionados con la ansiedad que lo llevaran a realizar tratamiento. Este se hace necesario ya que la mejora espontánea de la ansiedad es muy improbable y la mayoría de las veces esta tiende a mantenerse o incluso generalizarse (Bulacio, 2011).

3.1.2. 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, mutismo selectivo, fobia específica (especificado según el objeto o la situación), trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y trastorno de ansiedad no especificado.

3.2. Trastorno de Ansiedad Generalizada

3.2.1. Generalidades y prevalencia

Fue Freud en 1895 quien describió por primera vez el Trastorno de Ansiedad Generalizada junto con el síndrome panicoso con el nombre de Neurosis de Angustia. Esta categoría se mantuvo hasta el año 1980 cuando con el DSM III se separó a la Neurosis de Angustia en dos categorías diagnósticas distintas; el Trastorno de Pánico y el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Sin embargo, con la versión revisada del DSM III en el año 1987 el TAG dejó de ser una categoría diagnóstica residual y se la configuró como una entidad independiente (Cía, 2007).

Según el DSM 5 (APA 2014), para establecer un diagnóstico de trastorno por ansiedad generalizada, debe haber una ansiedad y preocupación excesivas que se produzcan durante más días de los que ha estado ausente y durante un período mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades.

Al individuo que presenta este trastorno le es difícil controlar la preocupación y la ansiedad y entre los síntomas se encuentran: inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, fácilmente fatigado, dificultad para concentrarse o quedarse con

la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio). Estos síntomas deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Por otro lado, Cia (2007) plantea que desde el punto de vista de la sintomatología, el TAG presenta tres componentes que son el cognitivo, conductual y fisiológico. El primero de los mencionados consiste en preocupaciones irreales y excesivas con respecto a temas cotidianos y se presenta la mayor parte del tiempo. El segundo de los componentes, el conductual, se caracteriza por la incapacidad de controlar la ansiedad lo cual deriva en un deterioro en el ámbito familiar, ocupacional y social. Los síntomas físicos incluyen un estado de hiperalerta, dificultad para descansar y tensiones motoras generadas por la inquietud entre otros síntomas.

La aparición de uno u otros síntomas, según Rovella y Rodriguez (2008), se relaciona con factores como las pautas de respuesta familiar que son fruto de la herencia o aprendizaje, del perfil reactivo psicossomático del individuo (éste varía en cada persona) que a su vez guarda relación con formas pasadas de resolver y por último con el tipo de emociones implicadas en cada situación.

Sin embargo las personas que padecen este trastorno suelen no reconocer que sus preocupaciones son exageradas. La intensidad, duración y frecuencia de la ansiedad son desproporcionadas respecto a las posibles consecuencias (Cia, 2007).

Rovella y Rodriguez (2008) plantean que los sujetos que padecen TAG no se centran específicamente en su ansiedad sino que un amplio rango de estímulos los preocupa aunque no estén relacionados entre sí. La amenaza social y física serían las principales fuentes de padecimiento. La ansiedad generalizada puede ser considerada una disposición de rasgo aunque no se sabe exactamente que es lo que lleva a ella ni desencadena el padecimiento así como tampoco se puede precisar el momento en que esta característica de personalidad pasa a ser un trastorno.

Según Stein (2013) el Trastorno de Ansiedad Generalizada tiene una prevalencia de 6,1 % de duración a lo largo de toda la vida y de un 2,9% de duración de un año, estos datos fueron obtenidos de un estudio realizado entre los años 2001 y 2003 en Estados Unidos por Kessler, Wai Tat Chiu, Demler y Walters. Asimismo, suele ser dos veces más común que se de en mujeres y suele presentarse entre los 45 y 55 años. A pesar de que los síntomas pueden fluctuar suelen ser crónicos y el trastorno presenta comorbilidad

psiquiátrica con depresión mayor y otros trastornos de ansiedad. Por otro lado, se presenta comorbilidad física con problemas gastrointestinales, respiratorios y de tiroides.

Cubas, Gonzales e Ibañez (2005) plantean que la dificultad en el diagnóstico de TAG radica en la gran cantidad de características en común que presenta con los distintos trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Los diagnósticos con lo que presenta mayor comorbilidad el TAG son fobia social, trastorno de pánico, distimia, depresión, trastorno obsesivo compulsivo y fobia. El Trastorno de Ansiedad Generalizada debido a la alta comorbilidad antes mencionada se lo considera como el trastorno de ansiedad más básico.

Debido a la dificultad que presenta la alta comorbilidad Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston (1998) proponen un modelo conceptual para el Trastorno de Ansiedad Generalizada compuesto por cuatro variables de proceso poderosas en la determinación del trastorno y que mantienen una vinculación jerárquica entre sí: la intolerancia hacia la incertidumbre, las creencias sobre la preocupación, la orientación pobre al problema y la evitación cognitiva. La intolerancia a la incertidumbre representa reacciones conductuales, cognitivas y emocionales negativas hacia situaciones de la vida diaria y se relaciona con la preocupación. Las creencias sobre la preocupación, refieren a la consideración de las personas que padecen TAG de que preocuparse les ayudara a encontrar una solución y así aumentar sus sensaciones de control y poder prevenir consecuencias indeseables. La tercer variable mencionada, la orientación pobre al problema, refiere a la valoración que el sujeto realiza de los problemas cotidianos y su capacidad para resolverlos. Por último, la evitación cognitiva es una actividad cognitiva cuya función es suprimir las imágenes mentales de aquello que resulta amenazante.

3.2.2. Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Tratamiento farmacológico

En un primer momento, el tratamiento farmacológico del trastorno de ansiedad generalizada consistió en la administración de benzodiazepinas. A pesar de seguir siendo utilizadas en algunos casos en la actualidad, el tratamiento de preferencia hoy en día se realiza con anti-depresivos. Dentro de estos, los que han aportado pruebas de mayor eficacia son aquellos inhibidores de la receptación de serotonina y noradrenalina (IRSS). A su vez los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina han demostrado,

aunque en menor medida, eficacia en el tratamiento de ansiedad generalizada (Bobes, García-Portilla & Bousoño, 2005).

Según Bulacio (2011), dentro de los ansiolíticos, los más recomendables son el clonazepam y el alprazolam. Ambos actúan sobre los receptores gabaérgicos, estos son moduladores inhibitorios de los otros sistemas neurotransmisores. Sin embargo estos no suelen utilizarse a lo largo de todo el tratamiento, sino que dado el rápido efecto que producen se combinan con los IRSS al comienzo del tratamiento hasta que estos comiencen a hacer efecto. A pesar de no presentar demasiados efectos adversos, los ansiolíticos tienen una sensibilidad individual muy variable y es por esto que deben administrarse en dosis bajas en un principio.

Bobes, Garcia-Portilla y Bousoño (2005) plantean que debido a la elevada comorbilidad del Trastorno de Ansiedad Generalizada con trastornos depresivos, los anti-depresivos presentan mayor eficacia que las benzodiacepinas ya que utilizando un único fármaco podrían tratarse ambos trastornos. Por otro lado, los anti-depresivos no presentan dependencia como los ansiolíticos.

Dentro de los anti-depresivos IRSS los más eficaces son la sertralina, la paroxetina, el citalopram, el escitalopram y la fluoxetina. La elección de cada uno de ellos se da principalmente por el efecto sedativo y los efectos adversos que producen (Bulacio, 2011).

Más allá de que los psicofármacos antes mencionados son los de primera elección, existe evidencia de otros agentes también eficaces entre los que se encuentran la pregabalina, antidepresivos tricíclicos, agomelatina, buspirona, hidroxizina, el antipsicótico de primera generación trifluoperazina y el antipsicótico de segunda generación quetiapina (Stein, 2013).

Antes de comenzar con cualquiera de los tratamientos farmacológicos, a la hora de planificar el tratamiento de TAG es necesario tener presentes algunos aspectos en cuenta como que el objetivo principal de la farmacoterapia es reducir los síntomas nucleares del trastorno que se mencionan en el DSM V (APA 2014). Otro de los objetivos son la comorbilidad, reducir el nivel de discapacidad y aumentar la calidad de vida relacionada con la salud. Por otro lado, el tratamiento agudo (menos a seis meses), en algunos pacientes requerirá continuarse con tratamiento de mantenimiento para prevenir recaídas. Debido a la necesidad en muchos casos de mantener el tratamiento por largos períodos de tiempo, los fármacos utilizados deberán tener una eficacia mantenida a largo plazo, buena tolerancia, bajo potencial de abuso y dependencia y no deberán plantear

problemas a la hora de retirarlos (Bobes et al., 2005).

Tratamiento psicoterapéutico

Además del tratamiento farmacológico, en todos los casos de ansiedad patológica se debe acompañar con psicoterapia. En la actualidad, el enfoque de terapia cognitivo conductual es el más recomendado; sin embargo su difusión no ha sido tan amplia y es debido a la falta de información que menos del 30% del total de los pacientes que padecen en trastorno busca atención de un profesional especializado y menos del 10% es tratado correctamente (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

Según lo expuesto por Rodríguez Biglieri y Vetere (2011), la Terapia Cognitivo Conductual se basa en el postulado de que no existe una única realidad verdadera y objetiva sino que esta es una construcción particular de cada persona. Esta construcción de la realidad, el hombre la hace mediante una serie de estructuras y procesos que le permiten dar un sentido a su experiencia. Entonces la terapia se centrará en un proceso de aprendizaje activo con el fin de que el paciente desarrolle nuevas habilidades de afrontamiento que le permitan superar sus problemas.

Bulacio (2011) plantea que es a partir del concepto de que la conducta está determinada por factores emocionales, conductuales y racionales que esta puede ser modificada a partir de cualquiera de estos puntos porque la modificación de uno implicara la modificación de los otros. Es por esto que cualquiera de las técnicas centrada en cada uno de los puntos anteriores apunta a la modificación o ampliación de los esquemas cognitivos y a la utilización de un modo más funcional de las mismas.

En la aplicación de la TCC al Trastorno de Ansiedad Generalizada, varios son los elementos tenidos en cuenta a la hora de la terapia. La psicoeducación y el auto-monitoreo son lo principal a aplicar pero además se han incorporado elementos como la relajación, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Con la aplicación de la relajación, los pacientes incorporan un método para regular la ansiedad cuando ésta aparece y de esta manera pueden afrontarla. Entre las técnicas utilizadas se encuentran la relajación progresiva de músculos o la respiración diafragmática. Por otro lado, la reestructuración cognitiva consiste en identificar directamente y reevaluar las creencias disfuncionales (Mitte, 2007).

Cía (2007) plantea que la reestructuración cognitiva es una de las claves del tratamiento para el TAG. Esta se compone de distintos elementos como la educación acerca del rol de las cogniciones para aumentar la ansiedad, verificación lógica de los pensamientos, estimación de las posibilidades y el uso de tareas comportamentales y auto-monitoreo para desafiar la veracidad de las creencias relacionadas a la ansiedad.

3.3. Terapia Breve Estraégica

3.3.1. Supuestos y fundamentos

En el año 1959 Jackson junto a Riskin y Satir funda el Mental Research Institute (MRI) donde el equipo se dedicó a desarrollar una nueva visión de la psicoterapia desde una perspectiva interaccional. Esencialmente el trabajo de los miembros del MRI consistió en hallar conceptos intermedios entre las teorías de Bateson y la práctica de la terapia familiar. En los comienzos, el instituto tenía cinco grandes orientaciones: la formación, las investigaciones sobre la familia y la enfermedad mental, la terapia familiar, las investigaciones sobre la teoría de la comunicación y las investigaciones sobre el proceso de cambio (Wittezaele, 1994).

Según Kopec y Rabinovich (2007) la terapia estratégica sistémica, basada en el modelo del Mental Research Institute, considera a la persona capaz de sobrellevar y solucionar las dificultades que se le presenten en distintos aspectos de su vida. El modelo se propone “remover obstáculos del camino” y así ayudar a la gente a poder seguir adelante sin contar con la ayuda del terapeuta.

Cazbat (2007) menciona que Fisch propone, junto con Jackson (1967) la creación de un proyecto para desarrollar un modelo de terapia breve. Este proyecto dio origen al Brief Therapy Center, al que se sumaron posteriormente, Watzlawick, Weakland y Bodin. Fue este grupo el que desarrolló lo que hoy se conoce como el modelo de Palo Alto, el cual generó un cambio radical en la psicoterapia al crear un modelo breve, simple, efectivo y eficaz para ayudar a la gente a producir un cambio (como se cita en Kopec & Rabinovich, 2007).

3.3.2. Modelo de Palo Alto

La terapia breve de Palo Alto se separó por completo de la concepción de la psicoterapia como el descubrimiento de sí mismo y con la concepción de que las dificultades psicológicas se relacionaban con los grandes problemas existenciales. Para el modelo de Palo Alto, el psicoterapeuta debe centrarse en el sufrimiento de la vida cotidiana y su tarea debe consistir en permitir a los pacientes hallar lo más rápidamente posible la forma de continuar con su vida sin encontrarse constantemente con las mismas dificultades que lo detienen. Las cuestiones existenciales no tienen un papel significativo en este modelo de terapia (Wittezaele, 1994).

Wittezaele (1994) plantea que las dos cuestiones centrales dentro de la psicoterapia son; como persiste la situación no deseada y que es lo que hay que hacer para cambiarla. Con respecto al cambio de estructuras, se recurre a la teoría de los tipos lógicos que permite la doble mirada que tiene en cuenta los elementos pero a la vez el conjunto del sistema. Por otro lado la teoría de los grupos también ofrece un modelo explicativo y permite ilustrar el hecho de que en algunos casos las actitudes que suponen aportar un cambio benéfico, por el contrario ponen en marcha mecanismos que restablecen el mismo equilibrio anterior. Estas dos teorías proporcionan dos modelos; el primero permite comprender la relación de los elementos con la clase y el cambio que constituye el paso de un tipo lógico a otro y el segundo modelo permite entender el cambio que se produce en un conjunto pero que al fin y al cabo permanece sin modificarse. El cambio que conserva el sistema se lo llamó “cambio de tipo 1” y al cambio del sistema mismo se lo llamó “cambio de tipo 2”.

Según Casabianca y Hirsch (2009), el modelo de Palo Alto comparte con otros modelos sistémicos varias premisas que considera de gran importancia como ser:

- La conducta de todo individuo es influida por otros individuos con los que mantiene relaciones.
- Los individuos que mantienen relaciones estables forman parte de un sistema.
- El contexto en el que los miembros de un sistema se desarrollan, significan

sus conductas.

- Las conductas de un sistema se organizan según jerarquía e interdependencia.
- Todo sistema actúa según dos tendencias opuestas: a favor del cambio y a favor de la estabilidad.

Este modelo hace foco en los procesos, es decir en las secuencias repetitivas de conductas en las que se inscribe el comportamiento problema. Se presta atención a qué comportamiento y de qué miembro del sistema desencadena la conducta problema y quiénes tienen el propósito de solucionarlo. Es por esto que lo que se intenta modificar es la secuencia de conductas que se refuerzan mutuamente en el intento de solucionar el problema, a lo que se llama ciclo autoperpetuante. Sin embargo no se considera que existen circuitos buenos y circuitos malos, sino que un circuito puede ser funcional en un momento y disfuncional en otro cuando contribuye al mantenimiento de la conducta problema (Casabianca & Hirsch, 2009).

Según Casabianca y Hirsch (2009) el modelo de Palo Alto selecciona en terapia aquellos miembros del sistema más motivados para la resolución del problema y que el cambio en uno o más miembros favorece el cambio en el resto. Por el contrario de otros modelos, el modelo descrito se ocupa de intervenir principalmente en lo que los consultantes van a realizar fuera de la sesión. Las intervenciones son aquellas conductas del terapeuta que son planificadas específicamente para lograr el cambio.

Como planteo principal, el modelo propone como necesario un planteo inicial para definir el objetivo en términos de que este sea alcanzable y evaluable a medida que avanza la terapia. Luego, se establecen los pasos que ayudarían a alcanzarlo, estos deben ser lo suficientemente pequeños como para concretarlos y lo suficientemente significativos como para que valga la pena el esfuerzo. Se evalúa constantemente el avance de estos pasos (Kopec & Rabinovich, 2007).

El proceso terapéutico consta de cuatro etapas fundamentales que deben ser cumplidas en el marco terapéutico. Estas son: la admisión, las sesiones, el cierre y por último el seguimiento (Kopec & Rabinovich, 2007).

El modelo de Palo Alto trabaja por lo general con un máximo de diez sesiones que se distribuyen una vez por semana o quincenalmente, esto depende en parte de la prescripción del terapeuta y en parte de la flexibilidad que tienen los pacientes a la hora de la modificación. Esto se basa en que se cree que se necesita el mínimo esfuerzo para

el máximo cambio y que este máximo cambio es el mínimo indispensable para poner en acción un círculo de nuevas interacciones que sean beneficiosas para los miembros del sistema (Casabianca & Hirsch, 2009).

Según Hirsch y Rosario (1987) la modificación de los puntos de vista del consultante respecto a las razones de su malestar, la naturaleza del mismo y los modos de resolverlo son lo que lleva a que una terapia sea exitosa. El paciente cambia siempre que acepte una o más redefiniciones con sus correspondientes direcciones de acción implícitas y explícitas.

Según Schaefer (2014), ya que el foco terapéutico de la Terapia Breve Estratégica se encuentra en las soluciones intentadas fallidas, uno de los objetivos del espacio terapéutico es neutralizarlas ya que son las que mantienen el problema. Por otro lado, el cambio terapéutico consiste en la generación o facilitación de acciones y percepciones que ocurren en el individuo, la pareja o la familia que modifiquen los significados de los sujetos. Esto conduciría a modos nuevos y funcionales de percepción de la realidad.

Por otro lado, Wainstein (2006) plantea que la terapia debe conducir al cumplimiento de objetivos convenidos con el consultante, estos son planteados por él mismo al comienzo de la terapia y se relacionan con la resolución del problema. A este modelo de terapia interesa también la eficiencia, es decir, intervenir del modo más rápido y económico posible modificando la visión preferida del consultante acerca de cómo resolver su problema y extender el efecto de las intervenciones en terapia a la vida cotidiana del mismo.

Las direcciones de acción implícitas o explícitas que plantean la visión acerca de la naturaleza de una situación o problema determina el camino para su manejo. Las intervenciones del terapeuta, terminan de estructurar una presentación que es una construcción por parte del mismo y no una mera mirada objetiva. De esta manera de construye el motivo de consulta el cual implica un cierto proceso de reestructuración, esta prepara y facilita las redefiniciones posteriores, que llevan al paciente cada vez más lejos de su visión inicial. La redefinición consiste en una operación mediante la cual el terapeuta es quien ofrece un nuevo sentido a una situación que vive el consultante habitualmente. Cuando el paciente acepta esta reestructuración cambia su propio marco conceptual o emocional y lo sitúa dentro de otra estructura que aborda la misma situación de igual o mejor manera que la planteada. Lo que realmente cambia es el sentido que se le da a la situación y no los hechos que corresponden a esta en sí (Hirsch & Rosario, 1987).

3.3.3. Estrategias terapéuticas

Según Wainstein (2006) las intervenciones estratégicas ponen el foco en el cumplimiento de objetivos acordados entre el terapeuta y el consultante, los cuales se relacionan con el problema presentado por este último. Para poder llevar a cabo esta tarea se deben fijar metas, diseñar intervenciones para llegar a ellas, examinar las respuestas obtenidas y así evaluar los resultados. Al llevar a cabo este tipo de intervenciones se considera de gran importancia para el modelo intervenir del modo más rápido y económico posible. El objetivo principal trata de interrumpir las soluciones intentadas fallidas, interrumpiendo el circuito y modificando el encuadre que el consultante ha hecho hasta el momento de su problema.

Hewitt y Gantivas (2009) a su vez plantean que el terapeuta debe lograr concientizar al paciente de que su comportamiento le genera un problema debido a las consecuencias negativas que genera en él mismo y en su entorno. Para que esto tenga resultados, es importante que además el terapeuta conduzca al paciente a identificar las habilidades que posee para lograr un cambio efectivo.

En el modelo de intervención estratégico, se le brinda especial importancia a lo que se llama la "primer entrevista" ya que es allí donde el terapeuta y el paciente establecen un vínculo que favorezca el trabajo y donde se establece cuál es el problema y como este es sostenido por el paciente. Los terapeutas estratégicos trabajan con intervenciones directivas sin dar consejos, ser valorativos o pedagógicos (Wainstein, 2006).

Rodríguez Morejón y Beyebach (1994) plantean la importancia de establecer objetivos ya que estos se convierten en facilitadores de la acción. El hecho de plantearse una meta y comparar el estado actual con la misma, genera tendencias auto reactivas que llevan a las personas a actuar en esa dirección. Sin embargo, para que se produzca este efecto, el terapeuta debe conseguir que los objetivos tengan determinadas características como; ser relevantes para los clientes y propuestos por ellos mismos, las metas deben ser concretas y operacionalizadas en conductas, además de concretos los objetivos deben ser alcanzables y estos deben estar formulados en positivo como algo que va a ocurrir y por último los objetivos deben estar descritos interaccionalmente, es decir planteados como secuencias que llevarán a la resolución del conflicto.

Existen diversas formas de intervención en este modelo como las prescripciones directas, las intervenciones paradójicas, re enmarcar o modificar la visión del problema desarrollada hasta el momento, accionar sobre las pautas habituales de comportamiento, utilizar analogías o comunicación paralela, enfocarse en excepciones a las conductas habituales, la técnica del milagro, ubicación en una escala, uso de la ambigüedad, técnica de la bola de cristal, escribir, leer y quemar o el hacer algo diferente a lo que se estuvo haciendo hasta el momento y no obtuvo resultados. Todas estas estrategias apuntan a que el consultante pueda dar otro enfoque al problema y cambiar sus propias estrategias de abordaje por otras más efectivas (Wainstein, 2006).

3.3.4. Maniobras de cierre en terapia

Las maniobras de cierre pretenden dar un cierre exitoso a la psicoterapia y estas se basan en producirse en un tiempo relativamente limitado y teniendo en cuenta dos parámetros: los resultados obtenidos y el grado de satisfacción del consultante. El momento indicado para el cierre es aquel donde según el punto de vista del terapeuta, la prolongación del tratamiento no traería un beneficio significativo para el consultante. El principio general del cierre consiste en generar al consultante la sensación de que el cierre se produce por la propia lógica del tratamiento y no por decisión arbitraria del terapeuta (Kopec & Rabinovich, 2007).

Hirsch & Rosario (1987) plantean que las maniobras de cierre son todas las intervenciones que realiza el terapeuta desde la primera entrevista, para sembrar la idea de los beneficios de la terapia breve centrada en resolución de problemas y que estas por lo tanto no se realizan solo al momento de finalizar el tratamiento. Sin embargo estas se desarrollan en la última o últimas entrevistas, se debe tener en cuenta que las maniobras de cierre son la consecuencia lógica de las que se realizaron al comienzo del tratamiento, particularmente respecto de la focalización. El objetivo de estas maniobras de cierre en el caso de que el tratamiento haya sido exitoso sería consolidar aquellos logros obtenidos y prevenir que el consultante repita aquellos intentos viejos de solucionar los problemas que en realidad los han mantenido o agudizado. Un mal final dentro de la psicoterapia puede no solo invalidar el trabajo terapéutico aunque este haya sido fecundo sino que difícilmente se podrá reparar. Asimismo, en el caso de que la terapia haya fracasado, un cierre adecuado le permite al paciente considerar e intentar una nueva consulta mientras

que si el cierre no es el adecuado el paciente suele afianzar aquellas conductas que lo llevaron a consultar (Hirsch & Rosario, 1987).

Al momento del cierre, se plantea que el terapeuta debe maniobrar para que sea el paciente quien plantee la posibilidad de finalizar el tratamiento. Las maniobras de cierre que se utilizan en caso de que la terapia haya tenido éxito son: remarcar aquello que se ha alcanzado como lo que no poniendo el énfasis en aquello que si se ha logrado como producto de las habilidades del paciente; disminuir la posible ansiedad o temor a las posibles recaídas; no hacer intervenciones en las últimas sesiones con el fin de producir otro cambio o mejorar lo ya hecho y por último mantener la influencia del terapeuta, pautando encuentros cada tres meses y distanciándolos más en el tiempo progresivamente para monitorear qué ocurrió con los resultados (Hirsch & Rosario, 1987).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudio

Estudio descriptivo. Caso único.

4.2. Participante

F, el paciente cuyo tratamiento se analizó es un hombre de 45 años diagnosticado con Trastorno de Ansiedad Generalizada. Realizó un tratamiento estratégico breve de dos meses de duración con concurrencia de una vez por semana dentro de un centro privado especializado en este tipo de terapia. Se lo medicó con Clonazepam y Zolpiderm.

4.3. Instrumentos

Historia clínica del paciente tanto de la psicóloga como la psiquiatra incluyendo la entrevista de admisión.

- Desgrabación de los videos de las seis sesiones con la terapeuta y una con el admisor llevadas a cabo en Cámara Gesell.
- Una entrevista semi-dirigida a la terapeuta responsable del caso indagando acerca de distintos ejes cómo el planteo del tratamiento, las maniobras de cierre

realizadas, el trabajo en Cámara Gesell y los resultados de la terapia y datos obtenidos de conversaciones con el equipo de terapeutas que participaban del equipo de Cámara Gesell.

4.4. Procedimientos

Previo pedido de autorización a la institución para tomar el caso, se analizó la historia clínica del paciente junto con los videos de las sesiones en Cámara Gesell, partiendo del registro de la entrevista de admisión y recorriendo las notas y materiales de todas las sesiones que han tenido lugar desde el ingreso hasta la finalización del tratamiento.

Para completar la información obtenida a partir del análisis de la historia clínica y de la observación se conversó con algunos de los terapeutas que formaban parte del equipo ya que la entrevista semi-dirigida con la terapeuta no fue posible de concretar.

5. DESARROLLO

5.1. Presentación del caso

El paciente cuyo caso se analiza en el presente trabajo tiene 45 años de edad y comenzó el tratamiento en la institución. Vive con su esposa y sus dos hijos en una casa en un barrio de quintas. El hombre está casado hace 14 años y su mujer tiene 38 años de edad; la pareja tiene dos hijos, un niño de 10 años de edad y una niña de 8 años. Ambos niños están escolarizados y cursan sus estudios en un colegio privado.

F es docente de Educación Física y encargado de este área en un colegio privado de la provincia de Buenos Aires. Trabaja como docente hace 18 años y está especializado en primer ciclo escolar. Su mujer también es docente de Educación Física y trabaja en un colegio de la provincia de buenos aires con niños.

Es F quién solicita un turno de forma telefónica en el centro, su mujer y su hijo varón han concurrido a terapia anteriormente. La entrevista pre-admisión es realizada por la operadora que recibe el llamado, quien según el tipo de consulta que expresa el paciente, decide con cuál de los terapeutas, que trabajan a su vez de admisores, derivarlo. La

entrevista de admisión es llevada a cabo dentro del espacio de Cámara Gesell y es observada por un grupo de terapeutas con quienes el admisor decidió a qué terapeuta específico derivarlo.

El motivo de consulta es la dificultad para controlar los impulsos agresivos que le surgen en situaciones donde se encuentra sobrepasado o ante estímulos donde el reconoce que su respuesta es excesiva. A su vez manifiesta no poder poner su mente en blanco y a raíz de esto tiene muchos problemas para conciliar el sueño, lo que lo lleva a auto medicarse con Clonazepam y Lorazepam.

En base a la información que provee el paciente pueden identificarse en él problemas para controlar su ansiedad la cual se despliega en diversos ámbitos de su vida cotidiana y que derivan en una dificultad para controlar los impulsos ante la irritación. Según su relato además puede verse como esto afecta tanto su ámbito laboral, familiar y su bienestar personal.

Esta información se completa con una primera entrevista con la terapeuta donde F relata con más precisión y detalles cuáles son sus preocupaciones y sus reacciones; *“me tomo un Rivotril para bajar durante el fin de semana, me pongo muy nervioso porque quiero controlar todo”*. A su vez el paciente relata que *debe salir a correr para dejar de pensar porque si no “camina por las paredes”*. Con respecto a sus episodios de explosión de irritabilidad relata que *ha llegado a gritarle y levantarle la mano al hijo porque este no le hacía caso con irse a dormir*.

De acuerdo con la historia clínica del paciente, que se encuentra archivada en el centro y a la cual se tuvo acceso para este trabajo, F sufre de Trastorno de Ansiedad Generalizada. El grupo de terapeutas que acompañaban el caso manifestaron que F al momento del tratamiento era un paciente muy predispuesto al cambio y comprometido con el trabajo de terapia.

5.2. Describir el cuadro de trastorno de ansiedad generalizada en el paciente

Desde el comienzo del tratamiento, es decir ya en la entrevista de admisión, el paciente F exhibe diversos síntomas de ansiedad que a su vez menciona y se manifiestan a lo largo de todo el tratamiento.

Así como plantea Bulacio (2011) los síntomas de ansiedad se manifiestan de forma

física, cognitiva, motores y sociales, los cuales se pueden ver claramente en el paciente a ser tratado. Entre los síntomas físicos, el mismo paciente relata durante la segunda sesión que en muchas situaciones *siente opresión en el pecho, sintiendo que el corazón le late tan fuerte que se le va a salir*. Por otro lado relata que al tener que enfrentar determinadas situaciones no puede relajarse y por lo tanto esta rígido y tenso hasta que logra atravesarla sin poder disfrutar de lo que está sucediendo. A su vez F también relata dificultades para concentrarse en muchos casos por estar pendiente de muchas cosas al mismo tiempo tratando de que estén bajo su control, así como también dice sentir que muchas situaciones de la vida cotidiana le agobian ya que no puede lograr disfrutar sin sentir que va a poder controlar todas las situaciones. Este tipo de manifestaciones se podrían clasificar entre los síntomas cognitivos de la ansiedad.

Otro tipo de síntomas que plantea Bulacio (2011) son los motores entre los que se encuentran estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse en reposo o incluso torpeza o dificultad para actuar. De estos síntomas, el paciente manifiesta con mayor notoriedad la hipervigilancia, ya que *precisa según él que todo esté bajo su control y visto bueno, ya sea en el ámbito laboral como dentro de su hogar. Por otro lado, manifiesta que el que más le preocupa y más lo perturba es su alto nivel de impulsividad ya que la misma interfiere en su vida cotidiana ya que le cuesta mucho no pelearse con la gente en la calle por cosas que cree que la gente hace mal y mismo con sus hijos con los cuales le cuesta mucho tener paciencia y él mismo reconoce reaccionar muy mal por hechos que luego se da cuenta no son tan graves*. Por último, el autor agrega una categoría a los síntomas de ansiedad que es la social y entre los síntomas de esta categoría, F relata *estar muy irritable y muchas veces dice estar ensimismado sin querer relacionarse con nadie o realizar alguna actividad familiar* ya que tiene constantemente temor a posibles conflictos que se puedan desatar debido a la actividad. A la hora de interactuar, el paciente manifiesta que le resulta muy difícil desarrollar la parte afectiva sobre todo con su mujer y que le cuesta poner límites a los hijos sin ser agresivo. Debido a este tipo de respuestas que se han transformado en un patrón de respuesta rígido en el paciente, la ansiedad se vuelve disfuncional y por lo tanto es considerada patológica y ya no como una función adaptativa para mejorar el rendimiento y la adaptación al medio social.

Debido a la cantidad de síntomas de ansiedad, mencionados anteriormente y a la interferencia que estos tienen en la vida cotidiana del paciente según el mismo relata, se lo diagnosticó con el cuadro de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Según el DSM 5 (APA 2014), debe haber una ansiedad y preocupación excesivas que se produzcan durante más días de los que ha estado ausente y durante un período mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades generando un malestar clínicamente significativo tanto en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Además se especifican diversos síntomas entre los cuales el paciente manifiesta estar atrapado ya que siempre está percibiendo la parte negativa de las cosas y también fácilmente fatigado ya que muchas veces cuando no se encuentra trabajando dice estar tirado en su casa y desganado ya que le pone muy nervioso cualquier actividad a realizar por temor a irritarse o que salga mal. Con respecto a la irritabilidad, que ya fue mencionada anteriormente, F manifiesta que es algo que no puede controlar y que siente que le *“sube desde adentro, como un calor que no puedo frenar y siento que voy a explotar”* sabiendo que su reacción es desmedida ya que se presenta ante situaciones de la vida cotidiana, especialmente se descarga cuando está manejando en la autopista, donde el mismo refiere que se *ha bajado del auto a “romperle todo solo porque me hizo luces”*.

Uno de los síntomas principales que trae el paciente a la consulta ya desde la primera entrevista y que según el DSM 5 (APA 2014) se da en el TAG son sus problemas de sueño. F dice tener mucha dificultad para poder dormirse o incluso despertarse a la mitad de la noche y no poder continuar con el sueño. El paciente lo atribuye a su incapacidad de dejar de pensar en ciertos temas y estar *“maquinando durante horas con lo mismo”* y manifiesta querer solucionarlo lo antes posible ya que lo encuentra desesperante.

Otras de las dificultades que el paciente manifiesta durante el tratamiento y que él mismo pone como prioridad para resolver, es *el deterioro que su comportamiento e incapacidad para controlar sus actitudes, le traen en el ámbito familiar*. Esto se debe a la preocupación excesiva que le trae el hacer ciertas actividades con los hijos y la esposa como ser por ejemplo salir a andar en bici. F refiere que el hecho de *intentar controlar todo lo que pueda estar sucediendo o pueda llegar a suceder y el anticiparse a cualquier cosa que pueda salir mal lo pone tan nervioso que no logra disfrutar de la actividad y además lo lleva a tener actitudes severas con los hijos que a él no le gustan*. No solo esta incapacidad de disfrutar se da con este tipo de actividades sino que también relata que cualquier evento lo pone nervioso, incluso salir a cenar con su familia donde dice que come lo más rápido posible para acabar rápidamente e irse y evitar pasar un posible mal momento.

No solo la interferencia se da en el ámbito familiar, sino que en lo social y ocupacional

también. F relata durante la admisión que en su trabajo, *cuando tiene que salir de campamento con los alumnos se auto medica con Clonazepam por la ansiedad que le genera tener que estar a cargo de todo y así poder estar más tranquilo y según él, desempeñarse mejor*. Con respecto a lo social el paciente hizo mucho hincapié en las *peleas que tiene en la calle o mientras maneja*. Estas actitudes y preocupaciones antes mencionadas concuerdan con lo que propone Cía (2007) como el componente conductual del Trastorno de Ansiedad Generalizada que se caracteriza por la incapacidad de controlar la ansiedad lo cual deriva en un deterioro en el ámbito familiar, ocupacional y social.

En el caso de F, como plantean Ladouceur y Freeston (1998), se dan las cuatro variables de proceso que determinan el trastorno y que mantienen una relación jerárquica entre sí. El paciente al no tolerar la incertidumbre que le provoca enfrentarse a diversas situaciones pone en acción distintas reacciones conductuales, cognitivas y emocionales que se relacionan con la preocupación. Al preocuparse, F cree que puede encontrar la solución a las situaciones, por ejemplo como fue relatado previamente comer rápido durante una cena familiar y así controlarlo todo previniendo malas consecuencias. Pero en realidad está basada en una pobre orientación al problema ya que el sujeto valoró la situación por anticipado y no está seguro de su capacidad para resolverlo. Por último intenta suprimir las imágenes mentales de lo que le resulta amenazante pero no tiene éxito y vuelve a caer en la ansiedad.

Tal como plantean Rovella y Rodríguez (2008) que la amenaza social y física serían las principales fuentes de padecimiento en los sujetos con Trastorno de Ansiedad Generalizada, se ve reflejado en el caso de F. Este manifiesta que las situaciones donde peor se siente y se le vuelve más difícil controlar sus respuestas es ante el hecho de *pasar tiempo con su familia o amigos, donde todo el tiempo debe estar controlándose para no tener un exabrupto ante un posible incidente que él imagina puede suceder o ante alguna travesura de sus hijos que según sus propias palabras no ameritan un enojo*. Por otro lado durante la segunda sesión manifiesta ponerse muy nervioso cuando debe manejar una clase o actividad con sus alumnos estando alerta de que nada fuera de lo planeado suceda.

Con respecto a la amenaza física, el paciente lo manifiesta como la sensación de opresión y angustia o mismo la irritación e imposibilidad de dormir que le produce la anticipación a las mismas como cuando plantea que ya sabe que se va a *sentir mal en el momento que deba transitar la autopista o la inquietud previa a salir de campamento con*

los alumnos.

5.2.1 Describir las estrategias terapéuticas según el modelo de terapia estratégica, utilizadas en el tratamiento individual.

Rodriguez Morejón y Beyebach (1994) plantean la importancia de establecer objetivos al comienzo de la terapia ya que estos se convierten en facilitadores de la acción. Es por esto que tanto en la sesión de admisión como en la primera sesión con la terapeuta designada, se trata de conducir a F a establecer qué es lo que él quisiera que se modifique a través del proceso terapéutico.

Algunas de las intervenciones que hace el terapeuta para llegar a esto es pedirle que mencione *qué es lo que se debería ver desde el exterior para notar que hubo un cambio*. Por otro lado también se condujo al paciente a pensar en *qué significaría para él ser mejor y como eso se compara con lo que él es actualmente* las cuales se podrían enmarcar dentro de las mencionadas por Wainstein (2006) de la técnica del milagro y reenmarcar la visión del problema. Esta intervención, como bien menciona el autor, genera tendencias auto reactivas que llevan a las personas a actuar en esa dirección.

Como plantea Wainstein (2006) en el modelo de intervención estratégico, se le brinda especial importancia a lo que se llama la "primer entrevista". En el caso específico de F debido a la modalidad de trabajo de la institución, esta primer entrevista en lugar de ser con su terapeuta se realiza con un admisor y aunque este no vaya a ser su terapeuta durante todo el tratamiento, se intenta establecer un vínculo positivo que a su vez favorecerá la confianza en su terapeuta a futuro ya que se supone fue elegido especialmente para las características de su problema. Se puede ver por lo tanto desde la entrevista del admisor cómo el ambiente es descontracturado, tratando de hacer sentir cómodo al paciente y sobre todo validando aquello que le pasa sin dejar de resaltar que son sus propios comportamientos los que conducen a la perpetuación del problema.

Hewitt y Gantivas (2009) plantean como un punto de gran importancia, más allá de identificar el problema, identificar y hacerle notar al paciente las habilidades que posee para lograr un cambio efectivo. Durante la entrevista de admisión esto se ve reflejado en el hecho de que luego de que F relata qué es aquello que le genera conflicto, el terapeuta

hace una serie de intervenciones como ser enfocarse en las excepciones a las conductas habituales pretendiendo que el paciente identifique en qué momentos las estrategias que utilizó le dieron buen resultado y que no siempre todas sus respuestas son negativas. En un momento de la entrevista, mientras el paciente relata sus explosiones de enojo y qué hizo en el momento, una de las intervenciones fue *preguntarle si aquella vez que se frenó antes de reaccionar fue un momento de más control que otras veces*, de esta manera el paciente puede dar cuenta de que no siempre su reacción es negativa e identificar cuáles le trajeron buen resultado para poder repetirlos.

Hacia el final de la entrevista de admisión, el terapeuta le hace reflexionar al paciente sobre *cómo podría transformar la violencia en tranquilidad, ya que esto sería una fortaleza y le resalta lo bueno que él podría llegar a ser*, aplicando la técnica de accionar sobre las pautas habituales de comportamiento y enfocarse en excepciones a las conductas habituales (Wainstein 2006). De esta manera le hace explorar a F dentro de él sus herramientas para la transformación y a su vez dar cuenta de que tiene cosas muy positivas por desarrollar.

Wainstein (2006) plantea que los terapeutas estratégicos trabajan con intervenciones directivas sin dar consejos, ser valorativos o pedagógicos. En el caso del tratamiento de F esto se ve claramente ya que las intervenciones apuntan a que el paciente realice tareas concretas que el terapeuta cree que llevarán al cambio. Ya desde el momento de la admisión se le propone una tarea al paciente que deberá dar cuenta del resultado cuando se reúna con el terapeuta designado. Ya que uno de los problemas principales que plantea F es el hecho de no poder controlar sus explosiones al momento de encontrarse en el tránsito, la tarea que se le dio fue *ir con el hijo a pasear en auto y comportarse de manera muy tranquila ante cualquier posible eventualidad*. Con esta directiva lo que el admisor pretendía era que F *se conecte más tiempo con el que él querría ser para sí mismo y su familia*. Esta tarea sería luego controlada y trabajada durante la primera sesión con la terapeuta designada.

Con el correr de las sesiones se pueden identificar otras tareas que se le designan al paciente que apuntan no solo al cambio en las soluciones intentadas sino a identificar las habilidades que tiene para lograrlo. Durante la segunda sesión, la terapeuta le indica a F que para la próxima *realice una lista con las cosas positivas que encuentra en él mismo y qué recursos cree tener para contrarrestar el malestar que siente por no poder desempeñarse como él quisiera*. Así es como lo lleva a conectarse con sus fortalezas y dar cuenta de qué habilidades tiene para aplicar en distintas situaciones. En la sesión siguiente, se le preguntó en qué lo ayudó la lista y luego se le prescribió una nueva tarea

que se trató de *poner en acto aquello que pudo identificar*.

Además de estas prescripciones directas en forma de tareas puntuales, Wainstein (2006) menciona otro tipo de intervenciones que son de gran importancia y ayuda al momento del desarrollo de un tratamiento. Entre ellas se encuentra, re enmarcar o modificar la visión del problema desarrollada hasta el momento la cual se trabaja durante la sesión de admisión y la primer sesión con la terapeuta donde se le reformula al paciente un hecho puntual que él considera desafortunado y que aumentó su ansiedad como ser la infidelidad por parte de su esposa. Con respecto a esto se pone al evento en realidad como algo *muy positivo para el paciente ya que a través del mismo él pudo reflexionar y tratar de mejorar en muchos aspectos que él cree que lo llevaron a ese punto*. Otra de las técnicas se trata de accionar sobre las pautas habituales de comportamiento, aquí entran las tareas mencionadas anteriormente donde se lo incita al paciente a exponerse a situaciones donde comúnmente encuentra problemas e indicarle comportarse de otra manera a la que acostumbra, provocando de esta manera que registre en todo momento su comportamiento para poder modificarlo. Así es como durante la terapia *se le indica a F que realice alguna actividad con la familia que suele hacer pero que intente comportarse de la manera que a él le gustaría ser y no la habitual que lo llevó a convertirse en un problema*, de esta manera él puede registrar conscientemente la ansiedad que le provoca cierta situación y hacer algo para controlarla sin que le presente un problema.

Enfocarse en excepciones a las conductas habituales es otra de las técnicas que utiliza la terapia breve estratégica donde se le pide al paciente que recuerde algún evento donde pudo reaccionar o hacer las cosas de otra manera que en la mayoría de las veces. *En el caso de F cuando relata un episodio donde quería pelearse con alguien en la autopista por como manejaba pero lo evita pensando en las consecuencias negativas se le pide que registre e indique si eso fue mayor control que otras veces* y así se resaltan situaciones donde él por su cuenta pudo reaccionar de una manera más favorable para él mismo.

La técnica del milagro y la ubicación en una escala son otras de las estrategias que se han utilizado a lo largo del tratamiento de F. La primera de ellas consiste en hacer imaginar al paciente que si el día de mañana ocurriera un milagro y su problema fuera solucionado, qué es lo que se podría ver para dar cuenta de este cambio, es así como la terapeuta de F le pide en la tercer sesión *que le relate qué es lo que él tendría que sentir para dar cuenta de que su problema se solucionó y rápidamente él le responde que debería sentirse relajado, confiado y no teniendo que estar calculando todo para que este bajo su control*. Por otra parte, la ubicación en una escala también fue utilizada en este

caso para que el paciente *ubicando su comportamiento entre el uno y el diez pudiera dar cuenta de cómo se comporta con su familia, sobre todo en lo afectivo y esto lo debe hacer durante todas las sesiones pudiendo dar cuenta así de si va mejorando en aquello que se propuso*. La técnica de la bola de cristal también fue utilizada en el caso de F, esta consistió en decirle al paciente que se imagine en el futuro si se sigue manejando con los cambios que viene realizando hasta el momento e imaginarse hacia el final de la terapia su situación personal desde ese punto a unos meses para adelante; de esta manera se lo motiva al paciente a seguir realizando cambios y a su vez mantener los que ya pudo lograr.

Por último, otra de las estrategias que fue de gran utilidad es la de *registrar a nivel emocional y físico cómo se siente cuando está muy ansioso o irritado* y de esta manera tener presente las señales internas para poder modificar la reacción. Con respecto a esto, el paciente relata *sentir que le sube la temperatura y que le “sube algo de adentro” que le hace parecer que se le va a salir el corazón* en los casos que se encuentra irritado. En los casos en que se siente ansioso, F manifiesta *no poder parar de pensar sobre un tema en particular y a su vez adelantarse a aquello que pueda suceder ante determinadas situaciones*.

5.2.2. Describir y analizar los cambios producidos en el paciente en los síntomas de ansiedad generalizada a lo largo del tratamiento.

Según Schaefer (2014), ya que el foco terapéutico de la Terapia Breve Estratégica se encuentra en las soluciones intentadas fallidas, uno de los objetivos del espacio terapéutico es neutralizarlas. Con respecto a esto, F a lo largo de las sesiones da cuenta junto con el terapeuta que no es la medicación la que debe utilizar para poder bajar su ansiedad y por lo tanto en el balance que realiza en la última sesión puede dar cuenta que *sin tomar los ansiolíticos puede resolver y disminuir la ansiedad ya que ha aprendido que tiene otras herramientas mentales y ha podido utilizarlas, siendo por ejemplo salir a correr o poder hablar con su mujer acerca de lo que no están de acuerdo y modificar la situación*. Además de tomar ansiolíticos, explotar cuando la irritación por una situación lo sobrepasaba, lo encontraba como una solución de descarga y de cortar con la situación misma; sin embargo, luego del trabajo terapéutico F puede dar cuenta que la reacción que despertaba en el resto de las personas con su reacción aumentaban su ansiedad por no

haberse comportado como deseaba y por lo tanto *fue capaz de modificarla pudiendo comprender al otro y desarrollando la capacidad de detenerse a pensar y relajarse antes de explotar*. Esto se corresponde también con lo planteado por el autor antes mencionado quien postula que el cambio terapéutico consiste en la generación o facilitación de acciones y percepciones que ocurren en el individuo, la pareja o la familia que modifiquen los significados de los sujetos. Esto conduciría a modos nuevos y funcionales de percepción de la realidad, *donde F ahora puede dar cuenta que no es la situación en sí lo que lo perturba o culpa del resto que no se comporta cómo al él le gustaría, sino que su ansiedad misma es la que lo lleva a darle una interpretación errónea a su realidad*.

Wainstein (2006) plantea que la terapia debe conducir al cumplimiento de objetivos convenidos con el consultante, estos son planteados por él mismo al comienzo de la terapia y se relacionan con la resolución del problema. En el caso de F, sus objetivos para la terapia eran *poder estar más tranquilo*, lo que significaba poder disfrutar de actividades que realizaba con su familia y poder atravesar situaciones de la vida cotidiana que le generaban mucha ansiedad sin que le fuera un problema. Hacia el final de la terapia, durante las sesiones cinco y seis, el consultante manifiesta *estar mejor con respecto a retar a sus hijos, cuando esta cargado logra no reaccionar de manera desmedida*. Además, señalando una situación muy puntual, el paciente relata que ha logrado *organizar una salida a comer con la mujer y los hijos y realmente disfrutar de la misma, pudiendo controlar su emoción en situaciones que antes hubiese reaccionado y sin estar pendiente de todo aquello que podría salir mal*. Con respecto a atravesar situaciones de la vida cotidiana, F plantea que *ya no discute ni se pelea en la calle o mientras maneja, sino que ahora puede reflexionar antes de actuar*. Por otro lado, el paciente relata que antes de comenzar la terapia, al estar en todo momento anticipándose de forma negativa a lo que pudiera pasar no podía relajarse ni enfocarse en una sola cosa; al terminar la terapia manifiesta que *debido a ejercitar el relajarse y asumir que no puede estar todo bajo su control puede enfocarse en una sola cosa y ser más eficiente*.

A la terapia breve estratégica le interesa también la eficiencia, es decir, intervenir del modo más rápido y económico posible modificando la visión preferida del consultante acerca de cómo resolver su problema y extender el efecto de las intervenciones en terapia a la vida cotidiana del mismo. Es por esto, que podría decirse que el hecho de que la terapia haya podido llegar a su fin de forma exitosa luego de 6 sesiones, la ha convertido en una terapia eficaz y llegando a la meta de que las tareas que se impartieron al paciente para que las lleve a la vida cotidiana las pudo realizar y hacia el final de la terapia algunas

de ellas las pudo aplicar el mismo de forma natural. Durante la tercera sesión el paciente relata que *pudo por iniciativa propia acompañar al hijo a una actividad como ser verlo jugar al fútbol sin estar gritando desde afuera o poniéndole presión al hijo para que haga las cosas como él considera mejores.*

Según Hirsch y Rosario (1987) la modificación de los puntos de vista del consultante respecto a las razones de su malestar, la naturaleza del mismo y los modos de resolverlo son lo que lleva a que una terapia sea exitosa. Al comienzo del tratamiento se pudo observar cómo F atribuía su malestar a que, aunque él pudiera reconocer que en ciertos casos sus reacciones eran desproporcionadas, su entorno se comportaba de una manera que favorecía que el reaccionara. Al final de la terapia, el paciente puede reconocer que *cuando es él quién está tensionado queda más vulnerable a sus pensamientos catastróficos y es así como debido a la ansiedad reaccionaba de manera negativa.* esto da cuenta que el paciente a podido modificar su modo de resolver sus problemas y él mismo relata que ahora *puede saber qué es puntualmente lo que lo afecta, qué es lo que quiere para solucionarlo y cómo hacer por su cuenta para llegar a esa solución.* Además F manifiesta estar *contar con más herramientas que antes y más efectivas para resolver las cosas.*

Como bien postulan Hirsch y Rosario (1987) el paciente cambia siempre que acepte una o más redefiniciones con sus correspondientes direcciones de acción implícitas y explícitas. El hecho de que F pudiera reconocer su error a la hora de dar cuenta a que atribuía su malestar y la capacidad de aceptar y procesar las redefiniciones que le planteaba el terapeuta contribuyeron a que modificara sus maniobras de acción y su pensamiento.

5.2.3. Describir y analizar las maniobras de cierre implementadas por la terapeuta desde la admisión hasta el final del tratamiento.

Kopec & Rabinovich (2007) plantean que el cierre del tratamiento se debe dar cuando el terapeuta considere que la prolongación del mismo ya no traería un beneficio significativo para el consultante. Sin embargo se le debe generar al mismo la sensación de que el cierre se produce por la propia lógica del tratamiento y no por decisión arbitraria del paciente. Es así como en el caso de F, la terapeuta en la quinta sesión comienza a

indagar en el paciente qué cambios percibe y cómo se siente respecto a cuándo se comenzó el tratamiento. Para realizar esta intervención *conduce al paciente a explorar reacciones o sentimientos que manifestaba al comienzo de las sesiones y que relate como enfrenta al momento aquellas mismas dificultades.*

Por otro lado, es la propia terapeuta quien se encarga de *resaltar aquellos logros alcanzados durante los dos meses de terapia* valorando en todo momento el esfuerzo que F le implicó lograr ese cambio y los beneficios que le trajeron para con él mismo y su entorno. Durante esta última sesión la terapeuta le informa al paciente que la próxima será la última, anticipándole el cierre y preguntándole si él está de acuerdo en que es momento de dar por finalizado el tratamiento y evaluando si es capaz de percibir que con los cambios alcanzados ya no es necesario extenderlo más.

Ya que como plantean Hirsch & Rosario (1987), el objetivo de estas maniobras de cierre sería consolidar aquellos logros obtenidos y prevenir que el consultante repita aquellos intentos viejos de solucionar los problemas que en realidad los han mantenido o agudizado la terapeuta durante la última sesión y continuando con lo comenzado en la sesión anterior le propone a F pensar en cómo ve su situación desde el momento del cierre a unos meses para delante del modo más realista posible. De esta manera lo lleva a pensar en cómo aplicar sus recursos obtenidos durante la terapia para mantener el cambio favorable que logró durante la misma. Asimismo le resalta cómo es que aquello que antes controlaba auto medicándose, ahora que la misma ha sido muy disminuida posee estrategias mentales para resolverlo y lo lleva a pensar cómo es que lo logró y qué resultado tiene.

Según Hirsch & Rosario (1987), las maniobras de cierre que son utilizadas son: remarcar aquello que se ha alcanzado como lo que no poniendo el énfasis en aquello que si se ha logrado como producto de las habilidades del paciente, de esta manera es que la terapeuta le *compara el estado de cuando F llegó a la consulta y el actual, enumerando todos aquellos cambios positivos que logró y remarcando que fueron producto de su propia dedicación.* Disminuir la posible ansiedad o temor a las posibles recaídas, la terapeuta lleva a cabo este punto también y lo hace enfatizando acerca de las nuevas habilidades que tiene el paciente y además validando que puede costarle mantenerlas todo el tiempo pero que es posible gracias a la voluntad que él pone y que aunque encuentre dificultades no debe desanimarse.

No hacer intervenciones en las últimas sesiones con el fin de producir otro cambio o mejorar lo ya hecho es otro punto de las maniobras que los autores consideran muy

importante y se ve reflejado claramente en la sesión de cierre ya que la terapeuta se limita únicamente a hacer un repaso por el tratamiento sin dejar ningún punto nuevo abierto. Por último mantener la influencia del terapeuta también lo mencionan como fundamental y en el caso de F, la terapeuta le *sugiere volver a tener un encuentro o una comunicación para controlar como se encuentra dentro de tres meses aproximadamente y además le da la posibilidad de llamarla en cualquier nueva ocasión de ser necesario previo a ese lapso de tiempo.*

6. CONCLUSIÓN

El presente Trabajo Final de Integración, pretendió describir el tratamiento de un paciente de 45 años que presenta trastorno de ansiedad generalizada, abordado desde el enfoque Estratégico Sistémico.

El desarrollo del caso se efectuó tomando los datos que constan en la historia clínica archivada en el centro de psicoterapias, entrevistando al equipo terapéutico y observando los videos de las sesiones del paciente. La institución y la tutora 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 pudo analizar el tratamiento completo y los objetivos se pudieron cumplir.

En lo que respecta al armado del marco teórico para este trabajo, en muchos casos la información no cumplía con las condiciones para poder ser citada y además muchos autores de papers sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada citan a los autores clásicos del tema y por lo tanto se dificultó el encontrar el material adecuado para no realizar reiteradas veces citas de citas. Con el resto del material bibliográfico que se requirió para el mismo, específicamente sobre la terapia breve estratégica no se presentaron mayores inconvenientes ya que existe mucha bibliografía clásica a la vez que estudios actuales.

Al ser una terapia muy breve (únicamente hubo 6 sesiones, más la admisión), al momento del desarrollo se encontraron dificultades respecto a la extensión ya que la cantidad de información sobre el caso no era tan extensa.

En cuanto al primer objetivo de este trabajo, de tipo descriptivo, se observó que el

paciente presenta notables signos de ansiedad e irritabilidad que componen el cuadro de Trastorno de Ansiedad Generalizada siendo estos físicos, motores cognitivos y sociales. Dentro de estos síntomas se encuentran preocupaciones irreales y excesivas con respecto a temas, la incapacidad de controlar la ansiedad lo cual deriva en un deterioro en el ámbito familiar, ocupacional y social, un estado de hiperalerta, dificultad para descansar y tensiones motoras generadas por la inquietud.

En lo que respecta a las estrategias terapéuticas utilizadas durante el tratamiento analizado, puede decirse que la terapeuta ha seguido con la teoría de la terapia breve estratégica y ha utilizado las intervenciones principales que ésta plantea. Entre ellas se utilizaron las prescripciones directas, las intervenciones paradójicas, re enmarcar o modificar la visión del problema desarrollada hasta el momento, el accionar sobre las pautas habituales de comportamiento, enfocarse en excepciones a las conductas habituales, la técnica del milagro, ubicación en una escala, la técnica de la bola de cristal y el hacer algo diferente a lo que se estuvo haciendo hasta el momento y no obtuvo resultados. Una parte muy importante del tratamiento ha sido el que la terapeuta le de tareas para realizar al paciente durante el período de tiempo que sucediera entre sesión y sesión para poner en práctica aquello que ejercitaba en la misma.

El paciente ha demostrado cambios favorables en la mayoría de sus conductas. Esto se ve reflejado en el cumplimiento de los objetivos que hacen a una terapia breve efectiva como ser neutralizar las soluciones intentadas fallidas, que en el caso de F incluían auto medicarse y explotar de manera abrupta ante la irritación los cuales ambos ha podido controlar. Además se ha logrado cumplir con los objetivos convenidos con el consultante y de una forma rápida y económica, dos aspectos fundamentales dentro del marco de terapia utilizado. El paciente manifestó sentirse más tranquilo y contar con herramientas para abordar de una manera distinta sus problemas a la que utilizaba antes de comenzar el tratamiento.

Las maniobras de cierre que se utilizan desde el comienzo del tratamiento, aunque haciéndose más explícitas durante las últimas dos sesiones, han podido ser llevadas a cabo por la terapeuta de manera exitosa. Estas cumplieron con los objetivos que son consolidar aquellos logros obtenidos y prevenir que el consultante repita aquellos intentos viejos de solucionar los problemas que en realidad los han mantenido o agudizado. De esta manera es que la terapeuta durante la ante última sesión y la última se encargó de destacar todos aquellos cambios positivos que el paciente pudo realizar y haciéndolo dar cuenta a él de que ahora tiene las herramientas para seguir aplicándolos aunque no

continúe la terapia.

De acuerdo con lo analizado se considera que el tratamiento ha sido adecuado y exitoso en cuanto a su abordaje y técnicas utilizadas en relación con la problemática que F presenta. Sin embargo, cabe destacar que el rol que ocupa la familia en las preocupaciones de F es fundamental y por lo tanto se podría haber tenido alguna entrevista con la esposa del paciente para considerar otra perspectiva con respecto a su comportamiento fundamentalmente en su casa y con sus hijos.

La práctica ha brindado la posibilidad de ver la aplicación de toda la teoría aprendida durante la carrera en casos y en un espacio y tiempo reales ya que se ha tenido la posibilidad de presenciar distintos tipos de tratamientos y pacientes a través de la observación de Cámara Gesell. Por otro lado, la realización del Trabajo Final Integrador ha brindado la posibilidad de sumergirme en un tema específico de interés y de aprender a investigar y recopilar información para la realización de un trabajo de carácter similar a uno científico. Aunque la realización del trabajo fue ardua, ha brindado un gran aprendizaje.

En una nueva línea de abordaje del trabajo se podría investigar cambiando la perspectiva que pone foco en la ansiedad del paciente y abordando la dificultad que el sujeto encuentra para controlar sus impulsos en muchas ocasiones manifestando explosiones en la mayoría de los casos muy abruptas ante situaciones que no deberían presentarle tanta irritabilidad y no encontrando la manera de frenarlos llevado a cabo acciones de las que luego suele arrepentirse, como ser pegarse con alguien en la vía pública o retando de manera excesiva a sus hijos.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a ed.). Washington, DC, EE. UU: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A.T. & Clark, D.A., (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York, NY: Guilford Press
- Bobes, J., Garcia-Portilla, M.P. & Bousoño, M. (2005). *Tratamiento farmacológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Recuperado de http://www.unioviedo.net/psiquiatria/publicaciones/documentos/2005/2005_Bobes_Tratamiento.pdf
- Bulacio, J. M. (2011). *Ansiedad, Estrés y práctica clínica. Un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Akadia Editorial.
- Cano Vindel, A. & Miguel Tobal, J. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA). *Psicología contemporánea*, 6 (1), 14-21.
- Casabianca, R. & Hirsch, H. (2009). *Como equivocarse menos en terapia: un registro para el modelo m.r.i* (1ª ed.). Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.
- Cía, A. H. (2007). Trastorno de Ansiedad Generalizada: Actualización Diagnóstica y Terapéutica, y Comentarios Sobre el artículo "a Review of Basic and Applied Research on Generalized Anxiety Disorder". *Revista argentina de clínica psicológica*, 15, 29-33.
- Gantiva Diaz, C.A., Luna Viveros, A., Dávila, A. M. & Salgado, M. J. (2009). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia: avances de la disciplina*, 4 (1), 67-30.
- González, M., Ibáñez, I & Cubas, R. (2006). Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1), 23-39.
- Hewitt Ramirez, N. & Gantiva Diaz, C. A. (2009). La terapia breve: una alternativa

de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)*, 27 (1), 165-176.

Hirsch, H & Rosarios, H. (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales* (1ª ed.). Buenos Aires: Nadir.

Kopec, D. & Rabinovich, J. (2007). *Qué y cómo: prácticas en psicoterapia estratégica* (1ª ed.). Buenos Aires: Dunken.

Marchant, N. F. (2002). *Tratado de Psiquiatría* (1ª ed.). Quilmes: Ananké.

Martinez Monteagudo, M., Inglés, C. J., Cano Vindel, A. & García Fernández J. M. (2012) Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y estrés*, 18 (2-3), 201-219.

Mitte, K. (2007). Comparando la Eficacia de la Terapia Cognitiva Comportamental y la Psicofarmacológica en los Trastornos de Ansiedad Generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15 (1), 69-74.

Piqueras Rodríguez, J. A., Martínez González, A. E., Ramos Linares, V., Rivero Burón, R., García López, L. J. & Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15 (1), 43-73.

Rodriguez Biglieri, R. & Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.

Rodriguez Morejón, A. & Beyebach, M. (1994). *Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro.

Rovella, A. & González Rodríguez, M. (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en Humanidades*, 17(1), 179-194.

Schaefer, A. (2014). Psicoterapias postestructuralistas y factores de cambio: posibilidades para una práctica efectiva. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52 (3), 177-184.

Stein, D.J. (2013). Generalized Anxiety Disorder. *SAJAP*, 19 (3), 175-179.

Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio* (1ª ed.). Buenos Aires: JCE Ediciones.

Wittezaele, J. J. (1994). *La escuela de Palo Alto: historia y evolución de las ideas esenciales* (1ª ed.). Barcelona: Herder.

