

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Trabajo Final de Integración

Análisis de caso: Abordaje desde el modelo sistémico estratégico focalizado del tratamiento de una adolescente diagnosticada con Trastorno de Ansiedad generalizada

Alumna: Noelia Fernandes

Fecha: 10 de julio de 2015

Índice de contenido

1INTRODUCCIÓN.....	4
2OBJETIVOS.....	5
2.1Objetivo general:	5
2.2Objetivos específicos:.....	5
3MARCO TEÓRICO	5
3.1 Adolescencia:	5
3.1.1 Definiciones y caracterología:	5
3.2 Ansiedad:	6
3.2.1 Definiciones y caracterología:	6
3.3 Trastornos de ansiedad.....	7
3.3.1 Generalidades.....	7
3.3.2 Clasificación de los trastornos de ansiedad.....	9
3.3.3 Etiología.....	10
3.3.4. Epidemiología.....	12
3.4 Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	13
3.4.1 Caracterización.....	13
3.4.2 Evolución y Pronóstico.....	16
3.5 Terapia Sistémica Estratégica Focalizada	17
3.5.1Orígenes y Evolución.....	17
3.5.2 Propuesta terapéutica.....	20
3.5.3 Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	23
4METODOLOGÍA	27
4.1 Tipo de Estudio.....	27

	3
4.2 Participante	27
4.3 Instrumentos	28
4.4 Procedimientos	28
5DESARROLLO	29
5.1Presentación del caso	29
5.2 Describir la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada que presenta la adolescente.	31
5.3 Analizar la estrategia de abordaje y las intervenciones que realiza la psicóloga a lo largo del tratamiento terapéutico.	35
5.4 Describir la evolución y los cambios de la paciente a lo largo del tratamiento terapéutico.	45
6CONCLUSIONES	48
7REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

1. INTRODUCCIÓN

La práctica y habilitación profesional V se llevó a cabo en un Centro privado de salud mental, ubicado en el barrio de Belgrano, en la ciudad autónoma de Buenos Aires.

Se trata de una organización que brinda servicios de salud mental y formación a profesionales. Parten de una visión integral de la persona, que busca incluir al núcleo familiar y social en el cuidado de la salud mental a partir del modelo de Terapia Focalizada en la Resolución de problemas.

La tesista concurreó durante un cuatrimestre al Centro privado de salud mental, cumpliendo con un total de 20 horas semanales. Durante las mismas, se realizaron observaciones de pacientes en cámara gesell, reuniones de supervisión, formaciones internas y tareas administrativas, tales como desgravaciones de videos y traducciones de textos.

El caso que se seleccionó para desarrollar el presente trabajo final integrador, corresponde a una paciente adolescente, diagnosticada con trastorno de ansiedad generalizada, para lo cual, se realizaron observaciones de algunas de las sesiones que fueron grabadas en cámara gesell y se entrevistó a la terapeuta que abordó el tratamiento.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general:

Describir cómo se desarrolla el tratamiento desde el abordaje sistémico estratégico focalizado, en un caso de una adolescente diagnosticada con trastorno de ansiedad generalizada.

2.2 Objetivos específicos:

- 1 Describir la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada que presenta la adolescente.
- 2 Analizar la estrategia de abordaje y las intervenciones que realiza la psicóloga a lo largo del tratamiento terapéutico.
- 3 Describir la evolución y los cambios de la paciente a lo largo del tratamiento terapéutico.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Adolescencia

3.1.1. Definiciones y caracterización

Fize (2004), define a la adolescencia como un fenómeno complejo, hecho de realidades biológicas, mentales, sociales y culturales. Un proceso de transición, entre la infancia y la edad adulta, marcados por cambios fisiológicos y psicológicos, que se manifiestan en una crisis vinculada con la responsabilidad social y con el desarrollo de nuevas capacidades.

Se trata de un proceso gradual, en el que se trabaja en dirección a un concepto integrado del yo, mediante la exploración, la toma de decisiones y la búsqueda de logros intelectuales y la pertenencia social (Kaplan & Sadock, 2009).

Pereira (2011), sostiene, que la adolescencia es un proceso de construcción de la identidad, que florece en un intercambio continuo con aquellos sistemas en los cuales el individuo interactúa, por lo tanto es un proceso de intercambio

dialéctico y complejo y de carácter claramente social. De lograrse en plenitud, finalmente estaremos frente a un sujeto que puede dominar activamente su medio ambiente, manifestar una riqueza y coherencia en los relatos, percibir adecuadamente el mundo que lo rodea y tener la capacidad para percibirse así mismo como un sujeto de sus pensamientos, emociones y acciones, responsabilizándose de ellas y de sus consecuencias.

Este proceso implica un grado de adaptación psicológica que se va logrando mientras van salvándose obstáculos y se alcanzan los hitos característicos de este período de crecimiento. Por el contrario, la inadaptación psicológica, la autorresistencia, el trastorno de la conducta, el abuso de sustancias, los trastornos afectivos y otros trastornos psiquiátricos, causan deterioros. Teniendo en cuenta que la adaptación del adolescente supone una continuación de la función psicológica previa, los niños con un trastorno psicológico tienen un gran riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos durante la adolescencia. Esto implica que éstos adolescentes tienen a su vez un mayor riesgo de establecer relaciones familiares conflictivas, tendiendo a sentirse alienados de sus familias (Kaplan & Sadock, 2009).

3.2 Ansiedad

3.2.1. Definiciones y caracterización

La palabra ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una perturbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente. La ansiedad normal se define como una emoción psicobiológica básica, adaptativa ante un desafío o peligro presente o futuro. Su función es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación y su duración está en relación a la magnitud y a la resolución del problema que la desencadenó (Cía, 2007).

Bunge, Gomar y Mandil (2014), definen a la ansiedad como una emoción, que se siente cuando la persona se encuentra frente a un peligro que puede ser real o imaginario y genera una reacción en el cuerpo y en la mente.

De acuerdo con Bulacio (2011), la ansiedad es un fenómeno esencialmente humano que le permite al hombre anticipar diversas situaciones. Algunas, relacionadas con su defensa y otras relacionadas con el ataque, es decir, como la motivación que lo pone en acción para alcanzar sus objetivos y deseos. Pero estas funciones básicas se complejizan a partir de los múltiples significados que pueden darse a las experiencias vividas y anticipadas en relación consigo mismo, con los demás y con el mundo en que vive. De tal modo, la defensa no solo será ante amenazas inmediatas, sino también ante amenazas potenciales que en algunos casos podrían ocurrir mucho tiempo después. Estas amenazas no solo podrán ser físicas sino también cognitivas, es decir, racionales y emocionales. En este sentido la amenaza dependerá de la valoración que el sujeto haga de los estímulos (externos e internos) y de su capacidad de respuesta mediada por la valoración de sus recursos.

Por lo tanto, la ansiedad es una respuesta normal, ligada al instinto de conservación de la especie, que puede abarcar desde una respuesta normal frente a una amenaza externa hasta una incomodidad o sufrimiento prolongado y obsesivo, caracterizado por temores inadecuados que perturban el funcionamiento cotidiano. Como una respuesta normal, los sentimientos de temor, preocupación, aprensión y alerta, así como un corazón palpitante, pueden ayudar a una persona a escapar de un daño físico. Sin embargo, como trastorno, la ansiedad perturba o causa una disrupción en diversos aspectos de la vida cotidiana y relaciones, tendiendo a persistir en el tiempo (Cía, 2007).

3.3 Trastornos de ansiedad

3.3.1. Generalidades

Bulacio (2011), considera que los trastornos de ansiedad son producto de una ansiedad que se generaliza o adquiere una gran dimensión y se transforma en una respuesta rígida, volviéndose disfuncional y desadaptativa y, en tal sentido, es considerada patológica.

De acuerdo con Cia (2007), la ansiedad patológica consistiría en una respuesta exagerada, no necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto externo, que puede llegar a resultar incapacitante, al punto de condicionar la conducta de un individuo, y cuya aparición o desaparición son aleatorias. Podría decirse entonces, que los trastornos de ansiedad, consisten en una respuesta patológica que ocurre de modo innecesario y desproporcionado, interfiriendo negativamente en la vida laboral, social y familiar. Siguiendo al autor, estos trastornos podrían manifestarse a través de cambios en las cogniciones, en el estado fisiológico, en el comportamiento y en las emociones (Cía, 2007). Por otro lado, los cambios fisiológicos más comunes incluyen palpitaciones, sudoración, contracturas musculares, náuseas y diarrea. Los cambios comportamentales incluyen comerse las uñas, morderse los labios, hacer sonar los nudillos, presentar inquietud motora y finalmente, los emocionales pueden incluir entre otros, angustia, miedos, aprensión e irritabilidad (Cia, 2007).

Los síntomas más comunes en la esfera cognitiva son, pensamientos persistentes que se imponen, sensaciones de fallar o de vergüenza, entre otros (Cia, 2007). De acuerdo con Rains (2004 citado en Contreras et al., 2005), la ansiedad patológica perturba el rendimiento de cualquier tarea, debido a los compromisos en los procesos de memoria y a la dificultad en la concentración.

De acuerdo con Furlan (2013), los pensamientos persistentes negativos afectan el procesamiento cognitivo de dos formas diferentes. Por un lado, interfieren en la realización de tareas, ocupando memoria operativa y recursos atencionales necesarios para una ejecución apropiada y por otro lado, contribuyen a valorar los hechos de manera catastrófica, anticipando inminentes desenlaces

adversos e irreversibles, que generan sentimientos de indefensión, pérdida de control sobre la situación y el deseo de escape.

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

Esta excesiva ansiedad no deseada, puede llevar a niños y adolescentes a evitar las situaciones que le causan ansiedad, afectando negativamente su desarrollo normal. Cuando la ansiedad lleva a evitar situaciones acordes a la edad, como concurrir al colegio o socializar con pares, generalmente se considera un trastorno que necesita de intervención (Gomar, Mandil & Bunge, 2010).

Bulacio (2012), considera que los miedos implicados dentro de esta patología, obstaculizan la posibilidad de proyectarse, puesto que aparecen traducidos como imágenes temidas y al perpetuarse no se logra llegar hacia una meta y por ende terminan confirmándose y reforzándose.

La ansiedad, la preocupación y los síntomas físicos podrían provocar deterioros en las áreas de desenvolvimiento del individuo, volviéndose incapacitante, resultando en la dificultad para llevar a cabo hasta las actividades diarias más simples (Bulacio, 2011).

3.3.2. Clasificación de los trastornos de ansiedad

La Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA), a partir de 1980, estableció en forma precisa criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad. La inclusión inicial se realizó en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) en su tercera versión y ha ido ampliándose hasta la última edición, que corresponde al DSM-5.

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

3.3.3. *Etiología*

Cía (1999), establece que los factores intervinientes en el desarrollo de una personalidad con tendencia a padecer trastornos de ansiedad son, en primer lugar la herencia biológica y en segundo lugar una serie de experiencias y eventos comunes, tales como la Influencia parento-filial, en donde se consideran los valores y creencias del grupo de crianza, los métodos y disciplinas utilizados, los modelos ofrecidos por los adultos significativos, en especial los padres, el lugar que ocupa el enfermo en relación con los hermanos, si es hijo natural o adoptivo, y si ha habido divorcios y/o nuevos casamientos.

De acuerdo con Kaplan y Sadock (2009), el consenso actual sobre la genética de los trastornos de ansiedad sugiere que lo que se hereda es una predisposición general a la ansiedad, cuyo resultado es aumentar los niveles de

excitabilidad, reactividad emocional y afecto negativo, todo lo cual incrementa el riesgo de aparición del trastorno de ansiedad por separación, del trastorno de ansiedad generalizada y de la fobia social.

De tal manera que, los padres que padecen severa ansiedad u otros trastornos que se manifiesten en el trato cotidiano, implican un riesgo de que el niño los imite, por modelado o aprendizaje imitativo. Dentro de las posibilidades de trato que pueden tener influencia negativa, se pueden mencionar: los padres sobreprotectores, (quienes amparan excesivamente al niño de las adversidades de la vida, tendiendo a afianzar la creencia de que todo en el afuera es riesgoso y que conviene evitar salir del círculo familiar); la ausencia parental física o psicológica, (de uno o de ambos padres que no logran cubrir las necesidades básicas de afecto, orientación, límites y supervisión en la crianza); el abuso infantil, psicofísico, (que se encuentra presente en los padres castigadores que lastiman a sus hijos de diferentes maneras), y el abuso psicológico, (que causa un sufrimiento mental innecesario y excesivo, que incluye la desvalorización permanente, las amenazas de abandono o las críticas excesivas). Asimismo, el abuso sexual, es una de las formas más dañinas y traumáticas de maltrato infantil y origina patologías muy severas.

Las reglas familiares rígidas o las exigencias desmedidas, podrían establecer un patrón de todo o nada, de blanco o negro, que se continuará sosteniendo en la adultez. Estas reglas severas podrían ir de la mano de exigencias desproporcionadas que suelen estar basadas en algún patrón moral, religioso o sectario inflexible, expresado de una manera fundamentalista. Otras influencias negativas son la aprobación según el desempeño, es decir, los niños que son valorados por sus padres como personas, solamente cuando su desempeño cumplió sus expectativas. Esto llevaría a la creencia errónea de que una persona sólo tiene valor cuando realiza algo valioso. Este hecho suele ser más impactante cuando los padres son perfeccionistas y esperan de los hijos perfección y en lo posible, que superen la capacidad de los niños promedio. La

supresión o negación de sentimientos es otra influencia que podría darse de dos maneras, una, directamente instruyendo al niño para que suprima la expresión de sus sentimientos, utilizando frases como “no llores”, “no te enojas conmigo”, o indirectamente, como se suele observar en los padres que bloquean o niegan sus propios sentimientos o, lo más grave, niegan la validez de los sentimientos del niño y ante la rabia dicen “tú, no estás realmente enojado”. En muchas familias, la poca expresión e información de los afectos suele ser una norma (Cía, 1999).

Asimismo, Cía (1999), menciona rasgos de personalidad comunes en los individuos que en la adultez podrían padecer de trastornos de ansiedad. Los rasgos más destacados son, la tendencia a la dependencia o a una excesiva necesidad de aprobación; un pensamiento rígido o dicotómico; elevadas exigencias; un gran nivel de imaginación o visualización y un hipercontrol y supresión de la percepción de los propios sentimientos.

3.3.4. Epidemiología

La prevalencia de los trastornos de ansiedad varía según el grupo de edad de los niños encuestados y de los instrumentos diagnósticos utilizados. La prevalencia a lo largo de la vida de algún trastorno de ansiedad en niños y adolescentes oscila entre el 8,3% y el 27%. Una reciente encuesta epidemiológica que utilizó la Valoración Psiquiátrica en Edad Preescolar (PAPA, *Preschool age psychiatric assessment*) encontró que un 9,5% de los niños en edad preescolar reunía los criterios del DSM-IV-TR de algún trastorno de ansiedad, con un 6,5% que mostraba un trastorno de ansiedad generalizada, un 2,4% que cumplía los criterios de un trastorno de ansiedad por separación y un 2,2% que lo hacía para la fobia social. Se estima en alrededor del 4% la presentación del trastorno de ansiedad por separación en niños y en adolescencias jóvenes. Este trastorno es más frecuente en niños y en adolescentes jóvenes, y no se han descrito diferencias entre sexos en relación con la frecuencia de presentación. El inicio puede verse durante la edad preescolar, aunque es más frecuente que se

produzca en niños de 7 y 8 años. La tasa del trastorno de ansiedad por separación en niños en edad escolar se estima, aproximadamente, en un 3%, la tasa de fobia social es de un 1% y la de fobias simples es de 2,4%. En los adolescentes se registró una prevalencia del trastorno de angustia del 0,6%, mientras que la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno de ansiedad generalizada fue del 3,7% (Kaplan & Sadock, 2009).

3.4 Trastorno de Ansiedad Generalizada

3.4.1. Caracterización

El trastorno de ansiedad generalizada (en adelante TAG), es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. La preocupación y la tensión son crónicas aun cuando nada parece provocarlas (Belloch, Sandín & Ramos, 1995).

De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2014), el TAG se caracteriza por ansiedad y preocupación excesivas y persistentes, sobre diversos acontecimientos o actividades, que a las personas les resulta difíciles de controlar y causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento del individuo. La ansiedad y preocupación están asociados a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica, tales como inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, fatiga, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño, que incluye la dificultad para dormirse o para continuar durmiendo. Se diagnostica cuando la persona pasa al menos seis meses preocupándose excesivamente por varios problemas diarios.

En población infanto-juvenil, el diagnóstico de TAG requiere que se experimente ansiedad y preocupación excesivas asociada a al menos uno de los síntomas somáticos (impaciencia, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, problemas de concentración y/o sueño), ante un amplio espectro de eventos y actividades que contienen generalmente preocupaciones acerca del rendimiento

escolar/académico, el perfeccionismo (incluyendo la puntualidad y el exceso desmesurado de exigencia respecto de las tareas escolares), el estado de salud propio y el de la familia o amigos íntimos, y las relaciones sociales (Rodríguez, Rodríguez & Alcázar, 2006).

Barlow (1988), propuso que estas preocupaciones intensas suceden a consecuencia de una compleja cadena de eventos, a saber:

- 1) Ciertas situaciones o un alerta inexplicable que llevan a la evocación de proposiciones ansiógenas archivadas en la memoria y producen un estado afectivo negativo.
- 2) El afecto negativo causa un desvío de la atención desde el entorno exterior al foco interno o interoceptivo de autoevaluación.
- 3) El foco de autoevaluación lleva a un estado de hiperalerta casi permanente.
- 4) El estado de hiperalerta o activación da lugar a la sobrevaloración de un esquema cognitivo aprensivo. Esto a su vez activa una habilidad para percibir, predecir o controlar situaciones actuales o futuras, hipervigilancia y estrechamiento de la atención. Esto último es especialmente importante, ya que evita que la atención se dirija a los sucesos que van ocurriendo en el entorno no relacionados a la preocupación.
- 5) La activación del esquema cognitivo aprensivo sobrevalorado produce preocupación y esta lleva a un desempeño disfuncional, lo cual puede incrementar el afecto negativo y por consiguiente activar la secuencia mencionada más arriba de una forma más severa.

Las personas con elevada tendencia a la preocupación expresan más esta característica que las que no la tienen ante muchos eventos amenazantes. La probabilidad de que un estímulo amenazante del entorno inicie un proceso de preocupación en un individuo, depende de varios factores, como una interacción con las estructuras de preocupación acumuladas, del estado emocional actual y de la magnitud de la situación amenazante. Es probable que los individuos con una elevada tendencia ansiosa, pero sin manifestar aún otras patologías, tengan

estructuras de preocupación más elaboradas que los que no tienen esta característica y tiendan a preocuparse más y por más tiempo (Cía, 2007).

El modelo teórico-empírico integrador del TAG desarrollado por Dugas et al. (1998), establece la ocurrencia de cuatro procesos cognitivos fundamentales: intolerancia ante la incertidumbre, tendencia a sobrestimar la utilidad de preocuparse, orientación negativa frente a los problemas y evitación cognitiva. El componente central del mencionado modelo es la baja tolerancia hacia la incertidumbre, que se relaciona con la tendencia a reaccionar negativamente tanto en el plano cognitivo, como en el emocional y el comportamental, a situaciones o acontecimientos ambiguos e inciertos y que, frecuentemente traen como consecuencia la dificultad en la toma de decisiones (Rausch, Rovella, Morales de Barbenza & Gonzalez Rodriguez, 2011).

De este modo, los pacientes suelen anteponer la necesidad de certeza a cualquier decisión que piensen que puede implicar alguna clase de riesgo. Esta lógica implica que la decisión debe tomarse recién cuando se dispone de la certeza del resultado de la situación, es decir, cuando se conozca el futuro. En tal sentido, es comprensible que cualquier estímulo ambiguo o que represente algún peligro potencial puede funcionar como disparador que inicia la cadena de preocupaciones. En el inicio del ciclo participan creencias positivas sobre el hecho de preocuparse. De tal forma que, las preocupaciones cumplirían simultáneamente dos propósitos. Por un lado, serían utilizadas como medio para abordar y solucionar los problemas detectados a partir del disparador, es decir, funcionarían como una conducta de afrontamiento. Por otro lado, también funcionarían como estrategia de evitación cognitiva (Biglieri & Vetere, 2011).

El segundo componente del modelo es la sobrevaloración de la conveniencia de preocuparse, con lo cual, las personas con TAG consideran sus preocupaciones como un rasgo positivo y no reconocen que sean indebidas o exageradas; por el contrario, mantienen metacogniciones rígidas y desadaptadas

acerca de la funcionalidad de su preocupación como una estrategia de afrontamiento positiva (Rausch et al., 2011).

Siguiendo a Dugas et al. (1998, citado en Rausch et al., 2011), el tercer factor alude a la parte motivacional del proceso de resolución de problemas, relacionado con los esquemas cognitivos emocionales, en los que se refleja una tendencia a valorar a los mismos como una amenaza. Y el cuarto y último elemento que plantean en su modelo explicativo del TAG es la evitación cognitiva. Inversamente a lo que acontece en otros trastornos de ansiedad, las personas con TAG no sienten temor ante una situación, lugar u objeto actual y específico, sino ante amenazas futuras, menos tangibles y que poseen escasas probabilidades de concretarse. En consecuencia, no tienen muchas posibilidades de apelar a una evitación conductual, pero sí se entregan de lleno a la evitación cognitiva, la cual hace referencia a las estrategias internas utilizadas por el individuo para evitar exponerse a un pensamiento o a una imagen molesta.

Bulacio (2011), considera que padecer este trastorno significa anticipar siempre un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo, de tal manera que el simple hecho de pensar en pasar el día, ya provoca ansiedad. No es una posibilidad el poder deshacerse de estas inquietudes, aun cuando generalmente los pacientes comprenden que su ansiedad es más intensa de lo que la situación justifica.

3.4.2. Evolución y pronóstico

El TAG se presenta gradualmente y afecta con mayor frecuencia a personas en su niñez o adolescencia, pero también puede comenzar en la edad adulta, aunque la edad de inicio suele ser difícil de determinar (Kaplan, Sadock & Grebb, 1996).

La evolución y pronóstico del trastorno de ansiedad generalizada es variable y depende de la edad de inicio, la duración de los síntomas y la presencia concomitante de trastornos depresivos. Los niños pequeños que mantienen su

asistencia al colegio, las actividades extraescolares y la relación con sus compañeros tienen generalmente un mejor pronóstico que los niños o adolescentes que rechazan ir a la escuela o abandonan las actividades sociales (Kaplan & Sadock, 2009).

El TAG tiene un impacto muy importante en los sistemas de salud, en la génesis de incapacidad o disfunción laboral y en otros aspectos psicosociales. La pérdida en días de trabajo suele ser significativamente mayor en los pacientes con TAG, comparada a pacientes con depresión mayor sin TAG y a controles sanos. Las personas afectadas por este trastorno concurren con frecuencia y reiteradamente a los centros de cuidados primarios, sin obtener un diagnóstico adecuado y, por consiguiente, suelen ser tratados de manera ineficaz (Cía, 2007).

Una de las investigaciones en las que se evaluó la comorbilidad del TAG, concluyó, que la mayoría de los pacientes en tratamiento, cuyo diagnóstico principal es el TAG, tienen otros trastornos del Eje I en comorbilidad (Sanderson & Wetzler, 1991).

El estudio Nacional de Comorbilidad (Wittchen et al., 1993 citado en Cía, 2007) encontró que el 74% de quienes sufrían de TAG, en la actualidad tenían algún trastorno psiquiátrico en comorbilidad, mientras que el 86,5% de aquellos que habían sufrido TAG a lo largo de la vida, refirieron al menos otro trastorno mental de por vida. Los dos diagnósticos más comunes en comorbilidad en este estudio, fueron la distimia y el trastorno de pánico, seguidos por la depresión mayor y la agorafobia.

3.5 Terapia sistémica estratégica focalizada

3.5.1. Orígenes y evolución

El padre de la terapia estratégica ha sido Erickson, quien durante su asombrosa carrera de hipnoterapeuta y psicoterapeuta, prolongada por más de 40 años, ha preparado miles de estrategias y técnicas de intervención para la

resolución en breve tiempo de los problemas de orden psíquico y de la conducta. Erickson, elaboró el enfoque estratégico para el tratamiento de pacientes individuales, parejas y familias, con un estilo peculiar de comunicación terapéutica basado en refinadas formas de lenguaje verbal y no verbal (Nardone & Watzlawick, 1995).

Siguiendo a Nardone y Watzlawick (1995), la teoría estratégica no es considerada una concepción o una teoría particular, sino un nombre para aquellos tipos de intervención terapéutica en los que el psicoterapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas. La terapia sistémica estratégica focalizada sigue la formulación y la sistematización de Erickson desde una perspectiva interaccionista. En tal sentido, el modelo estratégico, nace de una síntesis evolutiva entre las teorías sistémicas, el estudio sobre la familia y la comunicación realizado por el grupo de Palo Alto, dirigido por Bateson y Jackson, y el trabajo clínico y el estudio del fenómeno de hipnosis llevado a cabo por Erickson. De tal manera que, a partir de los descubrimientos y experiencias mencionados anteriormente, se fue desarrollando una nueva concepción de cuanto se refiere a la realidad y a su percepción por parte de los individuos y como consecuencia, se creó, un nuevo modo de ver la problemática de orden psicológico y psiquiátrico, en relación sobre todo con la formación y la resolución de los trastornos. En términos sistémicos y cibernéticos el comportamiento de un individuo, es considerado como una entidad que interactúa dentro de un sistema de relaciones o en un contexto caracterizado por un continuo y mutuo intercambio de informaciones entre las entidades singulares que se influyen recíprocamente. A esta consideración de orden general se le debe añadir el concepto de retroacción, es decir, la peculiaridad de todos los seres vivos que se encuentren dentro de un sistema de comunicación, de no ser simples emisores o receptores de información, sino de dar y recibir siempre una retroacción en relación con el mensaje emitido o recibido. De tal modo que se produce una forma de causalidad circular.

Inspirador de esta nueva conceptualización, ha sido Bateson, quien junto con su grupo de investigación y en colaboración con Jackson, formuló y aplicó esta tesis al campo práctico psicológico y psiquiátrico, desde el cual, en la raíz del trastorno psíquico existiría una comunicación disfuncional entre el sujeto perturbado y los demás miembros de su grupo de referencia primaria. De esta manera, se pasó, en psicoterapia, de lo intrapsíquico a lo relacional. Del análisis hacia atrás del pasado, al estudio de las reglas que gobiernan la interacción en el aquí y ahora, de la pregunta relativa al por qué del problema, a la que se refiere a qué es y a cómo modificar el problema actual, de la extrema pasividad del terapeuta al activismo y al empleo del influjo personal en la praxis clínica en el cambio de una situación problemática. Por consiguiente, la terapia fue entendida como un cuidadoso estudio de la comunicación interpersonal, dirigido a modificar, por medio de acciones o prescripciones directas, a veces paradójicas o aparentemente ilógicas, el sistema de relaciones disfuncional operante en un grupo determinado de personas (Nardone & Watzlawick, 1995).

Siguiendo a los autores, la terapia sistémica estratégica focalizada, hoy en día, al igual que el grupo de Palo Alto, a los efectos del estudio preliminar de las familias en situación psicopatológica, utiliza, la toma filmada y el estudio minucioso de las interacciones por parte de todo el grupo de los investigadores, a la que se agregó luego, la técnica del uso del espejo unidireccional para estudiar a fondo los fenómenos en cuestión, de modo tal, que el grupo de los investigadores pudiese observar directamente el desarrollo de la sesión y sugerir al terapeuta estrategias o indicaciones por medio de comunicación telefónica. De tal forma que la sesión es llevada a cabo por todo el equipo, compuesto por el terapeuta y el grupo que se encuentra sentado detrás del espejo (Nardone & Watzlawick, 1995).

La terapia estratégica se complementa con la terapia familiar, dado que la terapia estratégica se focaliza sobre el problema que se presenta, sobre cuanto se sostiene el mismo y la manera de modificar rápidamente dicha situación, y en tal sentido se interviene a los efectos de producir modificaciones en la interacción

familiar, como así también en el sistema relacional, dando lugar a la resolución del problema específico. Asimismo, esta terapia se centra en la gestión del poder, es decir, que el terapeuta se va inscribiendo en el interior del sistema familiar, buscando deliberadamente reorganizar las jerarquías de poder para que logren ser más funcionales; con lo cual deberá intervenir motivando a la familia al logro de dicho objetivo (Nardone & Watzlawick, 1995).

3.5.2 Propuesta terapéutica

De acuerdo con Casabianca y Hirsch (2009), el modelo estratégico focalizado parte de considerar la conducta-problema en contexto, es decir mantenida en acciones y retroacciones entre individuos de un sistema que, al intentar resolver una situación difícil o molesta, terminan fijándola, mediante los intentos fallidos de solución. El cambio de esa situación problema vendría propuesto sólo por el individuo perturbado por dicha situación y no desde la totalidad del sistema de relaciones que el terapeuta recorta como un sistema/circuito de mantenimiento. La propuesta de cambio significaría que el equilibrio logrado en las interacciones ha dejado de ser satisfactorio para uno o más individuos quienes resultan motivados para modificar la situación-problema, convirtiéndose, de esta manera, en los potenciales agentes de cambio.

Estos autores, proponen además, que para poner en acción el cambio, no alcanzaría sólo con la motivación del paciente que consulta, sino que también es necesario que éste tenga jerarquía, lo cual implicaría la capacidad para influir. En este sentido, es preciso que el terapeuta pueda testear, amplificar y orientar la motivación del consultante (Casabianca & Hirsch, 2009).

A partir del conocimiento, la capacidad e interés del consultante para lograr una modificación, es que conjuntamente con el Terapeuta, se proceda a realizar las siguientes definiciones: primeramente definir un problema que sea solucionable, mediante un proceso de co-construcción del mismo, a partir de la queja inicial que trae el consultante, que se acompaña de malestar y de

expectativa de acción respecto a lo que esté dispuesto a hacer o a recibir; luego, establecer una meta alcanzable en un determinado plazo de tiempo, desarrollado desde el problema o motivo de consulta resultante de las interacciones previas, hacia un aspecto puntual del mismo que ambas partes acuerden como índice de evaluación del proceso terapéutico, en un tiempo pactado.

Finalmente, una orientación o estímulo suficiente para modificar los caminos intentados, en este sentido, el terapeuta podría persuadir al consultante a realizar conductas diferentes, o incrementar la dificultad de resolución, de manera tal que el propio sistema consultante proceda a poner en acción otras alternativas. Es de esta manera cómo en las interacciones con el terapeuta se trabajará para el logro de un objetivo común, es decir hacia el alivio de la situación-problema. Y es en esta interacción que se construirá el sistema terapéutico. De lo contrario, cuando el desacuerdo no se explicita suficientemente al principio del tratamiento, se corre el riesgo de avanzar en sesiones que probablemente producirán frustración, tanto para el Consultante, como en el terapeuta. Estos desacuerdos suelen ser frecuentes precisamente porque no suele ser tan fácil identificarlos (Casabianca & Hirsch, 2009).

Asimismo, este modelo considera a la alianza terapéutica como una variable del proceso de la terapia, puesto que se encuentra en estrecha relación con la eficacia del tratamiento. Esta alianza representa la cualidad y fortaleza de la relación de colaboración entre el paciente y el terapeuta, incluyendo el compromiso activo con las metas de la terapia y con los medios para alcanzarlas (Carranza, 2009).

Casabianca y Hirsch (2009), proponen cuatro clases básicas de intervenciones, que el terapeuta debe evaluar si son aceptadas o rechazadas por el consultante para saber si vale la pena insistir en ellas: 1) La reformulación, o toda adjudicación de significado hecha por el terapeuta a las conductas relacionadas con el motivo de consulta, que pretenda modificar la percepción que

el sistema consultante tenga de las mismas; 2) Las sugerencias o alternativas de acción propuestas por el terapeuta, dejando cierto margen de elección por parte del consultante para ser rechazadas, sin que ello implique desobediencia; 3) Las prescripciones o indicaciones explícitas de conductas a ser cumplidas o bien desafiadas (paradojas), como un modo de cooperar con el progreso del tratamiento; 4) Preguntas, que pueden ser directas, reflexivas o circulares, destinadas a provocar un cambio en el motivo de consulta.

Asimismo, Wainstein (2006), establece que la intervención clave es el reenmarcamiento o la modificación de la visión desarrollada hasta el momento acerca del problema. De esta manera, se pone el acento en las creencias que tiene el consultante acerca de los problemas que lo aquejan, con lo cual se queda sin la posibilidad de observar otras alternativas. El reencuadre del problema, como técnica sutil de persuasión, intentará cambiar dichos significados, construyendo otros alternativos, congruentes con el estilo del paciente.

Siguiendo a este autor, este modelo utiliza además procedimientos directivos, de tal manera que, cualquier comunicación, directa o implícita –marcada por una inflexión de la voz, un ademán, un silencio oportuno, comentarios al margen deslizados durante la conversación- del consultor, constituirá un mensaje para que el consultante haga algo. Este modelo utiliza las llamadas intervenciones paradójicas, mediante las cuales se le solicita al consultante que realice algo, con el propósito de que no lo cumpla, o sea con el propósito de que cambie por la vía de la oposición. En este caso, este tipo de intervenciones buscará un objetivo no presentado directamente, sino ejerciendo una influencia indirecta (Wainstein, 2006).

En resumen, el modelo estratégico consiste en una postura, por la cual el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en los consultantes, procediendo a planificar el tratamiento terapéutico. Identificando los problemas solubles, realizando proposiciones de metas, empleando intervenciones y

examinando las respuestas que va recibiendo de parte del consultante y su medio social; con el objetivo de modificar el circuito interaccional que mantiene y perpetúa dichos problemas (Córdoba, 2007).

Kopec y Rabinovick (2013), proponen que en todas las sesiones se vaya realizando un control de cómo va el proceso de cambio en relación con el motivo de consulta y en caso de haber retrocesos, se procure darles una explicación posible que no invalide el proceso como un todo. Consideran que, el terapeuta no debe luchar contra la resistencia, sino que más bien se debe aliar a ella para evaluar la nueva respuesta del paciente y decidir con cual estrategia será mejor continuar.

3.5.3. Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada que suelen consultar, se caracterizan por ser personas muy motivadas para la terapia, aunque lógicamente suelen mostrarse temerosas ante los cambios que se les pueda proponer. Esta inseguridad suele provocar que con frecuencia se produzca cierta dependencia del terapeuta que, si no se maneja adecuadamente, podría llevar a alargar de manera innecesaria la terapia. Por lo general, las personas acuciadas por problemas de ansiedad piden cita por sí mismas, sin embargo, desde el modelo estratégico, conviene invitar también a los familiares o personas más allegadas a ellos (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

La persistencia de las formas graves de ansiedad, resultan ser una organización compleja de retroacciones entre sujeto y realidad, que funciona sobre la base del sistema disfuncional de percepciones y soluciones intentadas, propias del sujeto mismo. Este sistema interactivo tiende a mantenerse y autoalimentarse precisamente mediante los intentos de cambio llevados a cabo por el propio individuo y por las personas que lo rodean en esta compleja red cibernética de retroacciones. A los efectos de lograr el cambio y una efectiva y rápida solución del problema, se deberá lograr el cambio no solamente de las reacciones, sino del

modo de organizar las informaciones recibidas y también las percepciones (Nardone, 1997).

Para los autores Beyebach y Herrero de Vega (2010), la estrategia interpersonal suele ser beneficiosa para la terapia, ya que las personas del entorno podrían contribuir a reforzar la ansiedad y la evitación con los intentos bien intencionados de acompañar y proteger a la persona ansiosa. La estrategia consistiría en romper este patrón, informando al entorno respecto del efecto negativo que inadvertidamente producen.

Nardone (1997), considera que para lograr que el consultante realice experiencias concretas de cambio de sus propias modalidades perceptivo-reactivas, el primer paso consistiría en inducirle a hacer algo sin que se dé cuenta dado que, de no ser así, el miedo y la resistencia al cambio, le impedirían vivir estas experiencias que resultan ser indispensables para el cambio. Por esta razón, el uso de técnicas de sugestión, de paradojas, de trampas comunicativas y comportamentales son necesarias para alcanzar el objetivo común para el terapeuta y el paciente, de resolver cuanto antes y de manera efectiva los problemas planteados.

La psicoeducación también instruye acerca de cuáles son los mecanismos que desencadenan y mantienen los síntomas. Le permite al paciente reinterpretar sus síntomas a la luz de la nueva información que se le brinda, de manera tal que la interpretación no catastrófica produce una reducción de la ansiedad. El simple hecho de que el paciente pueda manejar determinada información adecuada, tiene un efecto casi inmediato en la disminución de los síntomas y por tal razón en los niveles de ansiedad (Bulacio, 2011).

De tal manera que psicoeducar al paciente respecto de cuáles son los aspectos biológicos que forman parte de los componentes somáticos de la ansiedad, significa promover a la cooperación del paciente y obtener así un efecto

tranquilizador, siendo fundamentales el logro del control de la respiración y la evitación de la hiperventilación (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

El elemento terapéutico básico en el trabajo con problemas de ansiedad es la exposición a las situaciones ansiógenas, imaginadas y vívidas. En terapia breve, se da lugar a la exposición en vivo, gradual, siguiendo el ritmo del paciente, pero ayudándolo a que no deje de dar pasos, por pequeños que estos sean. Se complementa a menudo los recursos propios del paciente, con tareas de relajación y focalización de la atención (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

Los autores Gomar, Mandil y Bunge (2010), consideran que las técnicas de exposición son experiencias sistemáticas con situaciones temidas, en las que se les brinda a los niños y adolescentes, la oportunidad de practicar habilidades de afrontamiento, permitiendo enfrentar los miedos, mientras se desarrollan comportamientos adaptativos en respuesta a un estímulo o situación temida. Las exposiciones ayudan a distinguir entre el peligro real del percibido, a través de la experiencia directa.

Kaplan y Sadock (2009), consideran que los ejercicios de relajación pueden ser componentes adicionales del tratamiento en algunos niños y adolescentes, como estrategias independientes para poder controlar la propia ansiedad.

Teniendo en cuenta cuáles son los patrones de mantenimiento de la problemática del paciente, las tareas se vuelven una propuesta estratégica que permiten que el consultante siga conectado con la terapia, entre las sesiones, provocando un giro de 180 grados en la manera en que éste maneja las dificultades fuera de la sesión (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

El tratamiento intenta que el paciente logre flexibilizar sus pensamientos, a través de la evaluación de la información, las interpretaciones que ha construido acerca de lo que implica para él una amenaza. Estimular el procesamiento de información relacionado con señales de seguridad, al mismo tiempo que se modifican las creencias desadaptativas sobre la vulnerabilidad del sujeto, es otro

de los componentes fundamentales de una terapia de este tipo. Así mismo, se busca eliminar conductas defensivas disfuncionales, mejorar la tolerancia y aceptación de la ansiedad y flexibilizar el proceso cognitivo en términos generales. De esta manera, se espera reducir las preocupaciones excesivas, mejorando las habilidades de resolución de problemas, al mismo tiempo que se enseña a evitar el sesgo atencional (Beck & Clark, 2011).

Con lo cual, el tratamiento conllevaría a la adquisición de habilidades, con el objetivo de que puedan ser utilizadas durante toda la vida; pues, a lo largo de ésta, los niños y los adolescentes seguirán encontrando otras situaciones estresantes (Gomar et al., 2010).

De acuerdo con Kaplan y Sadock (2009), el enfoque terapéutico combinado y exhaustivo, que incluya psicoterapia, educación familiar, intervención psicosocial familiar y tratamiento farmacológico, suelen ser claves en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, especialmente en niños que rechazan ir al colegio, de modo que se mantenga un estímulo fuerte para asistir al colegio al tiempo que se proporcione el apoyo adecuado. De tal modo que un plan de tratamiento exhaustivo debería implicar al niño, a los padres, a los compañeros y al colegio. Es muy importante animar al niño a asistir al colegio, pero cuando hacerlo y pasar allí el día completo le resulta insoportable, debería fijarse un programa para que el niño pueda aumentar progresivamente el tiempo que pasa en la escuela.

Siguiendo a los autores, en la actualidad, estudios e investigaciones recientes han demostrado la eficacia del enfoque terapéutico combinado con farmacología en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Datos obtenidos en un amplio estudio multicéntrico (RUPP, Research Units in Pediatric Psychopharmacology) reciente del National Institute of Mental Health (NIMH) han confirmado la seguridad y la eficacia de los inhibidores de la recaptación de

serotonina (ISRS) en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en la infancia (Kaplan & Sadock, 2009).

Cía (1999), adiciona al tratamiento farmacológico con antidepresivos, la administración de benzodiacepinas, a los efectos de bloquear rápidamente las crisis de pánico y superar la ansiogénesis inicial que éste produce. En la práctica clínica frecuentemente suelen ser empleados a largo plazo y en combinación, lo cual potencia los efectos de ambos a menores dosis que si fueran empleados como monoterapia.

La finalización del tratamiento debería estimular la independencia del paciente, respecto de la figura del terapeuta y promover la estabilidad de los logros alcanzados. Dado que el TAG es un cuadro crónico y que su curso suele ser fluctuante, los síntomas pueden ser reactivados por acontecimientos de vida estresantes y cambios en el estado de ánimo. Por lo tanto, es necesario que las sesiones finales de terapia se destinen a la prevención de recaídas (Biglieri & Vetere, 2011).

4. METODOLOGIA

4.1. *Tipo de estudio y diseño:*

Estudio de caso. Diseño no experimental.

4.2. *Participantes:*

El presente trabajo abordó el caso de una paciente, adolescente, de 16 años, a quien daremos el nombre de Julia.

La joven vive junto a sus padres y dos hermanos en una localidad de la provincia de Buenos Aires.

Al momento del estudio del caso, la paciente se encontraba cursando el segundo año de educación polimodal en un colegio privado de la provincia de Buenos Aires.

Ha sido diagnosticada con trastorno de ansiedad generalizada, presentando la dificultad para tolerar y manejar síntomas de ansiedad relacionados con el temor a descomponerse que la llevaron a dejar de concurrir al colegio.

Desde el mes de septiembre de 2014, Julia se encuentra en tratamiento psicológico y psiquiátrico en el Centro privado de salud mental.

Cabe destacar, que la paciente ya había sido admitida en dicho Centro hace tres años atrás por presentar una sintomatología similar a la actual.

4.3. Instrumentos:

Se utilizó el sistema informático del Centro de salud para la obtención de datos referentes a la historia clínica de la paciente, en donde la terapeuta registró en forma detallada cada sesión y supervisión realizada.

Dicho sistema permitió acceder a información, tal como, datos personales y familiares de la paciente, admisiones, derivaciones, queja inicial, motivo de consulta, motivación y, posiciones y lenguaje del paciente.

De igual forma, se analizaron dos sesiones grabadas en cámara Gesell, donde se pudieron observar con detenimiento las intervenciones realizadas por la profesional. También se abordó una entrevista semidirigida con la terapeuta de Julia, en función de obtener otros datos de interés, en relación a las intervenciones realizadas y a las motivaciones de la paciente, que fueron de relevancia para la generación de cambios dentro del tratamiento focalizado y breve.

4.4. Procedimiento:

Dos veces por semana y durante un período de cuatro meses, la institución permitió el acceso al sistema informático, mediante el cual, se accedió a la información detallada en la historia clínica de la paciente. Allí se obtuvo en detalle cada sesión, en donde la terapeuta especificó los ejes temáticos, el estado del síntoma y las principales intervenciones realizadas.

De igual modo, se permitió el ingreso a la videoteca, en donde se pudieron observar dos sesiones grabadas en cámara gesell, que fueron supervisadas por el director de la institución.

Por último, se solicitó una entrevista semidirigida con la terapeuta de Julia, a los efectos de obtener mayor información en relación al caso clínico.

5 DESARROLLO

5.1 Presentación del caso

La paciente cuyo caso se analiza en el presente trabajo, tiene 16 años de edad y vive con sus padres (ambos profesionales) y con sus dos hermanos mayores (ambos estudiantes universitarios), en una localidad de la provincia de Buenos Aires.

La paciente, a quién llamaremos Julia, comenzó el tratamiento en el mes de septiembre de 2014. Cabe destacar, que ya había sido admitida en el centro de salud hace tres años atrás por presentar similar sintomatología.

La madre es quien solicita telefónicamente una segunda admisión.

A partir de la observación del video de la grabación en cámara gesell, se observó que a la admisión concurren Julia junto con sus padres, quienes manifestaron su preocupación en relación a la falta de control que presentaba Julia, respecto a su elevada ansiedad. El padre fue quien primeramente comenzó diciendo: “-Hemos caído nuevamente en el mismo problema”; “Julia es “la traga del colegio”, se saca un 5 y se pone mal”. A su vez comentó que la adolescente ha ido empeorando en los últimos meses. No sabe si hubo alguna situación escolar que haya podido desencadenar el problema, o bien, si se trata de la tendencia perfeccionista y autoexigente que presenta su hija. Sostuvo además, que se entrevistó con la directora y la secretaria del colegio, quienes le transmitieron su preocupación, en relación a las ausencias de Julia y a la posible falta de alimentación de la joven. Comentó que, desde el colegio, estuvieron

dispuestos a colaborar, y de hecho, ya le ofrecieron a la adolescente algunos recursos para que no se retire del colegio cuando presenta síntomas de elevada ansiedad, como por ejemplo, salir del aula e ingresar a una sala en donde se pueda recostar. Sin embargo, Julia continúa insistiendo con retirarse del colegio.

Al momento de su admisión, la adolescente se encontraba cursando el segundo año de polimodal en un colegio privado de la provincia de Buenos Aires.

Durante la admisión, se observó a Julia, muy angustiada. Entre sollozos manifestó: “Somatizo todo, me pasa principalmente en el colegio y terminan teniendo que venirme a buscar”; “es época de exámenes, tal vez me puse mal por eso”; “los lunes me siento mal, me duele la panza, me pongo nerviosa, necesito chicle. Está todo peor que antes, la semana pasada me retire del colegio y no fui ningún día”.

El motivo de consulta que describió el admisor, indicó que Julia presenta dificultades para manejar episodios de dolores de estómago intensos y falta de aire, que le ocurren principalmente en el colegio y que ella los atribuye a exigencias que se autoimpone con el estudio.

El caso fue derivado a una terapeuta del centro de salud, con quien Julia comenzó un tratamiento, que incluyó tanto sesiones individuales como así también familiares.

En la primera sesión con la terapeuta, Julia manifestó que aproximadamente hace dos meses comenzó a presentar síntomas de ansiedad que se fueron agravando con el paso de las semanas. Algunas de sus expresiones fueron: “Me cuesta tranquilizarme. Prefiero concentrarme en lo que me pasa en lugar de distraerme”; “Se me están juntando los exámenes. No pedí todavía las tareas de la semana pasada”; “Siento que no puedo hacer nada que pueda distraerme”.

La terapeuta indagó a Julia respecto de su tratamiento anterior por la misma sintomatología e hizo mención a los recursos con los cuales ella había podido

manejar la ansiedad. La adolescente comentó que durante el tratamiento anterior había logrado cuestionar sus ideas y distraerse. Sin embargo, aseveró, que en la actualidad, no está pudiendo utilizar esas mismas técnicas.

En la historia clínica de la paciente, la terapeuta completó una primera ficha diagnóstica, en la que se incluyó el circuito de soluciones intentadas. En ella se realizó la siguiente descripción: “Julia teme descomponerse (vomitar, desmayarse) y este temor la pone muy nerviosa. Cuando tiene que ir al colegio recuerda que ya se ha sentido mal en varias oportunidades, por lo cual, se angustia, le duele el estómago y piensa que podrá descomponerse nuevamente. Se retira del colegio, se siente mejor, pero mantiene el temor. Por momentos utiliza recursos como mascar chicle o tomar 7up y logra controlar, pero en general no tolera y evita. En su casa cuando aparece el malestar se pone nerviosa, camina, luego se recuesta y se siente más tranquila que en la escuela”.

Luego del primer mes de tratamiento, la paciente fue derivada por su terapeuta a psiquiatría, en el mismo centro de salud, en donde se le administró medicación antidepresiva conjuntamente con ansiolíticos.

El objetivo de la terapeuta consistió en acotar el malestar que presenta la paciente. Al mismo tiempo, que pueda tolerar mejor los síntomas y encontrar recursos para manejarlos.

5.2 Describir la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada que presenta la adolescente

Teniendo en cuenta ambas admisiones al centro de salud y siguiendo con las entrevistas de las sesiones terapéuticas a partir de la segunda admisión y tal como consta en la historia clínica de la paciente, es clara la presencia de numerosos síntomas de ansiedad. La adolescente suele anticipar situaciones que le resultan amenazantes, y sus pensamientos aparecen asociados con angustia y miedo. Esto concuerda con los criterios incluidos en el DSM 5 (APA, 2014) para el

diagnóstico de la ansiedad generalizada, en particular con lo que allí se define como preocupación excesiva que la paciente no puede controlar.

Asimismo, el DSM 5 señala que, la ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas: inquietud o sensación de estar atrapado; fatigabilidad fácil; dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco; irritabilidad; tensión muscular o alteraciones del sueño. En el caso de Julia pudieron observarse, al menos cuatro de estos signos, ya que ha sido notable su inquietud, sus dificultades para concentrarse en el estudio, la tensión muscular casi permanente expresada en sus movimientos en el asiento y las dificultades para conciliar el sueño.

En las sesiones grabadas en cámara gesell, se pudo observar que Julia suele angustiarse y presentar crisis de llanto. Describió una serie de miedos que surgieron alrededor de sus cuatro años y que fueron incrementándose a medida que fueron pasando los años. Tal como sostienen Kaplan, Sadock y Grebb (1996) el trastorno de ansiedad generalizada se fue estableciendo gradualmente.

La adolescente manifestó que, el miedo a descomponerse en el colegio comenzó cuando ella tenía 4 años y empezaba jardín de infantes. Al tercer día de haber concurrido al mismo, se descompuso en el baño y a partir de esa situación se fue estableciendo el temor a que esto suceda nuevamente. Los días subsiguientes, se volvieron difíciles para sus padres, puesto que, tanto su mamá como su papá, tuvieron que convencerla día tras día para que asistiera nuevamente y de esta manera no perdiera el año.

El miedo a vomitar surgió a sus trece años, cuando luego de una salida familiar a un Mc Donalds, Julia y uno de sus hermanos presentaron vómitos y diarrea y debieron concurrir al médico.

El miedo a rendir exámenes comenzó a sus 15 años. Si bien su promedio académico siempre ha sido alto, su elevada exigencia ha hecho que no se

permitiera obtener notas menores a ocho en sus exámenes, debido a que las mismas son consideradas por Julia “un reflejo de bajo rendimiento escolar”.

El miedo a quedar libre o perder el año de escolaridad, surgió durante el año pasado, cuando Julia comenzó a faltar a clases debido a la excesiva preocupación respecto a posibles acontecimientos que ella anticipaba como amenazantes, tales como, el miedo a descomponerse (presentar vómitos, diarreas, desmayos), el miedo a obtener notas bajas en sus exámenes y el miedo a repetir el año académico; con lo cual, esta preocupación excesiva y la sintomatología física comenzaron a deteriorar sus actividades escolares y sociales, tal como se describe en el criterio D del trastorno de ansiedad generalizada en el DSM 5 (APA, 2014) .

Esta serie de miedos presentados por la adolescente se fueron confirmando y reforzando, especialmente durante el último cuatrimestre del año pasado; en el cual, los días lunes, antes de ingresar al establecimiento escolar, Julia presentaba síntomas, tales como, dolores de panza, nerviosismo y un temor extremo a descomponerse. Fueron tres las oportunidades, en las cuales la adolescente se descompuso, presentando vómitos y, por lo tanto, las autoridades del colegio tuvieron que llamar a los padres para que fueran a retirarla. Este temor extremo, implicado dentro de esta patología, tal como lo describe Bulacio (2012), aparece traducido como imágenes temidas que se perpetúan y que, por lo tanto, no logran el avance hacia una meta y terminan confirmándose y reforzándose.

En las sesiones observadas mediante las grabaciones de la cámara gesell, se pudo apreciar la inquietud de Julia, quien se movía permanentemente y cambiaba de posición en su asiento. Asimismo, fueron notables otras conductas, como, el mordisquearse insistentemente el labio inferior y el hacer sonar los nudillos de sus dedos. De acuerdo con Cía (2007), los síntomas del trastorno de ansiedad se suelen manifestar a través de estos cambios comportamentales, y otros, de tipo cognitivos, fisiológicos y emocionales.

La terapeuta de Julia, sostuvo en la entrevista con la autora de este trabajo, que una de las características de la paciente se relaciona con un rasgo de personalidad ansioso, con tendencia a una excesiva necesidad de aprobación, pensamiento todo o nada y elevadas exigencias, que la han llevado a desarrollar el trastorno de ansiedad generalizada. Esto concuerda con Cía (1999), quien describe esas mismas características en los rasgos de personalidad con tendencia a padecer trastornos de ansiedad.

Asimismo, señaló que el sistema familiar, particularmente el vínculo de la joven con sus padres ha aportado al desarrollo de una excesiva ansiedad, puesto que, se trata de padres sobreprotectores, que han amparado excesivamente a la adolescente. En los últimos dos años, Julia ha cambiado de colegio en dos oportunidades. En la primera, porque no soportaba a sus compañeros, ya que eran “burros” y ella “los superaba”; y en una segunda instancia, decidió cambiar de institución nuevamente, porque sus compañeros eran “demasiado conchetos”, hablaban básicamente de sus viajes al exterior y de compras de objetos caros y esto le impedía sentirse a gusto con ellos. Por tales motivos, los padres de la consultante aprobaron estos cambios propuestos por la adolescente, sin poner límites, ni incentivarla a continuar en la misma institución educativa. Esto se replica en cada vez que Julia llama a sus padres para que la retiren del colegio por sentir dolor de panza. Por lo tanto la adolescente continúa sin poder enfrentar sus miedos.

Además, la terapeuta hizo hincapié en las exigencias de los padres, (especialmente de la madre) en cuanto al nivel académico y a la valoración que éstos hacen en relación a las notas de los exámenes. Cía (1999), considera que un factor interviniente en el desarrollo de una personalidad con tendencia a padecer trastornos de ansiedad se relaciona con la experiencia parento-filial, en la cual, la aprobación se vincula con el desempeño del niño o adolescente sólo cuando se cumple con las expectativas de los padres, por ejemplo al obtener muy

buenas notas escolares. Esto lleva a la creencia errónea de que una persona tiene valor solamente cuando realiza algo valioso.

5.3 Analizar la estrategia de abordaje y las intervenciones que realiza la psicóloga a lo largo del tratamiento terapéutico

Al comienzo del mes de septiembre, y luego de su admisión, Julia concurrió a la primera sesión. La terapeuta realizó una descripción del diagnóstico, con el circuito de soluciones intentadas, el cual mantiene la conducta-problema. De acuerdo con Casabianca y Hirsch (2009), el modelo estratégico focalizado parte de considerar la conducta-problema en contexto, es decir mantenida en acciones y retroacciones entre individuos de un sistema que, al intentar resolver una situación difícil o molesta, terminan fijándola, mediante los intentos fallidos de solución.

La terapeuta realizó la siguiente descripción en el diagnóstico circular: “La consultante teme descomponerse (vomitar, desmayarse) y esta situación la pone nerviosa. Cuando tiene que ir al colegio recuerda que ya se ha sentido mal anteriormente, entonces se angustia, le duele el estómago, piensa que podrá descomponerse, y por lo tanto, se retira del colegio, así logra sentirse mejor, pero, sin embargo, mantiene el temor. Por momentos utiliza algunos recursos, como mascar chicle o tomar 7up y logra controlar la excesiva ansiedad, pero en general no tolera y evita. Al llegar a su casa y si aparece el malestar nuevamente, se pone nerviosa, camina, se recuesta y consigue sentirse más tranquila que en la escuela.”

A continuación, y de acuerdo con Casabianca y Hirsch (2009), se procedió con las primeras intervenciones, con el objeto de evaluar el grado en que éstas son aceptadas o rechazadas por el consultante.

La primera intervención que realizó la terapeuta consistió en reformular el problema, es decir modificar la percepción que la paciente le atribuye a su motivo de consulta. En tal sentido, la terapeuta le dijo a Julia: “Sé que lo que voy a decirte no es lo que esperas, pero parece que hay que empezar a pensar que esto te va a durar un tiempo, no va a desaparecer enseguida. Sé que te hace sentir muy mal, y

como ya lo hemos conversado, ahora se complica un poco más por los exámenes, a los que no pudiste concurrir. Es difícil enfrentarse a este malestar, realmente te sentís mal, es más el alivio cuando estás en casa, pero si querés estar mejor hay que hacer cosas difíciles y en lugares como el colegio, pero vos sos grande y tal vez quieras decidir no enfrentarte a esto, no hacer esas cosas. Me gustaría antes que nada que pienses si estás o no dispuesta”.

Frente a esta intervención, la paciente respondió: “yo quiero que se me pase, pero cuando me siento mal no quiero hacer otra cosa”.

Este tipo de intervención, muestra claramente cómo desde el modelo terapéutico, se propicia que el paciente sea quien decida hacia dónde quiere ir y cuánto esfuerzo está dispuesto a invertir en el intento (Kopec & Rabinovick, 2013).

En la segunda sesión, la paciente refirió que si el camino para resolver su problema consistiría en volver al colegio, ella no está dispuesta a hacerlo.

Se intervino trabajando sobre las ventajas y desventajas del mantenimiento del problema, es decir, cuáles son los obstáculos que podrían aparecer y las consecuencias negativas de su decisión. A pesar de todo, la paciente continúa pensando en no volver al colegio. En este sentido, si bien se valora su decisión, la terapeuta sostuvo que este es un tema que deberá resolver con sus padres. Se le aclaró que la evitación agravaría el problema. La profesional indagó a la adolescente, respecto de otras posibles evitaciones, como por ejemplo comer o salir con amigos. La joven no manifestó tener dificultades en estas áreas, sin embargo, la terapeuta infirió en la historia clínica la presencia de ciertas restricciones en dichas áreas.

A continuación, se realizó otra intervención. En este caso la siguiente sugerencia: “Vos sabes bien cómo funciona tu dificultad, sabes también algunos de los posibles caminos para mejorar, porque ya lo has hecho en otra oportunidad donde habías dejado algunas cosas que pudiste volver a hacer. Sabes que hay que aprender a vivir con eso y buscar la forma de que sea más tolerable. Pero

también es cierto que puedes elegir no hacerlo, porque hacerlo implica cierto malestar, cierto esfuerzo, y cuando evitas, el alivio es importante. Puedes elegir el camino de ir buscando aquellas cosas que no te generen ansiedad, aceptando los riesgos. Esa es una decisión que vos tenés que tomar, y también conversarlo con tus padres”.

La paciente respondió a esta intervención que no quiere volver al colegio, prefiere rendir libre las materias, pero la asusta mucho perder la regularidad y tener que dar los exámenes en forma libre.

Tal como lo mencionan, Kopec y Rabinovich (2013), mediante esta intervención, la terapeuta vuelve a colocar a la paciente en un lugar de toma de decisión, en el cual podrá volver a decidir si quiere, o no, pagar el precio necesario para desprenderse de su síntoma o de su modo habitual de funcionar.

La tercera sesión se realizó con los padres de Julia, quienes manifestaron su preocupación, en relación a las crisis de ansiedad que presenta Julia, especialmente los días domingo y lunes; además de sus reiteradas ausencias al colegio. Comentaron además, la decisión de su hija, de no concurrir más. Los padres explicaron que no le han insistido en que cambie de opinión, dado que la ven muy angustiada y nerviosa. Le propusieron a la terapeuta la derivación a psiquiatría, para ver la posibilidad de combinar la terapia con medicación y de esta manera, contribuir a la disminución de la elevada ansiedad.

La profesional procedió a psicoeducar a los padres, acerca de las desventajas en esta etapa y de la falta de motivación de la adolescente. Invitó a los padres a pensar cómo seguir y a preguntarse a qué están dispuestos ellos, desde su rol. Les advirtió que la medicación podría ser una ayuda, pero no toda, y que podría generarle que no adquiera recursos propios para enfrentar el problema, y que además, dado su estilo, es algo que siempre podrá reaparecer. La psicoeducación, tal como lo menciona Bulacio (2011), permite reinterpretar el problema a la luz de la nueva información que el terapeuta va brindando, y a su vez, el manejo de esta información, invita a pensar y reevaluar el cambio.

Nardone y Watzlawick (1995), sostienen que la terapia familiar dentro de la terapia focalizada es fundamental para modificar rápidamente el problema. Consiste en intervenir, a los efectos de producir cambios, tanto en la interacción familiar, como en el sistema relacional, dando lugar a la resolución del problema específico. Por esta razón, en la cuarta sesión, la terapeuta citó a Julia junto con sus padres nuevamente.

En dicha sesión, los padres comentaron que durante la semana Julia concurrió algunos días al colegio y que lo que la ayudó a hacerlo, fue el hecho de pensar en la cantidad de faltas que fue acumulando y la posibilidad de quedarse libre.

De acuerdo a lo registrado en la historia clínica, se trabajó con los padres la idea de cómo ayudar a la adolescente a ir al colegio, en pos de una exposición gradual, y también qué hacer cuando ella no va y cómo lograr que, el estar en casa, se vuelva para ella más incómodo, con el objetivo de no favorecer a la evitación.

Además, se indagó acerca de cómo Julia logró quedarse en la escuela durante los días que se sentía mal y qué sucedió aquellos otros días, en los que no fue a la escuela y permaneció en su casa. La adolescente comentó, que a pesar de haber sentido malestar, dolor de estómago y miedo a descomponerse, intentó permanecer en la escuela algunas horas, utilizando algunos recursos que le fueron ofrecidos por la institución, como una sala, en donde recortarse un momento y el gabinete psicopedagógico, en donde la psicóloga y la psicopedagoga le ofrecieron contención.

A continuación, la terapeuta realizó una intervención directiva, en la cual, le propuso a Julia llevar a cabo una tarea durante una semana, como una propuesta para que se mantuviera conectada con la terapia, entre sesión y sesión, con la intención de que pueda manejar las dificultades fuera de la misma, tal como lo sostienen Beyebach y Herrero de Vega (2010). Para lo cual, le hizo entrega de un pequeño cuaderno, llamado "Diario de abordó". Le propuso que, cada vez que se le presente una crisis, en donde experimente un momento de miedo extremo y

angustia, lo saque de su bolsillo y tal como si fuera un diario, anote en él todo lo que le ocurra, de tal modo de consignar, la fecha, el lugar, la situación, los síntomas, los pensamientos y las acciones ejercidas. Y que en la próxima sesión se lo muestre para poder estudiarlo.

Esta tarea implicó que Julia pueda fijarse con gran detalle en la ansiedad que experimenta y pueda bloquear la retroalimentación de la ansiedad, ejerciendo un efecto distractor, al tener que tomar nota y completar el registro.

En las cuatro siguientes sesiones, tal como consta en la historia clínica de la paciente, la terapeuta trabajó con el registro de Julia, discriminando los pensamientos de los sentimientos y cuestionando sus ideas negativas.

Asimismo, dejó constancia de la falta de colaboración de los padres, en relación a la modificación del circuito que mantiene la conducta-problema; con lo cual, la adolescente continuó faltando al colegio y sus padres, en vez de incomodarla y no favorecer a la evitación, permitieron que ella permanezca dormida hasta horas del mediodía.

Intervino además con algunas sugerencias, como por ejemplo levantarse, en lugar de dormir; e ingresar al colegio y tratar de permanecer en él, aunque sea algunas horas. De comenzar con alguna crisis, se le sugirió que concurriera a la sala disponible de la institución, en donde pueda recostarse un momento; o bien concurrir al gabinete psicopedagógico; siempre tratando de enfrentar sus miedos y no evitando y retirándose a su domicilio.

A mediados del mes de octubre de 2014, Julia comenzó un tratamiento psiquiátrico en el mismo centro de salud. El psiquiatra confirmó el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y le indicó medicación antidepresiva conjuntamente con un ansiolítico del grupo de las benzodiazepinas.

Al comenzar el mes de noviembre, Julia se presentó en las sesiones con mucha angustia y llanto. Expresó el temor a rendir en diciembre y el temor a repetir el año académico. Mencionó que se siente muy triste y abrumada por todo

lo que “debería hacer” y considera que “son tantas cosas”, que el solo hecho de pensar en ello, “la paraliza y le provoca mucho miedo”. Por esta razón, la terapeuta, la invitó a trabajar en focalizar un objetivo, una meta que sea pequeña, por la cual empezar. De acuerdo con Casabianca y Hirsch (2009), focalizar un aspecto del motivo de consulta y pactarlo como meta a lograr, a través del proceso terapéutico, es un primer paso, que aunque sea pequeño, sin duda es significativo.

Antes de continuar con la formulación de la meta mínima, se le preguntó a la adolescente cuál sería el grado de ansiedad con el que ella podría hacer el intento de exponerse y cuál no, si tuviera una escala del 1 al 10. Julia respondió que el grado de ansiedad con el que ella podría ir al colegio sería 7 y 8 sería el grado que superaría su intento a exponerse. En tal sentido, se acordó con la consultante, una meta mínima, que consistió en ir al colegio durante una semana, permaneciendo en él sólo por una hora, siempre y cuando su ansiedad no supere el 7. La segunda semana se acordó permanecer durante una hora y media con el mismo criterio. A su vez, la terapeuta les solicitó a los padres de Julia, que ellos la acompañen al colegio y que comenten a las autoridades esta modalidad propuesta en el tratamiento psicoterapéutico.

Luego de dos semanas, Julia concurrió a la sesión muy animada, manifestando que, a pesar de mucho esfuerzo, logró asistir al colegio. Durante una semana concurrió una hora por día, tal como habían acordado con la terapeuta y la siguiente semana, permaneció durante dos horas y no una hora y media como le había sido indicado. En respuesta a esta manifestación, la terapeuta procedió realizando una intervención de reformulación. Primeramente la felicitó por el esfuerzo realizado, y luego, le indicó que no asista al colegio más horas de las que se habían propuesto. Expresó: “el querer hacer de golpe, podría generar que la ansiedad se eleve y como consecuencia, es probable que al día siguiente no quieras intentarlo nuevamente”. Hizo hincapié en que continúe enfrentando de a poco y recién cuando se afiance, aumente el tiempo de su exposición.

A continuación, le propuso la utilización de una técnica de respiración, para que ponga en práctica en los momentos en donde su ansiedad se ve elevada. La técnica seleccionada fue la llamada *respiración abdominal*, que consiste en respirar hondo y lentamente, llenando los pulmones y empujando el abdomen hacia afuera y luego exhalando lentamente, enviando el aire usado hacia afuera. Le solicitó que lo practique durante cinco minutos, dos veces por día, durante todos los días, hasta que se vaya apropiando de este tipo de respiración. También, le mencionó los beneficios de la técnica, que incluye, el aumento del aporte de oxígeno al cerebro y a los músculos y la estimulación del sistema nervioso parasimpático, que le promueve un estado de calma y quietud. Tal como sostienen Kaplan y Sadock (2009), este ejercicio forma parte de un componente adicional del tratamiento, que en niños y en adolescentes, se emplea como estrategia efectiva para el control de la propia ansiedad.

Sobre los últimos minutos de la sesión, la terapeuta indagó a Julia en relación a su alimentación y la describió en la historia clínica como “pobre”. La consultante expresó que no se ve delgada y sin embargo se encuentra dentro del bajo peso. Según se consigna en la historia clínica, la joven presenta una altura de 1,65 cm. y pesa 49 kg.

Asimismo, le propuso a Julia continuar con la tarea de registro del “Diario de abordó” e insistió con la práctica de la técnica de respiración.

De la siguiente sesión participaron Julia junto con sus padres. Se procedió a evaluar cuánto se pudo cumplir del plan propuesto. La adolescente comentó que algunos días pudo concurrir al colegio, y otros no. Los padres sostuvieron que no pudieron implementar actividades para que Julia realice cuando no va al colegio. La madre mencionó su intranquilidad frente a las crisis de angustia, que continúan incrementándose los días domingo. La terapeuta, con el objeto de lograr modificar uno de los eslabones de este circuito interaccional, tal como lo proponen Casabianca y Hirsch (2009), realizó una intervención, en la que le prescribió a la

madre, que frente a las crisis de su hija, no trate ni de explicarle, ni de mostrarle su propio sufrimiento, puesto que esto, en general, aumenta la crisis y se va perpetuando el problema. Le sugirió que piense qué hacer diferente, anticipándole que habrá más domingos de crisis y le solicitó al padre, que sea él quien se encargue de acompañar a Julia, en vez de su esposa.

Además, se intervino realizando una reformulación, en relación a la ansiedad que la adolescente siente respecto a su rendimiento escolar, explicándole, tanto a la consultante, como a sus padres, que lo más importante por el momento, consiste en retomar la escolaridad y no, saber si se aprobarán los exámenes en el mes de diciembre. Frente a esta reformulación, Julia dijo tener esperanzas de aprobar las materias en dicho mes y así no tener que rendirlas en el mes de febrero. Insistió nuevamente con el temor a repetir el año.

Continuando con la sesión, la terapeuta indagó a la familia respecto de la alimentación de Julia y también realizó psicoeducación en relación a los trastornos de la alimentación.

Al llegar el mes de diciembre, la adolescente asistió a dos sesiones individuales, en las que manifestó su cansancio y agotamiento, luego de haber rendido seis materias. Su nivel académico fue muy alto, teniendo en cuenta que, en dos exámenes fue calificada con nueve y en los otros cuatro con ocho. Tal como describen Rodríguez et al. (2006), la población infanto-juvenil diagnosticada de TAG presenta preocupaciones acerca del rendimiento escolar/académico y un alto nivel de perfeccionismo, que en el caso de Julia coincide con el exceso desmesurado de exigencia respecto de sus calificaciones.

Comentó además, que se siente angustiada y triste, dado que debe rendir tres materias más, durante el mes de febrero y aún no ha pasado de año. Expresó nuevamente su temor a repetir el año académico.

La terapeuta felicitó a Julia por el logro alcanzado y le manifestó que nadie había dudado de su capacidad. La adolescente respondió con llanto: “Estoy

cansada que todos me digan que yo tengo que enfrentar y que tengo que poder”. “Mi mamá se enojó conmigo porque no rendí todas las materias”.

La terapeuta intervino reformulando: “Por ahora no es momento de pensar en febrero, ni en cómo vas a rendir, sólo vamos a buscar que estés mejor hoy”; y le propuso a Julia la realización de una técnica de visualización, llamada *Un lugar seguro*. Para lo cual, la invitó a cerrar los ojos y visualizar un lugar seguro, un espacio donde ella se sintiera bien. Un lugar, del cual pudiera percibir la iluminación, el aroma del lugar y disfrutar de ese bienestar que le brinda el lugar.

Le sugirió poner en práctica este ejercicio, como así también el ejercicio de respiración, especialmente cuando sienta algún malestar; teniendo en cuenta que pasarán varias semanas hasta verse nuevamente en sesión; debido a la aproximación de las fiestas de fin de año y las vacaciones que Julia realizará con sus padres y hermanos durante el mes de enero de 2015.

Al comienzo del mes de febrero, Julia concurrió junto con sus padres a una sesión en cámara gesell, en la cual, y tal como mencionan los autores Nardone y Watzlawick (1995), el equipo de terapeutas pudo observar la misma detrás del espejo e incluso intervenir en ella.

En un primer momento, la madre comentó que fueron de vacaciones a la costa y que Julia no pudo relajarse porque continuó con el miedo a descomponerse y a rendir los exámenes de febrero. La terapeuta le preguntó a Julia si había utilizado alguna técnica de respiración o de visualización, como las que habían trabajado en terapia. La adolescente respondió con llanto: “sólo en dos oportunidades logré hacerlo; sin embargo, hubieron algunos días en los que la angustia me superó”.

En ese instante entró en la sala el supervisor de la sesión, quién intervino reformulando: “Todo confluye en que, por un lado vos querés salir adelante y por el otro tenés miedo a salir adelante, te da pánico y te quedás. Y esto se va agudizando con cada etapa de tu crecimiento. Parece que esta agudización de

ahora se produce porque estás creciendo. El problema será cada vez más grande, porque a medida que uno crece, también son mayores los problemas. Aparece como miedo al vómito, a descomponerte, a rendir, a repetir, pero, es un miedo más de fondo. Por un lado le venís ganando a ese miedo, pero también sos una cabeza dura, porque alternás entre víctima y tirana, una víctima aterrada y tirana cuando impones o te impones. La cuestión es, si lográs imponerte a vos misma el enfrentar tus miedos”.

A continuación intervino con otra reformulación: “Nadie te puede imponer. Tendrá que ser o no tu momento el de imponerte a vos misma. Algunas cosas te ayudan un poco, como la medicación o la terapia, pero el resto es tomar o no la decisión. Hasta ahora ganó el impulso de seguir y no el miedo. Hasta ahora.”

Julia respondió: “Me podrán decir, pero yo tengo que ver si quiero”.

El supervisor, a través de estas reformulaciones, intentó modificar la visión emocional que experimenta la joven en relación a sus miedos, poniéndola dentro de otro marco, en el cual ella pudiera ver que sólo es ella quien tiene la decisión de imponerse frente a ellos. Tal como sostienen los autores Gomar et al. (2010), las exposiciones a las situaciones temidas, son la oportunidad para afrontar y enfrentar los miedos.

Siguiendo con la sesión, el supervisor realizó una tercera intervención dirigida a toda la familia, sugiriendo: “Julia, si tus padres te apoyan mucho, cuanto más te digan, más será tu miedo. Te ponés más en contacto con tu parte que teme. Esta es una buena edad para oponerte.”

Con estas intervenciones, el supervisor, mediante desafíos, intentó que la paciente pudiera encontrar su propio camino hacia el cambio (Kopec & Rabinovick, 2013).

De igual manera, intentó romper uno de los eslabones del circuito interaccional que mantienen el problema, que se vincula con el apoyo y las

directivas de los padres hacia la hija, que terminan promoviendo a la evitación y a la falta de enfrentamiento de sus temores.

En la siguiente sesión individual, Julia, comentó que rindió las tres materias que le restaban y las aprobó exitosamente. Expresó su alegría y también su ansiedad por comenzar otro año académico.

La terapeuta la felicitó y procedió a intervenir desfocalizando el síntoma, para lo cual comenzó a preguntarle por sus amigas, por los libros que suelen agradarle, y otros temas de su interés. Sin embargo, según consta en la historia clínica, la adolescente volvió a traer temas referentes a su preocupación excesiva, para lo cual la terapeuta insistió en que ella es quién tiene en sus manos la decisión de enfrentar o no su propia vida.

En las sesiones posteriores, se continuaron realizando intervenciones de reformulaciones, sugerencias y refocalizando el síntoma. A pesar de dichas intervenciones y de la inclusión en el tratamiento de técnicas de respiración y de visualización, como así también la incorporación de medicación psiquiátrica; según consta en la historia clínica de la paciente, “aún, no se logró el efecto terapéutico y los objetivos deseados”. La paciente continuó expresando su excesiva preocupación y la permanente aparición de sus temores, que fueron contribuyendo al desarrollo de sus creencias negativas. La falta de control sobre esas creencias, produjeron un aumento considerable del malestar. La adolescente continuó sin poder enfrentar sus temores, y como consecuencia continuó apelando a la evitación conductual, a las repetidas ausencias al colegio. Tal como lo señala Bunge et al. (2008), la permanente atención a esas amenazas generaron conductas de evitación como medida de seguridad.

5.4 Describir la evolución y los cambios de la paciente a lo largo del tratamiento terapéutico.

Según la entrevista mantenida con la terapeuta, la evolución y los cambios de la paciente fueron mínimos a lo largo del tratamiento, debido a la resistencia y a

las desventajas del cambio. Tal como lo expresan Kopec y Rabinovich (2013), los cambios mínimos y más aún los retrocesos, no invalidan al proceso como un todo, sino que se procura entenderlo como la consecuencia de las razones por las cuales no es mejor cambiar o no es mejor hacer.

Durante las primeras sesiones, luego de la segunda admisión, la terapeuta indagó a Julia respecto de los recursos que había utilizado durante su tratamiento anterior y que habían sido eficaces para el enfrentamiento de sus temores a descomponerse, vomitar y desmayarse; como una manera de recordarle a la adolescente, los recursos que hace tres años había podido poner en práctica y que le habían servido para superar la angustia y sobrellevar los miedos.

Julia manifestó no poder utilizar aquellos recursos que le habían sido efectivos hace tres años atrás y que, sólo en algunas oportunidades, el mascar chicle o tomar 7up, fueron una manera de controlar su excesiva ansiedad. Sin embargo, sus miedos actualmente se habían incrementado en número, con lo cual, sus temores no referían únicamente a descomponerse, vomitar y desmayarse, sino que se habían incorporado otros nuevos, tales como, el miedo a los exámenes y a quedarse libre. Con lo cual se vieron sumamente alteradas las áreas social, escolar y familiar de la adolescente. Tal como lo menciona Cía (2007), el TAG presenta un impacto muy importante en estas áreas de desenvolvimiento del individuo.

Durante el mes de octubre, Julia comenzó tratamiento psiquiátrico con la indicación de antidepresivos y ansiolíticos para el tratamiento de la ansiedad generalizada. La paciente comentó que a partir del uso de la medicación, su sueño se regularizó y su ansiedad disminuyó “un poco”, con lo cual algunos días de la semana pudo ingresar al colegio. Sin embargo, sus miedos continuaron permaneciendo, al igual que las crisis que se habían incrementado los días domingo. Cía (1999), considera que el tratamiento farmacológico combinado entre

antidepresivos y ansiolíticos, potencian los efectos de ambos y favorecen al tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Durante el mes de noviembre, Julia mencionó un nuevo miedo, “repetir el año académico”. La terapeuta intervino mediante una prescripción, solicitándole a Julia que concurriera al colegio durante una semana, por el lapso de una hora y a la semana siguiente, que lo hiciera por el lapso de una hora y media. Esta intervención, logró un cambio favorable, dado que la paciente concurrió al colegio la mayor parte de los días. Uno de los recursos aportado por el colegio fue la utilización de una sala, que Julia utilizó para recostarse cuando le dolía el estómago y el gabinete psicopedagógico, en donde la joven encontraba un espacio de contención.

En las siguientes sesiones, la terapeuta le aportó otros recursos que Julia fue incorporando, como la utilización de técnicas, de respiración diafragmática y de visualización de un lugar seguro. De acuerdo con Beyebach y Herrero de Vega (2010), estas técnicas, permiten controlar la respiración y obtener un efecto tranquilizador, con lo cual promueven a la cooperación del paciente con su tratamiento.

Durante el mes de diciembre, Julia pudo presentarse a rendir seis exámenes, que aprobó satisfactoriamente.

Durante el mes de enero, viajó con sus padres de vacaciones al sur y en dos oportunidades pudo enfrentar sus crisis de angustia, mediante la implementación de las técnicas de respiración y de visualización.

En el mes de febrero, se presentó a rendir los últimos tres exámenes, con los cuales aprobó el ciclo lectivo y pasó al último año de educación polimodal.

A partir del mes de marzo y continuando con los meses de abril y mayo, la terapeuta intervino principalmente refocalizando el síntoma, sin embargo, Julia continuó manifestando sus miedos, sin lograr enfrentarlos, resistiéndose al

cambio. La terapeuta, tal como mencionan Kopec y Rabinovich (2013), no procedió a luchar contra esa resistencia, sino que se alió a la misma e intervino, dejando que ella misma sea quien decida si desea enfrentar o no esos temores. Sus padres, por su parte, tal como consta en la historia clínica de la paciente, no fueron lo suficientemente cooperativos en el tratamiento; por lo tanto, la consultante continuó evitando, retirándose del colegio o ausentándose al mismo y rechazando toda sugerencia que implique el desarrollo de su red social.

6 CONCLUSIONES

El presente trabajo final integrador pretendió describir, desde el abordaje sistémico estratégico focalizado, el desarrollo del tratamiento de un caso de una adolescente diagnosticada con trastorno de ansiedad generalizada.

El estudio del caso se realizó tomando datos de la historia clínica de la paciente, entrevistando a la terapeuta y observando las grabaciones de las sesiones en cámara gesell. La terapeuta, como el equipo de supervisión a cargo, y la institución en general, mostraron siempre muy buena predisposición, en tanto que, facilitaron todo el material necesario que favoreció a la realización de este trabajo. Se procedió a realizar un recorte temporal de análisis, desde la admisión de la paciente en el mes de septiembre de 2014, concluyendo el mismo, el mes de mayo de 2015.

En relación a la descripción de la sintomatología de la paciente; cabe destacar la presencia de claros signos de ansiedad. En las sesiones grabadas en cámara gesell, pudieron observarse comportamientos de inquietud y los constantes movimientos, mientras la paciente se encontraba sentada. Asimismo, las expresiones emocionales de llanto y sus manifestaciones de angustia, dieron cuenta de sus numerosos miedos, tales como, descomponerse, vomitar, rendir exámenes, quedarse libre y/o repetir el año académico. Miedos, que le cuesta enfrentar y por lo cuales procede a la evitación.

La suma de estos miedos, ha hecho que la paciente en forma progresiva, comience, primeramente a retirarse del colegio, luego ausentarse del mismo; y por último a quedar libre, teniendo que rendir las materias del año lectivo en forma libre, durante los meses de diciembre y febrero. Su casa dejó de ser un lugar “seguro”, puesto que la ansiedad continuaba allí y se fueron incrementando las crisis de angustia, especialmente los días domingo y lunes.

Esta situación se generalizó de tal manera, que, tal como lo menciona Bulacio (2011), se transformó en una respuesta rígida, disfuncional y desadaptativa, que alteró significativamente el área escolar, social y familiar de la paciente.

Con las distintas intervenciones terapéuticas llevadas a cabo durante el periodo de tratamiento analizado; la paciente ha logrado, aunque en forma mínima, algunos cambios favorables en su conducta. Mediante las estrategias terapéuticas, que forman parte del modelo sistémico de tratamiento estratégico focalizado, la terapeuta y su equipo de supervisión, han empleado distintas intervenciones, como reformulaciones, prescripciones, sugerencias, desafíos y refocalización del síntoma. Así como también, psicoeducación, técnicas de relajación y visualización y tareas entre sesiones.

La paciente ha podido concurrir al colegio y permanecer en él durante un lapso de tiempo de hasta dos horas. Ha podido rendir exitosamente las materias durante los meses de diciembre de 2014 y febrero de 2015, aprobando el año lectivo. Asimismo, durante el viaje familiar de vacaciones al sur, la paciente pudo utilizar las técnicas de respiración y visualización durante al menos dos episodios de angustia.

A pesar de estos cambios positivos, la mejoría ha sido relativa, y no exenta de avances y retrocesos. Al momento de concluir este trabajo, el tratamiento continuó sin que se hayan logrado en forma definitiva los objetivos propuestos. La paciente continuó manifestando sus miedos, permanecieron las crisis de angustia,

especialmente los días domingo y lunes, y se reanudaron las ausencias al colegio. A esto se sumó la falta de colaboración de los padres, que desde este modelo, es fundamental para el logro del cambio.

Una posible línea de intervención futura podría incluir sesiones con los padres de la paciente, en las cuales, se les pueda brindar psicoeducación, en relación al trastorno de ansiedad generalizado que presenta la adolescente e intervenir con sugerencias y/o prescripciones que pudieran ser beneficiosas para el logro del cambio. De acuerdo con Kaplan y Sadock (2009), un enfoque terapéutico exhaustivo, debería incluir psicoterapia, educación familiar e intervención psicosocial familiar; ya que suelen ser claves en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, especialmente en niños o adolescentes que rechazan ir al colegio, de modo que se mantenga un estímulo fuerte para asistir al mismo, al tiempo que se proporcione el apoyo adecuado. De tal modo que un plan de tratamiento implicaría al adolescente, a los padres, a los compañeros y al colegio.

Asimismo, y teniendo en cuenta que la adolescente no pertenece a ningún grupo de pares, se podrían proponer ciertas tareas o actividades, indagando en primera instancia cuáles son sus hobbies, o deportes preferidos; de tal manera que la paciente logre comprometerse con una actividad y de esta manera, acceder al desarrollo de una red social más amplia, ya que esta excesiva ansiedad no deseada, la ha llevado a evitar situaciones que le causan ansiedad, como concurrir al colegio y encontrarse con amigos fuera de la institución escolar. Esto ha afectado negativamente a su adecuado desarrollo y tal como lo indican los autores Gomar et al. (2010), cuando la ansiedad lleva a evitar situaciones acordes a la edad, como concurrir al colegio o socializar con pares, generalmente se considera un trastorno que necesita de una intervención.

En cuanto a su conducta alimentaria, pudo observarse, que la paciente no registra su bajo peso y dados sus temores a descomponerse o vomitar, no

desayuna, se alimenta mínimamente, y no comparte salidas familiares a restaurantes o bares. En este sentido, se podría indagar un poco más respecto de esta sintomatología, ya que pudiera ser compatible con algún trastorno de la alimentación. Tal como lo mencionan Sanderson y Wetzler (1991), investigaciones, en las cuales se evaluó la comorbilidad del TAG, han concluido que, la mayoría de los pacientes en tratamiento, cuyo diagnóstico principal es el TAG, tienen otros trastornos en comorbilidad.

En función del análisis realizado, se considera que el tratamiento ha sido adecuado, en cuanto a su abordaje y a las técnicas utilizadas en relación con la problemática que la paciente presenta. Cabe destacar, que el rol de la familia es de fundamental importancia para este modelo, y la falta de colaboración de los padres, ha ido en detrimento del cambio; ocasionando cierto retroceso en el tratamiento. Se sugiere incluir sesiones sólo con los padres de la paciente, para intervenir psicoeducativamente y sugerir o prescribir acciones nuevas, con las cuales se pueda interrumpir el circuito interaccional, que es el que mantiene y perpetúa el problema, tal como lo describen Casabianca y Hirsch (2009).

Por último, la práctica profesional, ha complementado exitosamente la formación académica, de tal manera que permitió un acercamiento a la experiencia de trabajo; y el estudio del caso clínico, descrito en este trabajo final integrador ha sido muy enriquecedor, ya que no solamente se analizó un abordaje terapéutico, sino que se posibilitó, a partir de una posición profesional, brindar un aporte propio.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D. (1988). *Anxiety and its Disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford
- Beck, A., & Clark, D. (2011). El modelo cognitivo de la ansiedad: reformulación e implicaciones para el tratamiento. En R. Rodríguez Biglieri & G. Vetere (Eds.). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad*. (65-99). Buenos Aires: Polemos.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw: Desclee de Brouwer
- Beyebach, M., & Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. España: Herder.
- Biglieri, R. R. & Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Bulacio, J. M. (2011). *Ansiedad, Estrés y práctica clínica. Un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Akadia Editorial
- Bulacio, J. M. (2012). *Y+O Entre la peligrosidad de la vaca y la calidad de vida*. Buenos Aires: Akadia Editorial
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil J. (2008). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos*. Buenos Aires: Akadia Editorial.
- Carranza, V. E. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la terapia familiar. *Apuntes de Psicología*, 27(2), 247-259.
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo m.r.i.* Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.

- Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.
- Cía, A. H. (1999). *Estrategias para superar el pánico y la agorafobia. Manual práctico de recursos terapéuticos*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía, A., & Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Perspectivas en psicología*, 1(2), 183-194.
- Córdoba, A. H. (2007). Trascender los dilemas del poder y del terapeuta como experto en la psicoterapia sistémica. *Universitas Psychologica*, 6(2), 285-293.
- Fize, M. (2004). *¿Adolescencia en crisis?. Por el derecho al reconocimiento social*. México: Siglo XXI.
- Furlan, L. A. (2013). Eficacia de una intervención para disminuir la ansiedad frente a los exámenes en estudiantes universitarios. *Revista colombiana de psicología*, 22(1), 75-89.
- Gomar, M., Mandil, J., & Bunge, E. (2010). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2009). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica*. Madrid: Panamericana.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Panamericana.
- Kopec, D., & Rabinovich, J. (2013). *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica*. Buenos Aires: Dunken.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1995). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Editorial Herder
- Pereira, R. (2011). *Adolescentes en el siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder*. Madrid: Morata.

- Rausch, L, Rovella, A., Morales de Barbeza, C., & Gonzalez Rodriguez, M. (2011). Procesos cognitivos del trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(2), 215-226.
- Rodríguez, J. O., Rodríguez, J. A. P., & Alcázar, A. I. R. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual de una adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Terapia psicológica*, 24(1), 87-98.
- Sanderson, W., & Wetzler, S. (1991). Chronic anxiety and generalized anxiety disorder: Issues in comorbidity. En R. M. Rapee & D. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: generalized anxiety disorder and mixed anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE