

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final de Integración

“Tratamiento de Trastorno de Ansiedad Generalizada desde el abordaje Sistémico Estratégico”

Autor: Ayala Pamela

Tutora: Dra. Ramos Mejía Gabriela.

Fecha: 04/09/2018

Índice

1. Introducción.....	4
2. Objetivos.....	5
2.1. Objetivo general.....	5
2.2. Objetivos específicos.....	5
3. Marco Teórico.....	6
3.1. Terapia Breve Estratégica.....	6
3.1.1. Presupuestos teóricos en la terapia sistémica.....	8
3.1.2. Fundamentos de la terapia breve estratégica.....	8
3.1.3. La escuela interaccional del MRI (Mental Research Institute).....	8
3.1.4. El concepto de cambio en la terapia breve.....	8
3.1.5. Intervenciones terapéuticas.....	10
3.1.6. Maniobras de cierre en terapia.....	
3.2. Ansiedad.....	11
3.3.1. Generalidades y supuestos teóricos	
3.3.2. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad.....	13
3.3. Trastorno de Ansiedad Generalizada	
3.3.1. Generalidades y supuestos teóricos.....	18
3.3.2. Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	20
4. Metodología.....	20
4.1. Tipo de Estudio.....	25
4.2. Participante.....	26
4.3. Instrumentos.....	26
4.4. Procedimientos.....	26
5. Desarrollo.....	27
5.1. Presentación del caso.....	27
5.2. Describir sintomatología de un paciente adulto con trastorno de ansiedad generalizada.....	29
5.3. Describir las intervenciones realizadas por el terapeuta a un paciente adulto con trastorno de ansiedad generalizada, desde el abordaje sistémico estratégico focalizado....	31

5.4 Describir la evolución y los cambios producidos durante el tratamiento en un paciente adulto con trastorno de ansiedad generalizada, desde el abordaje sistémico estratégico focalizado.....	35
5.5 Describir las maniobras de cierre realizadas por el terapeuta a un paciente adulto con trastorno de ansiedad generalizada, desde el abordaje sistémico estratégico.....	38
6. Conclusión.....	41
Referencias Bibliográficas.....	44

1. Introducción

El presente trabajo, surge a partir de las prácticas de habilitación profesional, realizadas para la carrera de Psicología. Esta se llevó a cabo en una institución sistémica que se dedica al trabajo en áreas de investigación en psicoterapia, capacitación y supervisión de profesionales en la disciplina y atención de salud mental en el área clínica.

Los objetivos de dicha institución son: difundir, investigar y capacitar profesionales en la aplicación del pensamiento sistémico y la Teoría de la Comunicación focalizada en la resolución de problemas.

En dichas prácticas se permitió a los pasantes la observación de material fílmico de admisiones, el acceso a presenciar entrevistas de admisión y supervisión realizadas por profesionales en cámara gesell, y la asistencia a cursos dedicados a la formación de psicoterapeutas. La duración de estas actividades teórica- prácticas fue de 280 horas en total.

El caso elegido, fue seleccionado a partir del acceso a la historia clínica de un paciente de la institución que sufre trastorno de ansiedad generalizada.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Describir el tratamiento de un caso de paciente de 34 años con trastorno de ansiedad generalizada, desde el abordaje sistémico estratégico focalizado.

2.2 Objetivos específicos

Describir sintomatología de un paciente adulto con trastorno de ansiedad generalizada.

Describir las intervenciones realizadas por el terapeuta a un paciente adulto con trastorno de ansiedad generalizada, desde el abordaje sistémico estratégico focalizado.

Describir la evolución y los cambios producidos durante el tratamiento en un paciente adulto con trastorno de ansiedad generalizada, desde el abordaje sistémico estratégico focalizado.

Describir las maniobras de cierre realizadas por el terapeuta a un paciente adulto con trastorno de ansiedad generalizada, desde el abordaje sistémico estratégico.

3. Marco Teórico

3.1 Terapia Breve Estratégica

3.1.1. Presupuestos teóricos en la terapia sistémica

Para poder dar una panorámica más holística de la terapia breve estratégica es necesario mencionar, de manera resumida, algunos de los conceptos principales del paradigma sistémico. Estos aportes pertenecen a diversos campos y autores, pero sintéticamente se puede mencionar a: la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética y a los desarrollos de los pragmáticos de la comunicación (Camacho, 2005).

Bertalanffy elabora la Teoría General de los Sistemas (1968), y define al sistema como un conjunto de objetos o elementos, que se relacionan entre sí. Cada uno de estos elementos puede ser considerado un subsistema, es decir un conjunto de partes e interrelaciones que se encuentran estructural y funcionalmente dentro de un sistema mayor y que posee sus propias características. De esta manera, se considera que existe una interdependencia entre los componentes y la posibilidad de un cambio a través de la reversibilidad de la relación. El autor diferencia un sistema abierto de uno cerrado. Un sistema abierto, es un sistema que intercambia constantemente información o energía de algún tipo con el medio o con otros sistemas. En cambio, un sistema cerrado es aquel que no intercambia información con el medio, y se encuentra aislado del contexto.

Según Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano (2016), los sistemas poseen tres propiedades principales: la *totalidad*, implica que la modificación de un elemento o alguna relación dentro del sistema provoca la modificación de todo el sistema, ya que sus acciones están relacionadas mediante pautas de interacción; la *retroalimentación* es la propiedad del sistema que explica como la conducta de cada elemento del sistema influye los demás como feedback positivo o negativo; y la *equifinalidad* que hace referencia a como se puede llegar a una misma pauta de interacción a partir de distintos puntos de partida y procesos.

La Cibernética es la responsable de llevar a cabo el concepto de la retroalimentación, la cual, como se mencionó anteriormente, puede ser positiva o negativa. La retroalimentación negativa se caracteriza por la homeostasis (estado constante) donde el sistema recoge información del medio y se autorregula manteniendo la estabilidad de las relaciones, es decir evitando cambiar la manera en que se relaciona con él. En la retroalimentación positiva el sistema toma en cuenta la información del exterior cambiando la forma en que

responde al medio, perdiendo el equilibrio o estabilidad (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1993). En el modelo sistémico se emplea la causalidad circular, de manera que cuando varios elementos están en interacción, el comportamiento de uno de ellos es causa para el elemento que le sigue, en el circuito de interacción (Wittezalae, & Garcia, 1994).

Otra influencia para este modelo, es la teoría de la mente de Bateson. El autor plantea que lo mental es un proceso que no puede entenderse aisladamente, sino que se debe considerar a la mente como un sistema, con relaciones múltiples y simultáneas entre sus elementos y con el observador (Wainstein, 2002). El autor propone la noción de contexto, como elemento fundamental de toda comunicación y significación. Plantea que no se debe aislar el fenómeno de su contexto, ya que cada fenómeno tiene sentido y significado dentro del contexto en el que se produce (Bateson, 1976). Su enfoque toma en cuenta la interacción entre los sujetos y como esto influye en la conducta. En otras palabras, el autor refiere como la conducta de una persona, puede ser comprendida en función del comportamiento de las demás personas en el sistema, sus reacciones y el contexto en que ocurre (Des Champs, 1995).

Una de las principales características del modelo sistémico es su énfasis en la comunicación. Centrarse en la comunicación permite estudiar la interacción, lo que ocurre entre las personas, en lugar de lo que ocurre dentro de ellas (Feixas et al., 2016). Watzlawick, Beavin y Jackson (1993) sostienen que la pragmática tiene que ver con los efectos de la comunicación sobre la conducta de un individuo, en el intercambio con otro. Desde esta línea, formulan los *axiomas de la comunicación* planteando, en primer lugar, la imposibilidad de no comunicar, ya que en un sistema dado, toda conducta de un individuo en una situación tiene un valor de mensaje para los demás; en segundo lugar, plantean la necesidad de diferenciar entre los niveles de contenido del mensaje y los aspectos relacionales entre los comunicantes; el tercer axioma, hace referencia a la puntuación de la secuencia de los hechos, es decir que al momento de la definición de una interacción ésta está siempre condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes, debido a que todo comportamiento influye y, a la vez, es influenciado por los comportamientos de los demás; el cuarto axioma apunta a la existencia de dos tipos de comunicación, la digital permite transmitir noticias, comunica contenidos y la analógica es la comunicación no verbal, donde se presta atención a cómo se dice el mensaje; el último

axioma establece que toda relación de comunicación puede ser simétrica o complementaria, la primera se caracteriza por la igualdad o la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria se basa en una alta diferencia.

Los axiomas permiten comprender que la comunicación no es un concepto unidireccional en el que existe una acción y una reacción, sino que se trata de un fenómeno más complejo que debe ser pensado desde un enfoque sistémico (Rizzo, 2011).

Estos presupuestos teóricos sistémicos, hacen posible el desarrollo de distintas modalidades de abordar y pensar la clínica. Desde este campo, si bien existe gran cantidad de escuelas sistémicas, se pueden nombrar tres grandes escuelas tradicionales: la escuela Estructural encabezada por Minuchin, la escuela de Milán con Palazzoli como su máxima figura y la escuela de Palo Alto, con Watzlawick y Bateson entre sus exponentes más reconocidos (Camacho, 2005). La escuela Estructural estratégica, toma especialmente en cuenta cómo se organiza la familia, sus jerarquías, interdependencia y los roles que conforman la estructura del sistema. Por otro lado, la escuela de Milán, trabaja principalmente con el significado que la familia tiene respecto del síntoma y del paciente. La escuela de Palo Alto se enfoca en los procesos de interacción, es decir en las secuencias repetitivas de conducta en las que el comportamiento problema del individuo, está inscrito (Casabianca & Hirsch, 1992). Si bien existen varias escuelas sistémicas, en el presente trabajo se abordará el modelo sistémico estratégico de Palo Alto y a continuación, se desarrollarán sus principales directrices.

3.1.2 Fundamentos de la terapia breve estratégica

Una escuela sistémica reconocida es la escuela interaccional del *Mental Research Institute* (MRI), o Escuela de Palo Alto la cual es fundada en 1959 por Jackson, Riskin y Satir. Si bien Bateson nunca forma parte del equipo, salvo como consultor, esta institución representa una continuidad de sus ideas (Cazabat, 2007).

En 1962, cuando Bateson termina su proyecto en el instituto, Watzlawick continúa con las investigaciones, sentando las bases de una pragmática de la comunicación, entendiendo esta teoría como aquellas acciones que componen una comunicación y sus efectos en las personas que forman parte de ella, desde un punto de vista interaccional (Wittezaele, & Garcia, 1994). Uno de los grandes aportes de la escuela de Palo Alto es comprender mejor

la comunicación, definiéndola como un sistema abierto de interacciones, situada en un contexto determinado y como un proceso permanente y de carácter holístico, es decir como un todo integrado (Rizzo, 2011).

En Enero de 1967, Fisch propone a Jackson, en ese entonces director del MRI, la creación de un proyecto para desarrollar un modelo de terapia breve. Este proyecto da inicio al *Brief Therapy Center* (Centro de Terapia Breve), al que luego se suman Weakland, Watzlawick y Bodin. Este grupo crea lo que actualmente se conoce como el *modelo de Palo Alto*, generando un cambio radical en la psicoterapia al crear un modelo de terapia breve simple, efectivo y eficaz, para ayudar a la gente a producir un cambio (Cazabat, 2007).

Los encuentros entre Haley, Weakland y Erickson tienen un gran impacto sobre el grupo de Palo Alto. Las ideas de Erickson plantean que, lo esencial en la clínica, tiene que ver con cuestionarse la manera de inducir un cambio en el paciente. Haley por otro lado, destaca por ser uno de los primeros en dar inicio a la psicoterapia estratégica, enfoque que es la base de la terapia breve y que luego elabora el grupo de Palo Alto (Wittezaele, & García, 1994).

Según Haley (2012):

Una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre dentro de ella y diseña un enfoque particular para cada problema. Cuando se encuentran un terapeuta y una persona con un problema, la acción que tiene lugar está determinada por ambos, pero en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta. Este debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas y por último evaluar el recuerdo de la terapia para ver si ha sido eficaz (p. 17).

Watzlawick (2000), sostiene que existen dos premisas principales que diferencian a este modelo, del resto de los enfoques psicoterapéuticos. La primera premisa consiste en aceptar los problemas de los pacientes en la forma en que son presentados, éstos consisten en comportamientos tan perturbadores y desadaptados, que lo llevan buscar ayuda para cambiarlos. La segunda premisa que establece el autor es que, si la interacción entre los miembros de un sistema social se considera como determinante para el comportamiento actual, se puede inferir que un cambio, o modificación de cualquier miembro de ese

sistema, resulta en una modificación de la conducta del resto de los miembros de ese sistema.

Este modelo, como se menciona anteriormente, hace énfasis en la pragmática de la comunicación, la cual refiere a las acciones que componen un hecho comunicacional y los efectos que tiene esta interacción en las personas que forman parte de ella, de este modo las personas se influyen entre sí, en función al mensaje que tiene su conducta (Feixas et al., 2016). En la terapia estratégica, el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en los consultantes, ya que es él quien debe planear una estrategia de acción (Hernandez, 2007). Al influir de este modo, es posible aumentar las probabilidades de que el paciente acepte o realice, las directivas planteadas por el terapeuta (Cade, & O'Hanlon, 1995).

El enfoque estratégico breve presupone que el consultante reconoce lo que es bueno para él y que posee los recursos para lograr el bienestar, por lo cual se recurre a utilizar todo aquello que el individuo es y que lo rodea (valores, historia, resistencias, etc.), de esta manera el terapeuta puede ayudarlo a que logre tener una vida más satisfactoria (Hernandez, 2007).

3.1.3 Modelo de Palo Alto

La terapia breve de Palo Alto se separa por completo de la concepción de la Psicoterapia como el descubrimiento de sí mismo y de las cuestiones existenciales, para centrarse en el sufrimiento de la vida cotidiana. Su tarea consiste en permitir a los pacientes hallar lo más rápidamente posible la forma de continuar con su vida, sin encontrarse constantemente con las mismas dificultades que lo detienen (Wittezae, & Garcia, 1994).

El grupo de Palo Alto se separa de la terapia familiar y busca una manera de abordar los problemas de los consultantes sin necesidad de ver a toda la familia: el sistema se define a partir de las personas involucradas en el problema presentado (Cazabat, 2007).

Este modelo comparte con los otros modelos sistémicos varias premisas:

1) La conducta de todo individuo es función de la conducta de otros individuos con los que mantiene relaciones. Por ende, si el comportamiento de alguno de ellos se altera, también cambiará el del primero (siempre dentro de los márgenes de su potencial personal).

- 2) Los individuos que mantienen relaciones más o menos estables pueden ser vistos como miembros de un sistema.
- 3) Los miembros de un sistema significan sus conductas.
- 4) Las conductas en un sistema se organizan en torno a dos ejes; interdependencia y jerarquía.
- 5) Todo sistema puede ser visto desde la óptica del interjuego de dos tendencias opuestas; a favor del cambio y a favor de la estabilidad (Casabianca, & Hirsch, 2009).

La duración de la terapia estratégica es normalmente breve, menor a 20 sesiones y está orientada a la extinción de los síntomas y a la resolución del problema. Plantea una reestructuración del modo de percibir la realidad y de las reacciones comportamentales derivadas del paciente (Watzlawick, & Nardone, 1992).

En la terapia breve estratégica el *foco de análisis* está puesto en los procesos, es decir en las secuencias repetitivas de conductas, en las que se inscribe el comportamiento problema. El *foco de intervención*, se centra en el miembro del sistema más motivado a provocar el cambio es decir, se presta atención a qué comportamiento y de qué miembro del sistema desencadena la conducta problema y quiénes tienen el propósito de solucionarlo.

Lo que se intenta modificar, u *objeto de cambio* es la secuencia de conductas, que se refuerzan mutuamente en el intento de solucionar el problema, esto es, el ciclo autoperpetuante (Casabianca, & Hirsch, 2009). En otras palabras, para resolver el problema, se debe romper el sistema circular de retroacción que lo mantiene, redefinir la situación y cambiar las percepciones y concepciones del mundo, que llevan a la persona a adoptar respuestas disfuncionales. Se visualiza a la conducta problema en contexto, es decir, dentro del sistema en el cual los individuos que lo conforman, promueven con sus acciones la permanencia del mismo (Watzlawick, & Nardone, 1992). Desde este enfoque se entiende que no hay circuitos buenos o malos, sino funcionales o disfuncionales y se interviene a fin de prescribir conductas planificadas para el logro del objetivo de cambio (Casabianca, & Hirsch, 2009).

Para este modelo, el *lugar del cambio* ocurre principalmente fuera de la sesión es decir, interviene en aquello en lo que los consultantes hacen en su vida cotidiana y no dentro del contexto terapéutico. Y las *intervenciones* son aquellas conductas implementadas por el

terapeuta, previamente planificadas, para lograr un cambio en el consultante (Casabianca, & Hirsch, 2009).

El proceso terapéutico es conformado por cuatro etapas fundamentales que deben ser cumplidas en el marco terapéutico: la admisión, las sesiones, el cierre y el seguimiento. La etapa inicial es la *admisión*, (con previa pre-entrevista en donde se obtiene información preliminares) se reúnen los datos para conocer lo que aqueja al paciente; se co-construye con él un motivo de consulta; considerando su problema en términos de conductas observables. A partir de esto, es posible para el terapeuta elaborar un plan de tratamiento, demarcando claramente, los objetivos de la terapia. En el transcurso de las *sesiones*, se controla cómo va el proceso de cambio del paciente en relación con el motivo de consulta. Es necesario verificar los avances, aunque sean pequeños, y que éstos sean resaltados por el terapeuta (amplificación del cambio) ya que, de esta manera se alienta al paciente a seguir avanzando. Luego en el *cierre*, cuando el paciente alcanza sus objetivos, el terapeuta debe ser cauto al respecto y predecir posibles recaídas, connotándolas de manera positiva. Así, si tales recaídas ocurren, no serán vividas por el paciente como un fracaso sino como un paso más del proceso. Una vez establecidos los cambios se puede cerrar el tratamiento, pero se deja la puerta abierta para posibles futuras consultas. Por último, en el *seguimiento* se evalúan los resultados y se verifica mediante un llamado telefónico (o encuesta por mail) si los resultados logrados se mantienen en el tiempo (Kopec, 2007).

La tarea principal del terapeuta en el proceso terapéutico, es la de ser un agente activo de cambio, quien tiene la responsabilidad de considerar el cambio más estratégico en las soluciones intentadas y elaborar estrategias que estimulen dichos cambios. Además de poseer la capacidad para que el consultante le comunique información y lleve a la práctica las sugerencias o tareas encomendadas (Fisch, Weakland, & Segal, 1984). Es necesario además remarcar la capacidad del sujeto o sus habilidades al lograr los objetivos, para consolidar de esta manera, su autoestima y los recursos de los cuales ahora es más consciente (Watzlawick, & Nardone, 1992).

Si bien las escuelas sistémicas tienen en común que su objetivo terapéutico es que, sus consultantes modifiquen sus conductas y sus relaciones con el entorno, se diferencian principalmente, en cómo lograr ese cambio (Beyebach, & Herrero de Vega, 2010).

3.1.4 El concepto de cambio en la terapia breve

En la escuela de Palo Alto, se recurre a la teoría de los grupos y a la teoría de los tipos lógicos para explicar el cambio. La teoría de los grupos ofrece una analogía que permite ilustrar como ciertas acciones que lleva a cabo el individuo que suponen un cambio benéfico, ponen en marcha unos mecanismos reguladores homeostáticos que retorna el equilibrio anterior. La teoría de los tipos lógicos permite explicar el cambio de estructuras en un sistema, teniendo en cuenta no solo elementos de manera individual, sino el conjunto del sistema. De este modo, el primero permite asimilar el cambio que se produce en el interior de un conjunto que permanece igual, este será llamado *Cambio 1*; el segundo permite comprender la relación de los elementos y el cambio que constituye el paso de un tipo lógico a otro. Es decir el cambio del sistema mismo, llamado *Cambio 2* (Wittezaele, & Garcia, 1994).

Desde esta perspectiva, la terapia se centra en las *soluciones intentadas* y en detener o cambiar, las soluciones que usualmente han servido para exacerbar la situación. Se basan en que, una vez bloqueado el circuito de retroalimentación que mantiene el problema, se puede acceder a una mayor gama de conductas (Cade, & O'Hanlon, 1995). Se dirige una mirada interaccional sobre el método de cambio, lo que permite llegar a formalizar una *teoría de la intervención* que se basa en la eficacia de una relación terapeuta-paciente con un objetivo: el cambio de conducta anhelado por el paciente (Wittezala, & Garcia, 1994).

Watzlawick (2000) afirma que, la tarea de la terapia breve consiste en ayudar al paciente a hacer algo distinto, cambiando su comportamiento y/o su interpretación de tal comportamiento o situación, con el objetivo de lograr una solución a su trastorno. Es trabajo del terapeuta organizar las interacciones de tal forma, que ayuden al paciente a pasar del estadio en que su problema no podía ser resuelto, a un estadio más saludable y libre de los síntomas (Wainstein, 2000).

Wainstein (1995) explica que, es en la estructura del mensaje, es decir en las palabras y las frases elegidas en la conversación, que se atraviesan las variadas realidades del paciente: la de su pensamiento, la de su lenguaje, la del patrón sistemático de interacción y la de su estrategia de interacción con el observador. De este modo, para intervenir eficazmente es necesario que el terapeuta esté atento al lenguaje y actitud del consultante frente al problema, la terapia, a sus creencias y valores. Ya que estos valores y modos de

pensar del paciente se utilizan en terapia, con el fin de realizar un cambio en la manera de afrontar el problema y romper con el círculo autoperpetuante que no lleva a la solución del problema (Weakland, 2000).

Es necesario para lograr el cambio, que la motivación del consultante para resolver el problema sea amplificada y/u orientada, especialmente a través de los individuos que ejercen mayor influencia en el sistema. El modelo de Palo Alto selecciona en terapia aquellos miembros del sistema más motivados para la resolución del problema debido a que el cambio en uno o más miembros, favorece el cambio en el resto (Casabianca, & Hirsch, 2009).

Además de la motivación del paciente, es también necesario que el terapeuta conduzca al paciente a identificar sus habilidades, fomente la autoeficacia de las personas, y las remarque durante todo el tratamiento, para lograr la disponibilidad del cambio. Ya que, en la medida en que una persona incrementa su sentido de competencia y eficacia en un contexto específico, a través de la terapia, será mayor su disponibilidad de cambio y se obtendrán mejores resultados en el tratamiento (Hewitt, & Gantivas, 2009)

El mecanismo pertinente para favorecer el cambio son las estrategias elaboradas por el terapeuta. Este elige los medios convenientes para formular un plan de acción, por medio de las intervenciones, las cuales son cuidadosamente elegidas para el consultante (Hernandez, 2007).

3.1.5 Intervenciones terapéuticas

Las intervenciones estratégicas son aquellas conductas del terapeuta que son planificadas específicamente para lograr el cambio. Apuntan al cumplimiento de objetivos acordados entre el terapeuta y el consultante, y se relacionan con el problema presentado por este último. Para poder llevar a cabo esta tarea se deben fijar metas, diseñar intervenciones, examinar las respuestas obtenidas y evaluar los resultados (Casabianca, & Hirsch, 2009). Al llevar a cabo este tipo de intervenciones se considera de gran importancia para el modelo intervenir del modo más rápido y eficiente posible (Wainstein, 2006).

Casabianca y Hirsch (2009) enumeran cuatro tipos básicos de intervenciones: a) *Reformulación*: adjudicación de significado realizada por el terapeuta acerca de las conductas relacionadas con el motivo de consulta, que tenga la pretensión de cambiar la

percepción del consultante acerca de las mismas. b) *Sugerencias*: acciones alternativas propuestas por el terapeuta en las que el consultante conserva el margen de no aceptarlas sin que ello implique una negativa al cambio en el proceso terapéutico. c) *Prescripciones o tareas*: indicaciones de conductas explícitas con el objeto de ser cumplidas por el consultante o desafiadas, a fin de ayudar al progreso terapéutico, el ejemplo típico de esta intervención son las tareas terapéuticas. d) *Preguntas*: destinadas a estimular un cambio en el motivo de consulta y que pueden ser a su vez directas, reflexivas o circulares dependiendo del tipo de problema y estrategia del terapeuta.

Desde este enfoque, las relaciones humanas están organizadas como un lenguaje. Las intervenciones terapéuticas, constituyen una comunicación de ese lenguaje. Ese metalenguaje dirige su curso a generar opciones de conducta, que hasta ese momento no se tomaron en cuenta (Wainstein, 1995). Es esencial para una intervención terapéutica eficaz que, el terapeuta preste atención al lenguaje y a la actitud del consultante, ya que el objetivo es utilizar estos puntos de vista y valores que el paciente lleva a terapia, para poder realizar un cambio en su manera de afrontar el problema, e interrumpir el círculo vicioso entre problema y solución (Waintein, 2006).

Se denomina *reestructuración o reformulación* a la modificación exitosa de marco de referencia del consultante. Es decir, aquel significado y valor que una persona, en un principio, atribuía a un aspecto particular de la realidad que explicaba su dolor y sufrimiento, y que logra cambiar su posición al respecto de tal manera que, crea una realidad diferente, la cual hace posible las intervenciones terapéuticas (Watzlawick, 2000). En este sentido, no se trata de modificar hechos, sino la visión que el paciente tiene de ellos. Un *reencuadre* solo tiene éxito si se toma en cuenta las opiniones, el marco conceptual de los problemas que hay que modificar (Wittezaele, & Garcia, 1994).

En otras palabras, toda terapia consiste en por lo menos la utilización de una *redefinición* es decir, una nueva atribución de significado a una situación, hecho o conducta, que permite al consultante abordar el problema de una manera más innovadora. Muchas veces se hace uso de dichos o metáforas que confirmen nuestras intervenciones, y de esta manera se acorta camino, y se logra un mayor grado de cercanía con el lenguaje del cliente. Al utilizar dichos o frases breves y ricas en significados, que confirmen las intervenciones, se puede lograr un mayor impacto y cercanía con el paciente, y ayuda a que

el mensaje llegue de forma clara, se integre con la visión del paciente y sea fácil de recordar (Figueroa, 2007).

Desde el modelo estratégico breve, el terapeuta posee un papel activo y debe guiar la sesión, dirigir las preguntas y proponer algunas tareas para que de esta manera el paciente pueda aprender nuevos significados y comportamientos alternativos (Wainstein, 2000).

Las *prescripciones de comportamiento*, o *tareas* son un tipo de intervención que un terapeuta hace a sus consultantes para que éstos realicen, dentro o fuera de la sesión, con el objetivo de cortar el circuito de un problema. Las prescripciones pueden ser directas o indirectas; las de tipo *directo* son indicaciones claras de acciones, que el consultante debe cumplir y que básicamente apuntan a modificar la conducta de manera directa; las de tipo *indirecto*, son aquellas tareas que se dan cuando se indica el cumplimiento de una acción, con el fin de lograr algo distinto a lo que se ha declarado, es decir se intenta modificar la conducta de manera indirecta (Watzlawick, & Nardone, 1992).

Las tareas están orientadas a provocar un cambio en el consultante, y son un puente entre el trabajo de sesión a sesión. Permiten concretar una estrategia terapéutica y examinar el estado de disposición para el cambio, que tiene consultante. Éste puede desplegar en ellas sus propios recursos y ser más activo en el proceso terapéutico. Existe un gran abanico de posibilidades para implementarlas, dependiendo tanto de la alianza terapéutica, la situación, el circuito del problema y la propia creatividad del terapeuta (Beyebach, & Herrero de Vega, 2010). Es necesario que el terapeuta utilice consignas que si el paciente sigue al pie de la letra conseguirá el resultado previsto. Estas órdenes deben ser sencillas, adaptadas al contexto del paciente y a su lenguaje (Wittezala, & Garcia, 1994).

Fisch, Weakland y Segal (1984), sostienen que en la terapia se puede utilizar las *intervenciones generales* las cuales poseen un vasto ámbito de aplicación, pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento, y en ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente. Una intervención general es la de *no apresurarse*: a partir de la cual, se indica al paciente que no se apresure en la solución del problema. Ésta constituye una de las tácticas más utilizadas en las intervenciones, e incluso, en algunos casos, puede ser la única intervención. La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir deprisa ya que, el cambio, aunque sea para mejor, exige una adaptación. El mandato de no apresurarse

es necesario darlo, con bastante probabilidad en la primera sesión, a aquellos clientes cuya solución ensayada consiste básicamente en esforzarse mucho. Además, salvo excepciones, hay que adoptar esta actitud cuando el cliente, después de verse sometido a una intervención concreta, retorna a la siguiente entrevista informando sobre una mejora específica y deseada.

Todas las intervenciones que utiliza el terapeuta, tienen el propósito de lograr un cambio en el paciente. Si bien el terapeuta, desde un principio del tratamiento ya tiene pensado el cierre, una vez que se logra el cambio anhelado por el paciente, el terapeuta debe ocuparse de realizar unas maniobras de cierre de tratamiento, para que el consultante finalice la terapia satisfecho y mantenga los logros obtenidos.

3.1.6 Maniobras de cierre en terapia

Las maniobras de cierre pretenden dar un cierre exitoso a la psicoterapia y éstas se basan en producirse en un tiempo relativamente limitado, teniendo en cuenta tanto los resultados obtenidos en terapia, como el grado de satisfacción del consultante. Desde esta perspectiva, el momento indicado para el cierre, es aquel donde, según el punto de vista del terapeuta, la prolongación del tratamiento ya no brinda más beneficios significativos al consultante. El principio general del cierre consiste en, generar al consultante la sensación de que el cierre se produce por la propia lógica del tratamiento y no por decisión arbitraria del terapeuta (Figuroa, & Hirsch, 2007).

En esta última etapa del tratamiento se realiza una *redefinición del nuevo equilibrio logrado* y la conclusión de la terapia, incentivando la autonomía personal del paciente. El terapeuta se dedica a explicar todo lo que se ha hecho durante la terapia, y se puede explicar las estrategias utilizadas, con el fin de poner de manifiesto el hecho de que no se ha realizado ninguna magia, sino que se han utilizado técnicas específicas para movilizar los recursos del paciente, hasta ese momento bloqueados (Nardone, 2000).

Sucede de manera frecuente, que la mayoría de los pacientes experimentan cierta incertidumbre acerca de la eficacia de los logros del tratamiento, una vez que éste termina y reaccionan esforzándose demasiado por mantener esos logros, logrando, en consecuencia, que se empeore el problema. Se utiliza una clase de redefinición que pertenece al ámbito de las intervenciones del tipo *no apresurarse*. En esencia, el terapeuta comienza por reconocer

la mejora, pero a continuación intercala el comentario de que, por deseable que haya sido el cambio, ha ocurrido con excesiva rapidez. Aunque esto parezca negativo y pesimista, al cliente se le está comunicando implícitamente que ha obtenido avances muy considerables durante el tratamiento, tan considerables que no tiene que lograr otras mejoras, al menos por el momento. Además, en el caso que presentara algún empeoramiento, el cliente pensará que se trata de algo que está sometido a su control. El objetivo de todo esto es reducir al mínimo la reaparición del problema, ayudando a que los pacientes se sientan menos preocupados por la terminación del tratamiento (Fisch et al., 1984).

Dicho de otro modo, llegado el momento en que el paciente alcanza sus objetivos y se enfrenta a la incertidumbre del mantenimiento de éstos, el terapeuta debe ser precavido y expresar un cauto pesimismo, acerca de si se podrá o no, mantener esos logros, *anticipando posibles recaídas* e incluso connotándolas positivamente como posibilidades de practicar las nuevas habilidades adquiridas. De esta manera, si tales recaídas ocurren, no serán vividas por el paciente como un fracaso, sino como un paso más del proceso. Una vez llegado a este punto del tratamiento, se pueden espaciar las sesiones para ir verificando el mantenimiento de las mejorías en el tiempo. A partir de la consolidación de los cambios se puede interrumpir la terapia, aunque es conveniente dejar la puerta abierta para posibles consultas en el futuro (Kopec, 2007).

Las maniobras de cierre que se utilizan en caso de que el tratamiento haya sido exitoso son: remarcar aquello que se ha alcanzado poniendo el énfasis en aquello que si se ha logrado como producto de las habilidades del paciente; disminuir la posible ansiedad o temor a las posibles recaídas; no hacer intervenciones en las últimas sesiones con el fin de producir otro cambio y por último mantener la influencia del terapeuta, distanciando las sesiones progresivamente, para monitorear el estado de los resultados. En el caso de que la terapia haya fracasado, un cierre adecuado le permite al paciente considerar e intentar una nueva consulta, mientras que, si el cierre no es el adecuado, el paciente suele afianzar aquellas conductas que lo llevaron a consultar (Hirsch, & Rosario, 1987).

El modelo sistémico estratégico focalizado, como se mencionó anteriormente, se centra principalmente en ayudar a los pacientes a resolver cuestiones relacionadas con el sufrimiento de la vida cotidiana, de la manera más rápida posible. En este trabajo se procederá a describir el abordaje desde este modelo a un caso de una paciente adulta que

sufre de Trastorno de Ansiedad generalizada: su sintomatología, los cambios producidos y las intervenciones y maniobras de cierre implementadas por el terapeuta.

3.2 Ansiedad

3.2.1 Generalidades y supuestos teóricos

La Ansiedad es un sistema de carácter complejo que abarca respuestas cognitivas, afectivas, psicológicas y comportamentales que se activan cuando eventos o circunstancias son anticipadas por el sujeto como altamente aversivas y percibidas como eventos impredecibles e incontrolables, que potencialmente podrían ser dañinos para el individuo (Beck, & Clark, 2010).

Al momento de estudiar el concepto de ansiedad es fundamental diferenciar, la ansiedad del miedo. En su influyente texto acerca de este fenómeno, Barlow (2002) define al miedo como una alarma primitiva que responde de forma automática, a un peligro presente y se caracteriza por una elevada activación y por una tendencia a la acción. En cambio, se refiere a la ansiedad como aquella emoción orientada al futuro caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos o eventos potencialmente aversivos. En otras palabras, la ansiedad es una señal de alerta, que advierte un peligro inminente y permite a la persona accionar frente a ello. Es una respuesta a una amenaza desconocida, interna, vaga o conflictiva. En cambio el miedo es un signo de alerta, una respuesta a una amenaza conocida, externa, definida y no conflictiva (Kaplan, & Sadock, 1999).

Inicialmente, en los años 50 se estudia la ansiedad como un rasgo de personalidad, es decir, como aquella tendencia, por parte del individuo a evaluar situaciones o estímulos como peligrosos o amenazantes y a reaccionar con estados de ansiedad (con manifestaciones experienciales, fisiológicas y expresivas) de mayor o menor intensidad o duración (Miguel-Tobal, & Cano-Vindel, 2002).

Luego, a fines de los años 60 surge la teoría tridimensional de la ansiedad formulada por Lang (1968 como se citó en Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003), según la cual, se considera a la ansiedad como un sistema triple de respuesta en el que las emociones se manifiestan a través de reacciones agrupadas en tres categorías: cognitiva o subjetiva, fisiológica y motora o comportamental. De acuerdo a esta teoría un individuo puede

responder con una reacción muy intensa en la categoría subjetiva, moderada en la fisiológica e incluso leve en la motora, mientras que otro puede mostrar todo lo contrario, refiriendo la necesidad de considerar las manifestaciones en los tres sistemas de respuesta de manera independiente, ya que estas pueden ser divergentes debido a la gran versatilidad en la reacción.

Las personas se enfrentan cotidianamente a distintos acontecimientos o situaciones que requieren diferentes tipos de respuestas, para esto el individuo posee recursos que determinarán la efectividad de tales respuestas para dar solución a las demandas del ambiente. Estas respuestas son llamadas *estrategias de afrontamiento* (Gantiva Díaz, Luna Viveros, Dávila & Salgado, 2010).

Celis et al. (2001) refieren que existe un nivel de ansiedad que se considera normal e incluso útil, denominado umbral emocional, el cual permite mejorar el rendimiento y la actividad. Pero cuando la ansiedad rebasa ciertos límites, aparece un deterioro de la actividad cotidiana. En este sentido, Bulacio (2011) manifiesta que la ansiedad es un fenómeno que atraviesa a todos los individuos y que en circunstancias normales, mejora el rendimiento y la adaptación en las esferas social, laboral, o académica. De esta manera, la función de la ansiedad, según el autor, consiste en movilizar al sujeto cuando se enfrenta a situaciones de posible amenaza, de modo que haga lo necesario para evitar, neutralizar o afrontar adecuadamente el riesgo. Pero cuando la ansiedad sobrepasa ciertos límites y se transforma en una respuesta rígida, volviéndose disfuncional y desadaptativa, se la puede considerar como patológica y convertirse en un trastorno de ansiedad impidiendo, de esta manera el bienestar del individuo e interfiriendo en sus actividades sociales, laborales e intelectuales.

3.3 Trastorno de ansiedad generalizada

3.3.1. Generalidades y supuestos teóricos

En la actualidad, de acuerdo a la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5), elaborado por la American Psychiatric Association (APA, 2013), se pueden clasificar los trastornos de ansiedad en once trastornos diferenciados: Trastorno por Separación, Mutismo Selectivo, Fobia Específica, Fobia Social, Trastorno por Ataque de Pánico, Agorafobia, Trastorno de Ansiedad Generalizada

(TAG), Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias, Trastorno de Ansiedad debido a Enfermedad Médica, Trastorno de Ansiedad Específico y Trastorno de Ansiedad No Especificado.

Si bien existen distintos trastornos de ansiedad, en este trabajo se pondrá el acento en el TAG, el cual es considerado el trastorno de ansiedad más *básico* ya que, la preocupación y los rasgos neurobiológicos que la acompañan son comunes en todos los trastornos de ansiedad mencionados (Keegan, 2007).

Según el DSM 5 (APA, 2013), el TAG se distingue por la presencia constante de ansiedad y preocupación excesivas, sobre diversos acontecimientos o actividades, que se prolonga durante un tiempo mínimo de seis meses. Tanto 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 (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo). Todo lo mencionado resulta difícil de controlar para el individuo y desencadena un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

La sintomatología del TAG se caracteriza por la presencia de tres componentes: el primer componente es el *cognitivo* y consiste en preocupaciones irreales y excesivas con respecto a temas cotidianos durante la mayor parte del tiempo; el segundo componente es el *conductual*, se caracteriza por la incapacidad de controlar la ansiedad, lo cual deriva en un deterioro en el ámbito familiar, ocupacional y social; el tercer componente es el *fisiológico* e incluye los síntomas físicos entre ellos: estado de hiperalerta, dificultad para descansar y tensiones motoras que se caracterizan por temblores, inquietud, o hiperactividad autonómica como cefaleas tensionales, sudoración excesiva, palpitaciones, entre otras. En los individuos que padecen este trastorno la duración, la intensidad y la frecuencia de la ansiedad y las preocupaciones son desmedidas en relación a las posibles consecuencias de los acontecimientos o situaciones temidas (Cia, 2007).

De acuerdo a Barlow (2002), el proceso fundamental que comparten el TAG y los otros trastornos de ansiedad es la *aprehensión ansiosa*. Es decir, aquel estado de ánimo orientado al futuro, en el que el individuo se prepara para afrontar eventos negativos que tendrán lugar. La aprehensión ansiosa se asocia con un estado de alto afecto negativo, sensación de

incontrolabilidad, y un foco atencional sobre estímulos relacionados con la amenaza. Este proceso estaría presente en todos los trastornos de ansiedad, con la diferencia que su foco varía según el cuadro.

Rovella y Rodriguez (2008) afirman que los sujetos que padecen TAG, se caracterizan por no centrarse específicamente en su ansiedad, sino que pueden responder con desconfianza a un amplio rango de estímulos, aunque estos no estén vinculados entre sí. Dentro del contenido de preocupaciones que suponen más padecimiento, la amenaza social y física serían las principales.

Respecto a la etiología del trastorno, distintos autores afirman que la causa principal del desarrollo del TAG en una persona no está basado en un solo elemento, sino que confluyen factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos (Newman, & Anderson, 2007).

Generalmente, el inicio del trastorno ocurre luego de la adolescencia, siendo la edad media de aparición a los 30 años de edad, más tardía que el resto de los trastornos (APA, 2013). En la edad adulta es cuando produce más impacto en la vida social, personal, familiar y laboral del individuo (González, Rovella, Barbenza, & Rausch, 2012). El individuo con TAG presenta de manera crónica los síntomas clínicos característicos del trastorno, lidiando con ellos durante toda la vida. Siendo las mujeres las que poseen el doble de probabilidades que los varones de sufrir este trastorno (APA, 2013).

El diagnóstico del TAG resulta una tarea difícil debido a que, como se mencionó anteriormente, posee muchas características en común con otros trastornos de ansiedad y del ánimo. Presenta mayor comorbilidad con diagnósticos como: trastorno de pánico, fobia social, distimia, depresión, trastorno obsesivo compulsivo y fobia (González, Ibáñez, & Cubas, 2006).

Responsables de la relevancia, al momento de diagnosticar el TAG, de elementos cognitivos como las preocupaciones excesivas e incontrolables, fueron autores como Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston (1998 como se citó en González et al., 2012) quienes elaboraron un modelo teórico-empírico que establece la presencia de cuatro procesos cognitivos. El primer componente es la *baja tolerancia hacia la incertidumbre*, es aquella tendencia a reaccionar negativamente en los planos cognitivo, emocional y conductual, frente a situaciones inciertas. El segundo componente es la *sobrevaloración de*

la conveniencia de preocuparse, es decir aquellas creencias que sostienen a las preocupaciones como un rasgo positivo y no reconocen que sean indebidas o exageradas. El tercero refiere a las *dificultades para resolver problemas* entendiendo los problemas como amenazas, y a la duda sobre la propia capacidad de resolución. El último elemento que plantean es la *evitación cognitiva*, mediante la cual el individuo recurre a estrategias internas para evitar exponerse a un pensamiento o a una imagen molesta.

En las últimas décadas, distintas investigaciones han aportado suficiente conocimiento para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, lo que aún falta es consolidar un modelo de tratamiento que permita modificar este padecimiento (Rovella & González Rodríguez, 2008).

Hasta este apartado se abordó el concepto de TAG, su sintomatología y sus condiciones de diagnóstico, a continuación se describirán, sintéticamente, algunos de los tratamientos existentes actuales.

3.3.2. Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Respecto al tratamiento del TAG, las estrategias que generalmente se utilizan son Terapias Cognitivo Conductuales (TCC), recursos farmacéuticos y técnicas de relajación muscular progresiva (Estrada, 2016).

Desde el abordaje psicofarmacológico los benzodiazepinas como el diazepam o el lorazepam, son las drogas más prescritas para el TAG sin embargo, debido a sus efectos adversos se limita su uso (Mitte, 2007).

En los últimos años, la TCC ha mostrado de forma empírica una adecuada eficacia, imponiendo tratamientos bien establecidos (Capafons, 2001). Cia (2007) sostiene que en el TCC todas las estrategias básicas para abordar el TAG intentan afrontar los distintos aspectos del ciclo de preocupaciones que disparan y mantienen el trastorno. Pero enfatiza como pilar del tratamiento a la reestructuración cognitiva de los pensamientos ansiógenos. Refiere que esta se compone de elementos como: educación del rol de cogniciones para aumentar la ansiedad, verificación lógica de pensamientos, estimación de posibilidades y el uso de tareas comportamentales y monitoreos para desafiar lo que el individuo cree respecto a la ansiedad.

Si bien, la TCC es la que cuenta con mayor evidencia empírica, actualmente la psicoterapia de orientación sistémica ha sido muy tenida en cuenta, en el tratamiento de distintos trastornos de ansiedad.

Según el modelo de Terapia Breve Centrada en los Problemas, los problemas de ansiedad, se abordan mediante la exposición en vivo, gradual, a las situaciones ansiógenas, siempre teniendo en cuenta el ritmo del paciente. El trabajo con excepciones ayuda a identificar y poner en marcha las estrategias que permiten al sujeto dominar su ansiedad en las situaciones temidas (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

A partir de la entrevista con el terapeuta, se pueden iniciar algunos cambios de tipo cognitivo en los pacientes, y de esta manera reunir información detallada sobre los patrones de mantenimiento de sus problemas. Es a partir de la evaluación de esta información, que se diseñan tareas dirigidas a provocar un cambio en la manera en que las personas manejan sus dificultades en su vida cotidiana (Casabianca, & Hirsch, 2009).

El trabajo con excepciones ayuda a identificar y poner en marcha las estrategias que permiten al sujeto dominar su ansiedad en las situaciones temidas. Con pacientes altamente motivados y una buena relación terapéutica, se puede seguir una línea más directa, la estrategia de *prescripción del síntoma*, que implica conseguir que la persona se exponga a la situación y, en vez de evitarla, trate de provocarse la ansiedad (Beyebach, & Herrero de Vega, 2010).

Otra intervención que se utiliza en trastornos de ansiedad son las desventajas del cambio o *no apresurarse*, a partir de la cual, se indica al paciente que no se apresure en la solución del problema. Ésta consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir deprisa ya que, el cambio, aunque sea para mejor, exige una adaptación. El mandato de no apresurarse es necesario darlo, con bastante probabilidad en la primera sesión, a aquellos clientes cuya solución ensayada consiste básicamente en esforzarse mucho (Fisch et al., 1984).

Una de las primeras tareas, que se suele dar en este tratamiento suele ser el *Diario de a bordo* mediante el cual se le pide al consultante que cada vez que tenga una crisis de ansiedad, y que sienta cómo le invade la angustia, aun cuando esto le ocurra muchas veces, utilice el diario y anote en él todo lo que le ocurra: fecha, lugar, situación, síntomas, pensamientos, acciones. En la siguiente sesión, se lo mostrará al terapeuta y hablarán al

respecto. Es indicada para personas que sufren ataques de ansiedad e intentan distraerse cuando éstos suceden. La tarea implica hacer todo lo contrario, es decir, fijarse con gran detalle en la ansiedad, pero a la vez tomar nota bloquea la retroalimentación de la ansiedad y ejerce un efecto distractor. Si bien no es su principal función, también sirve como un registro para recolectar información y evaluar mejor la ansiedad (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

De entre las tareas genéricas que resultan útiles, frecuentemente se utiliza *La carta de despedida*, en este caso, de despedida de la ansiedad. Esta consiste en que la persona escriba una carta de despedida a su problema en la que, luego de agradecer los servicios prestados, detalle las razones por las que quiere prescindir de él. Se emplea esta tarea para motivar a los consultantes para el cambio. Esta tarea resulta más fácil para el consultante si anteriormente se externalizó el problema, convirtiéndolo en un enemigo externo contra el que luchar (Beyebach, & Herrero de Vega, 2010).

Es necesario agregar que muchas veces las personas del entorno del consultante contribuyen a reforzar la ansiedad y la evitación al acompañar y proteger a la persona ansiosa. Para que esta situación no continúe, es suficiente con informarles del efecto negativo que producen (Beyebach, & Herrero de Vega, 2010).

Al cerrar el tratamiento, las personas con problemas de ansiedad tienen a veces dificultades para dejar de acudir a terapia, ya que luego de terminado el tratamiento siguen temiendo volver a sufrir un ataque de ansiedad. En estos casos se sugieren tareas de prevención de recaídas como *la caja de recursos*, mediante la cual se sugiere al consultante que prepare una caja en la que irá guardando todo tipo de *recursos* que le puedan ayudar en un momento de crisis o recaída: los números de teléfono de personas a quienes llamar; fotos de seres queridos; souvenirs, entre otros. De esta manera, si en algún momento la persona se siente mal o le parece que está en riesgo de recaer, puede abrirla y utilizar alguno de estos recursos. Esta tarea es una buena forma de prevenir y manejar posibles recaídas. En este sentido, puede ser también parte del cierre de la terapia (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo de caso único.

4.2 Participantes

Paciente: Persona de sexo femenino de 34 años de edad, casada, trabaja como docente en una escuela privada. Tiene una hija de cinco años de edad que asiste al jardín de infantes. Cuando se comunicó con la institución explicó que hace 13 años atrás ya había tenido trastorno de ansiedad y que si bien siempre fue temerosa, ese miedo que siempre tuvo, ahora la estaba paralizando y que comenzó a tener síntomas de ansiedad que la alertaron. Expresó tener síntomas como, adormecimiento del brazo, sudoración en las manos y taquicardia.

La paciente evita situaciones que la incomodan o le dan temor (como ir a la plaza con la hija, llamar al delivery, afrontar desconocidos y tareas cotidianas) poniendo distintas excusas. Esto le funcionó momentáneamente, hasta que comenzó a tener síntomas ansiosos. Asistió en total a 18 sesiones durante el periodo de 11 meses que duró el tratamiento. En los encuentros, en dos ocasiones, tuvo participación la red familiar del paciente.

Marido: Persona de sexo masculino de 36 años de edad, trabaja de contador, tienen junto a la paciente una hija de cinco años de edad. Participó de dos sesiones durante el tratamiento de la paciente.

Terapeuta: Persona de sexo femenino, de 33 años de edad, recibida con el título de licenciatura en psicología. Realizó un postgrado en terapia focalizada de la institución en 2015. Lugar donde trabaja hace cinco años. Llevó a cabo las sesiones y tratamiento de la paciente, desde el comienzo hasta el cierre del tratamiento.

4.3 Instrumentos

Se utilizó la historia clínica provista por la institución, la cual cuenta con información relativa al caso, recabada por el terapeuta a cargo. La misma cuenta con un resumen general de lo transcurrido descrito por el terapeuta, donde se mencionan las intervenciones realizadas y algunas transcripciones literales de las conversaciones ocurridas.

Se realizó también una entrevista semi dirigida al terapeuta que llevó a cabo el tratamiento, donde se trataron los ejes más relevantes del caso. Se realizaron preguntas como el maniobrar del terapeuta, las intervenciones realizadas y su opinión acerca del pronóstico del paciente.

4.4 Procedimiento

Con previa autorización de la institución, se realizó un análisis de la información volcada en la historia clínica, la cual incluye la entrevista de admisión y todas las sesiones que tuvieron lugar desde la admisión de la paciente, hasta la finalización del tratamiento.

Además para lograr una descripción completa del caso, se realizó una entrevista semi dirigida al terapeuta que llevó a cabo el tratamiento, donde se trataron puntos específicos del tratamiento y su intervención en el mismo.

5. Desarrollo

5.1 Presentación del caso

El caso sobre el que se dará cuenta en este trabajo es el de L. La consultante es una mujer adulta de 34 años de edad, de clase media, quien trabaja de docente de segundo grado, en ciclo inicial básico, en una escuela privada de la Ciudad de Buenos Aires, desde hace cinco años.

Se encuentra casada hace aproximadamente diez años con su marido, quien ejerce de contador en una empresa de seguros. Tienen una hija de cinco años, que asiste a un jardín de infantes cerca del domicilio.

L ingresó a tratamiento en la institución por su propia decisión y fue ella quien realizó la llamada telefónica para solicitar el turno con el terapeuta. En esta institución el sistema de admisión de pacientes nuevos, determina que cada paciente tenga una primera consulta con un terapeuta del equipo de admisión quien luego, según las características del caso, hará la derivación correspondiente con el terapeuta de su elección.

En la primera entrevista de admisión la paciente, de acuerdo a la historia clínica, mencionó como queja inicial, tener miedo ya que, 13 años antes le habían diagnosticado trastorno de ansiedad y que, si bien, siempre se había considerado una persona miedosa, en ese momento el miedo la paralizaba y había comenzado a manifestar síntomas físicos de ansiedad que la alertaron. Este dato permite exponer la cronicidad característica del TAG (APA, 2013).

De acuerdo a lo registrado en la historia clínica, el motivo de consulta tenía que ver con que, ante situaciones que incomodaban o le provocaban temor a la consultante como ir con

la hija a la plaza, llamar al delivery o afrontar desconocidos, la paciente evitaba estos escenarios, poniendo variadas excusas. La paciente refirió que este modo de afrontamiento era el cotidiano hasta que, comenzó a tener síntomas ansiosos como adormecimiento del brazo, sudoración en las manos y taquicardia. Lo cual concuerda con los criterios diagnósticos de TAG, según el DSM 5 (APA, 2013).

Realizó un tratamiento anterior, que consultó por trastorno de ansiedad y explica que, en su momento, pensaba que el proceso iba a ser mágico, y no fue tan así, pero que la ayudó a plantearse cuestiones acerca de sí misma y lo que quería en la vida.

La paciente explicó que desde que había finalizado el tratamiento anterior hasta ese momento, seguía preocupándose y evitando variadas situaciones, pero sin síntomas físicos; que incluso llegó a pasar tres días sin salir de la casa, y el marido se encargaba de hacer las compras.

Sostenía que en el último tiempo, debido a que su hija está más grande y empezó el jardín de infantes, le pedía realizar más actividades que la obligaban a salir, como por ejemplo, ir a la plaza.

En el ámbito laboral, según lo que L expone en las sesiones, es el lugar que le confiere mayor seguridad, ya que en el aula *se siente una actriz que todo lo puede* y no tiene ninguna dificultad para realizar sus tareas. Sin embargo, confiesa que le cuesta enfrentar situaciones específicas, como el recreo, ya que es un momento en el que tiene que saludar a sus compañeros, miembros de la institución o a los alumnos. Y debido a su condición le genera preocupación e intranquilidad. En este sentido, se podría sostener que la paciente si bien, realiza sus actividades laborales normalmente, es en la esfera social donde presenta mayores dificultades (Rovella, & Rodriguez, 2008).

Respecto a su situación familiar relata que con su marido tienen discusiones debido a sus excusas y evitación a salidas y que, cuando éste la presiona para salir, ella lo hace finalmente.

La paciente refiere, en el transcurso de las sesiones, que un factor que la motivó a hacer el tratamiento fue su hija, ya que, su problema le impedía realizar actividades normales o cotidianas que le impedían ejercer su rol como madre. Y que no quiere pasar lo mismo que atravesó su madre. Dentro de sus antecedentes familiares menciona que su madre sufría lo mismo, y que ésta actualmente tiene que ir al médico, debido a este trastorno.

En base a la información reunida se pueden identificar en la paciente problemas para afrontar distintas situaciones de la vida cotidiana, debido a su ansiedad, y cómo esto interfiere principalmente en áreas de funcionamiento social y familiar de la consultante repercutiendo en su bienestar personal (Bulacio, 2011).

Es necesario agregar que, la terapeuta que llevó adelante el caso, manifestó que L, durante todo el tratamiento, demostró ser una paciente con un alto grado de motivación y compromiso con el trabajo de terapia, lo cual resultó beneficioso para el logro del cambio (Casabianca, & Hirsch, 2009).

De acuerdo con la historia clínica del paciente, a la cual se tuvo acceso para este trabajo, y la entrevista realizada a la terapeuta del caso se puede sostener que L reúne los criterios necesarios para el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

5.2 Describir sintomatología de un paciente adulto con trastorno de ansiedad generalizada

A partir de lo descrito en la historia clínica de la paciente y de la entrevista semi dirigida realizada a la terapeuta del caso, se puede sostener que la paciente posee sintomatología diagnóstica de TAG. En la entrevista de admisión, L manifestó que su preocupación era de carácter general: *"lo que tengo es mucho miedo de todo"*. Declaró que situaciones cotidianas como llevar a la plaza a la hija, llamar al delivery o afrontar desconocidos, le provocaban temor. Y que estas preocupaciones excesivas se remontaban a hace más de diez años atrás. Agregando que hace 13 años, ya le habían diagnosticado TAG. Lo relatado por la paciente, concuerda con los criterios explicitados por el DSM 5 (APA, 2013), para diagnóstico de TAG.

En relación a la sintomatología fisiológica de la paciente, según lo informado por la terapeuta, L presentaba síntomas físicos como taquicardia, sudoración en las manos y tensión muscular en el brazo, el cual a veces se le dormía, en situaciones que le provocaban ansiedad y preocupación, como salir a la calle, hacer las compras o afrontar desconocidos (Cia, 2007).

Respecto al componente cognitivo del TAG, L refería que su preocupación era global e inevitable es decir, se preocupaba por todo, casi todo el tiempo y no lo podía evitar (Cia, 2007): *"yo entiendo que no es una proeza pero me cuesta, no puedo evitar el pensamiento,*

yo sé que no corro peligro, pero en ese momento me taro y no puedo pensar”. Agregó que en ocasiones al salir a la calle, su hija saludaba de manera espontánea a la gente lo cual gatillaba su nerviosismo ya que le generaba preocupación los posibles riesgos que esto implicaba, según ella, al bienestar de su hija. El afrontamiento de situaciones ordinarias como llevar a la hija a la plaza, o al jardín de infantes porque sus pensamientos se dirigían a lo negativo y se preocupaba por el juicio que las otras personas elaboraran respecto a su rol como madre.

Otras de las dificultades que la paciente manifestó durante el tratamiento era el deterioro que su comportamiento le causaba en el ámbito familiar. Esto, según su relato, se debía a su evitación a realizar actividades con la hija y el marido, que implicaran que saliera de su casa, debido a sus miedos. O en el caso, que el marido lograra que lo hicieran, L refería que en esas ocasiones, no podía evitar preocuparse por la mirada del otro, o tener pensamientos acerca de lo que podría llegar a suceder y anticiparse a cualquier cosa que pudiera salir mal lo cual, le generaba tal nerviosismo que no lograba disfrutar de aquello que estuviera haciendo. Todo lo recién mencionado, le resultaba difícil de controlar a la paciente y desencadenaba en un deterioro en áreas importantes de su funcionamiento, principalmente en lo social, y familiar (APA, 2013).

Según consta en la historia clínica, L declaró que su conducta le generaba problemas con su esposo y que en una ocasión, incluso llegó a pasar tres días sin salir de la casa, y el marido se tuvo que encargar de hacer las compras. Y que esto repercutía en la pareja ya que, tenía que delegar muchas responsabilidades para que él las cumpliera. En la relación con su hija también ya que, debido a que su hija había crecido, le reclamaba realizar más actividades, como ir a la plaza y debido a sus miedos esto se le complicaba. Estas actitudes y preocupaciones antes mencionadas, concuerdan con lo que propone Cía (2007) como el componente conductual del TAG, que se caracteriza por la incapacidad de controlar la ansiedad, lo cual, deriva en un deterioro en el ámbito familiar, y social principalmente.

De acuerdo al relato de la terapeuta, no sólo esta incapacidad de disfrutar se daba con este tipo de actividades sino que cualquier evento accionaba su nerviosismo. La mayoría de las situaciones cotidianas la incomodaban o le daban temor, resultando en evitación por parte de la paciente, mediante el uso de variadas excusas a su círculo más cercano, como a su esposo y a su hija, situación que, según ella, le había funcionado en el pasado pero que

estaba repercutiendo en su vida negativamente, provocándole síntomas e impidiéndole desenvolverse socialmente, como el resto de las personas (Cia, 2007).

Según lo descrito por la paciente, al salir a la calle, llevar a la hija al jardín o ir a hacer las compras al supermercado, sentía vergüenza ante la mirada de los desconocidos, ya que afirmaba haber engordado y que esto, la hacía sentir insegura al salir a la calle y enfrentar la vida cotidiana. Además de sentirse amenazada y preocupada por el juicio de la gente en la calle, como lo expuso en la historia clínica. También refería tener miedo de adquirir muchas enfermedades, o que le dé un ACV, pero evitaba ir al médico y no se hacía revisar. Esto concuerda con lo expuesto por Rovella y Rodríguez (2008) los cuales sostienen que la amenaza social y física serían las principales fuentes de padecimiento en los sujetos con TAG.

En el caso de L, como se mencionó anteriormente, la paciente narraba que frente a situaciones como salir a la calle o hablar con desconocidos, tendía a reaccionar negativamente frente a éstos, mostrando gran preocupación y miedo frente a estas situaciones que le suponían cierta incertidumbre. Es decir, la paciente tomaba los problemas o desafíos cotidianos como posibles amenazas, frente a las cuales ella dudaba tener las capacidades necesarias para resolverlas, se preocupa al respecto y en vez de afrontarlas, las evitaba cognitivamente. En otras palabras, al preocuparse, creía que podía encontrar la solución a las situaciones, y prevenir consecuencias no deseadas. Pero en realidad, estaba basada en una pobre orientación al problema, ya que la consultante lo que hacía era anticiparse al valorar la situación y al no tener confianza en su capacidad para resolver y afrontar las situaciones que se le presentaban, prefería evitarlas, por lo que intentaba suprimir las imágenes mentales de lo que le resultaba amenazante, pero no tenía éxito y volvía a caer en la ansiedad (Dugas et al., 1998 como se citó en González et al., 2012). Un ejemplo de esta conducta es cuando L relata que no iba al médico, nutricionista o al gimnasio porque hacer eso significaría hablar con personas desconocidas en un ambiente desconocido. Se decía a sí misma que luego iba a llamar, pero nunca lo hacía. En sus palabras: *"hace un año que no hablo con mi papa, porque hablar con él me hace replantear un montón de cosas"*, es decir prefería no hablar con su padre y de esa manera evitar cuestionarse cosas, acerca de su vida.

En el caso de L, su ansiedad sobrepasa los límites de la considerada ansiedad adaptativa, la cual consiste en movilizar al individuo cuando se enfrenta a situaciones de posible amenaza, de modo que éste pueda afrontar adecuadamente el riesgo. La consultante en vez de afrontar los riesgos o posibles situaciones cotidianas, se preocupaba de manera exagerada al respecto y evitaba hacerlas poniendo variadas excusas es decir, transformándose en una respuesta rígida, volviéndose disfuncional e interfiriendo en su bienestar general y en sus distintas actividades sociales e intelectuales (Bulacio, 2011).

5.3 Describir las intervenciones realizadas por el terapeuta a un paciente adulto con trastorno de ansiedad generalizada, desde el abordaje sistémico estratégico focalizado

Tanto en la sesión de admisión como en la primera sesión con la terapeuta designada, se trató de conducir a L a establecer aquello que quería modificar a través del proceso terapéutico (Casabianca, & Hirsch, 2009). En el caso de L, la terapeuta afirma que la admisión le fue de gran ayuda como directriz para planificar sus intervenciones y lograr el cambio anhelado por la paciente (Casabianca, & Hirsch, 2009). El terapeuta admisor, según consta en la historia clínica le formuló preguntas como *¿qué deja de hacer o quisiera hacer y no hace como consecuencia del problema?* frente a lo cual la consultante respondió que le resultaba de gran dificultad enfrentar situaciones cotidianas como llevar a la hija a la plaza, llamar al delivery, y que afrontar actividades pequeñas y ordinarias como éstas le daban vergüenza y miedo. De esta manera, se estableció un posible objetivo general de la terapia, acordado con el consultante (Casabianca, & Hirsch, 2009). El objetivo de éste era que, la paciente pudiera pensar si estaba dispuesta a afrontar y las desventajas de hacerlo.

La terapeuta del caso, en la entrevista realizada, afirmó haber utilizado intervenciones principales como uso de metáforas y desventajas de cambio. De hecho, ya en las primeras sesiones se utilizaron intervenciones como reformulación, desventajas de cambio, uso de metáforas y le dieron tareas, para que L pudiera adoptar nuevas conductas (Wainstein, 2000).

Según lo expuesto en la historia clínica, en la entrevista de admisión la terapeuta al preguntarle qué cambio querría ver con ayuda de la terapia, ella le respondió que le gustaría cambiar que no le importara la mirada del otro. Frente a esto, la terapeuta intervino y utilizó la reformulación, reestructurando lo dicho por la paciente. Se preocupó por hablar en el

mismo lenguaje que L y le explicó que no iba a pasar que no le importe lo que el otro opine, y remarcó la importancia de primero afrontar ya que *“la confianza se gana, a medida que uno se muestra a sí mismo”*. Respuesta que L, en la siguiente sesión confesó que continuó pensando al respecto y que concordaba en que la mirada del otro, no la tiene que coartar, *“me gusta saber que piensa el otro, pero no que me encierre”*. Es decir, el terapeuta ya desde un principio interviene, y reformula el marco de referencia de la paciente, tratando de modificar la visión que tiene de lo dicho y atribuyéndole un nuevo significado, en este caso, la terapeuta le afirma que si le va importar la mirada del otro, pero que ella si puede cambiar su postura frente a eso (Figueroa, 2007; Watzlawick, 2000; Wittezaele & Garcia, 1994).

Según el registro de la historia clínica en la primera sesión L mencionó que evitaba situaciones como llevar a la hija a la plaza, llamar al delivery o ir al supermercado seguido a lo cual la terapeuta al preguntarle qué cosas enfrentaba aunque le generara malestar ella respondió que en ocasiones como el cumpleaños de algún familiar, ir a comprar al chino o en el trabajo cuando hay que saludar a todos en el patio del colegio. Frente a esta respuesta, la terapeuta reformuló que la mayoría de las cosas las cumplía, aunque le generen malestar, agregando *“cuando es con vos misma te resulta fácil poner excusas cuando hay alguien más involucrado, no tanto”*. La paciente coincidió con la psicóloga expresando: *mi problema es que pienso demasiado, pienso y me coarto, no es la mirada del otro, es lo que yo pienso de la mirada del otro*". En este fragmento de la historia clínica, se puede verificar que el terapeuta utilizó preguntas para poder configurar o esbozar un contexto más completo y preciso de interacción del consultante, y de esta manera aprovechó y la instó a reflexionar acerca de su problema (Casabianca, & Hirsch, 2009).

La terapeuta señaló en la entrevista que se enfocó en trabajar, desde el principio con las *desventajas de cambio* y la *metáfora del pulpo*. La metáfora del pulpo, según explicó, trata acerca de que la ansiedad, o sea el pulpo, se encuentra en la cabeza de la persona, y cada vez que el pulpo tiene hambre, va a apretar con sus tentáculos, y ante esto la persona le va a dar de comer, es decir evitando. En este caso la paciente sostuvo que prefería que fuera un rugbier, en vez de un pulpo, acordando con la terapeuta que la metáfora tratase de que existía un rugbier muy fuerte que se encargaba de decirle que no realice un montón de acciones y que finalmente la obligaba a evitar. La terapeuta afirmó que este procedimiento

le fue de utilidad ya que, permitió que la paciente externalizara un poco los síntomas de modo que, cada vez que ella se propusiera hacer algo que evitaba, el rugbier iba a presionar para que hiciera lo contrario. Por lo tanto, se puede apreciar que la utilización de la metáfora ayudó a que el mensaje llegue de forma clara, logrando un mayor impacto y cercanía con el consultante ya que, es rica en significados, y al mismo tiempo confirma las intervenciones que llevó a cabo el terapeuta (Figueroa, 2007).

De acuerdo al relato de la terapeuta desde un principio le explicó a la consultante que la forma en que el malestar fuera disminuyendo era ir afrontando cada vez más, y que eso requería de su esfuerzo y le iba a costar (en relación a la metáfora). En la misma sesión la paciente confesó que el canto le servía para dejar de pensar, información que la terapeuta toma y lo transforma en el mismo lenguaje que la paciente agregando *"una parte tuya va a querer cantar y otra darle de comer al pulpo"*. Esta declaración impacta sobre la paciente concluyendo: *"tengo que aprender a convivir con el pulpo, mi problema es que pienso demasiado, pienso y me coarto, no es la mirada del otro, es lo que yo pienso de la mirada del otro"*. Lo recién explicitado, demuestra el poder de influencia del terapeuta sobre la paciente y cómo, hablando su mismo lenguaje, y estableciendo una buena relación terapéutica, la terapeuta puede reestructurar el punto de vista original de L (Hernandez, 2007). Al influir de este modo, fue posible aumentar las probabilidades de que el paciente acepte y realice, las directivas planteadas por la terapeuta (Cade & O'Hanlon, 1995).

La psicóloga del caso sostiene que le dio una tarea a L para que realizara fuera de la sesión, con el objetivo de cortar el circuito del problema presentado (Watzlawick & Nardone, 1992).

La tarea consistió en pedirle a la consultante que anotara las herramientas que consideraba que tenía, ya fueran acciones o ideas. A partir de ahí en adelante, la paciente comenzó a traer escrito los pensamientos que ella consideraba que alimentaban al rugbier y qué tipo de pensamientos, la ayudaban a afrontar situaciones, o lo ponían a dieta. Esta prescripción es denominada *Diario de a bordo*, mediante la cual se le pide al consultante que cada vez que tenga una crisis de ansiedad, utilice el diario y anote en él todo lo que se le ocurra: síntomas, pensamientos, acciones (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

En la sesión siguiente a la indicación de la actividad, la paciente comunicó que la tarea le fue de utilidad ya que, le permitió tener conciencia de sus pensamientos ansiosos y,

aunque no pudo manejarlo en ese momento, pudo identificarlo y remarcó su sorpresa ante tal logro. Según lo descrito en la historia clínica en las sesiones, el diario sirvió para que la terapeuta y la paciente pudieran hablar al respecto y analizarlo juntas. De hecho, L en una de las sesiones, leyó uno de los fragmentos del diario, y le dijo a la terapeuta que le resultaba fuerte ver que pensaba todas esas cosas, en ese momento, y que en ese momento, que lo volvía a leer se daba cuenta que no era verdad, *“pero en el momento lo creo, tengo que aprender a no engancharme con estos pensamientos y pensar el alternativo, pero no sé si voy a poder”*. Es decir, esta tarea implicó que el paciente se fije con gran detalle en la ansiedad, pero a la vez, al tomar nota, bloqueó la retroalimentación de la ansiedad y esto ejerció como efecto distractor en el momento de ansiedad (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

Otra de las técnicas utilizadas fue la ubicación en una escala, mediante la cual se le pidió a la consultante que ponga un puntaje, que va del uno al diez, respecto a cómo se evaluaba en ese día, a que puntaje le parecía llegar, cuáles eran los puntos intermedios y que conductas implicarían cada uno. Esta técnica se implementó durante todas las sesiones pudiendo dar cuenta de este modo, si iba mejorando en aquello que se propuso.

De acuerdo a la entrevista realizada a la terapeuta esta refiere que utilizó la intervención *desventajas del cambio* durante todo el tratamiento. Este mandato consistió en decirle a L que no se apresurara con el cambio que si bien, ya había cambiado y mejorado, era mejor que vaya despacio, o en palabras del terapeuta: *“la verdad que lo que te propones es muy difícil, tal vez algunas veces puedas manejarlo, y otras no”*. Esta intervención es necesario darla a aquellos clientes cuya solución ensayada consiste básicamente, en esforzarse mucho. Este era el caso de L quien, como se mencionó anteriormente, era una paciente muy pro activa y altamente motivada con el tratamiento. Sobre todo se aplica cuando el cliente, después de verse sometido a una intervención concreta, retorna a la siguiente entrevista informando sobre una mejora específica y deseada (Fisch et al., 1984). Un ejemplo de este procedimiento, según lo registrado en la historia clínica, se da cuando L comienza una sesión anunciando que estaba muy contenta porque aunque había tenido fiebre el fin de semana, pudo ir a la guardia a que la revisen. Lo cual la entusiasmó mucho y se lo transmitió a la psicóloga, quién intervino con las desventajas del cambio, remarcando la importancia de no apresurarse.

Según lo narrado por la terapeuta, en la admisión y luego en la primera entrevista, la paciente refirió que, muchas veces el marido terminaba haciendo las compras y yendo al supermercado y ella lograba evitar. Este dato llevó a la admisoro a aconsejar a la terapeuta que indagara más al respecto. Efectivamente, la terapeuta decidió indagar el circuito que contribuía a la evitación de la paciente y así poder analizar aquello que se podría hacer diferente en ese contexto. Citó al esposo de la consultante a una sesión, sin L presente. El marido, en la sesión, según la historia clínica, refirió que últimamente la veía más decidida *"es como que ahora no da tantas vueltas para hacer las cosas como antes"*. En la sesión, según consta en la historia clínica, la terapeuta le explicó el efecto negativo que producía que él la ayudara ya que, contribuía a su evitación: *"entiendo que a veces por hacer más rápido o resolver haces vos, porque ves que da vueltas, y tal vez da vueltas para evitar"* (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

Además de marcarle su contribución al círculo vicioso de evitación de la paciente, también le recordó que, si bien los cambios eran positivos y entendía que lo entusiasmaba, tenía que tener cuidado al animarla mucho, porque podía suceder que ella, al ver todo lo que tenía que hacer se asustara un poco. De esta manera, aplicó las desventajas del cambio al marido, para que éste no la apurara al empezar a notar los resultados y afectara negativamente al proceso terapéutico de la paciente.

Más adelante en el tratamiento, la psicóloga los citó a ambos, a L y al marido. Al preguntarle al esposo como la veía y que pudo hacer para ayudarla a no evitar, éste respondió que, ya no la apañaba tanto y que además, ya no le tenía que pedir las cosas tantas veces: *"mejor, veo progresos, más que nada que ya no hay tanta ceremonia como antes para hacer las cosas, hay que hacer algo y en general lo hace"*. En esta ocasión la paciente expresó que en la semana logró muchas cosas, que antes no hacía como ir al supermercado sin pretextos, o llevar a la hija a la plaza y entusiasmada por sus logros le expuso a la terapeuta que se sentía una capa por haber logrado tanto. La terapeuta reveló que ante esta reacción de la paciente, ella trató de no demostrarle entusiasmo a L y de reaccionar con prudencia debido a que era muy importante marcarle lo difícil del sostenimiento de esa conducta que estaba logrando: *"la verdad que sí, sos capa porque es muy difícil, pero ahora que lograste esto, acordate que es momento de sostenerlo, de entrenarlo y ver que dificultades aparecen"*. De este modo, la terapeuta pudo intervenir,

reforzar los logros obtenidos en un tiempo limitado y remarcar los recursos de la paciente por haber logrado tanto. Pero, al mismo tiempo, intentó mantenerse cauta y le explicó a L que había que sostener lo obtenido, *anticipando recaídas*. Es decir, la psicóloga reaccionó reformulando y marcando las desventajas de cambio. De esta manera, si en el futuro, L tuviera una recaída, fuera esperable y no de sorpresa, desencadenando en mayor ansiedad (Kopec, 2007).

5.4 Describir la evolución y los cambios producidos durante el tratamiento en un paciente adulto con trastorno de ansiedad generalizada, desde el abordaje sistémico estratégico focalizado.

En la admisión, la terapeuta intentó conocer lo que aquejaba a la paciente y co-construyó con ella un motivo de consulta; considerando su problema en términos de conductas observables (Kopec, 2007). L refirió que, ante situaciones que le generaban incomodidad o temor, como llevar a la hija a la plaza, llamar al delivery, o hablar con desconocidos en la calle, ella reaccionaba evitando. Su evitación, se daba mediante el uso de pretextos o excusas como decir que se encontraba ocupada, o que tenía que corregir exámenes. En la sesión, se trató de definir la conducta problema de la consultante, mediante el uso de ejemplos de su vida diaria que describiera cómo funcionaba el sistema, en el cual los individuos que lo conformaban, promovían con sus acciones la permanencia del mismo (Watzlawick & Nardone, 1992).

Toda terapia estratégica se centra en las *soluciones intentadas* y en cambiar, aquellas soluciones que usualmente sirven sólo para exacerbar la situación (Cade & O'Hanlon, 1995). En este caso, L trataba de solucionar, mediante el uso de excusas, para evitar las situaciones que le generaban vergüenza o temor y esto, a su vez, empeoraba su situación. En la primera sesión, al indagar acerca de las cosas que enfrentaba aunque le generaran malestar, descubrió que ella asistía a cumpleaños de familiares, iba a comprar al minimercado chino, entre otras actividades que significaban salir de su casa. Es decir, afrontaba todas estas situaciones, cuando no tenía más pretextos para usar. Procuró un ejemplo en el que el marido le pedía ir al supermercado, y ella, si bien no quería ir, terminaba yendo cuando este se cansaba y le exigía que lo haga: *"al principio se enoja y no me dice nada, para no ponerme nerviosa, pero se cansa y me dice que haga algo, y lo*

termino haciendo". De este modo, la psicóloga descubrió que la paciente podía hacer la mayoría de las cosas, cuando había alguien más involucrado, pero cuando se trataba de ella, ponía variadas excusas para no afrontar. Según consta en la historia clínica, la psicóloga le respondió: *"tenés miedo de enfrentar muchas cosas, pero sabes hasta donde puedes tirar de la soguita..."*. Este fragmento de la sesión demuestra las conductas, que se refuerzan mutuamente en el intento de solucionar el problema, es decir el circuito auto perpetuante de la consultante (Casabianca & Hirsch, 2009).

Más adelante en el tratamiento, la terapeuta citó al marido de la paciente, D, sin la paciente, para indagar a mayor profundidad el circuito interaccional y averiguar de qué manera él estaba contribuyendo o reforzando, a la evitación de la paciente e indagar sus acciones, que podría hacer diferente. En la sesión, la psicóloga le explicó el efecto negativo que producía que él la ayudara ya que, contribuía a su evitación (Beyebach & Herrero de Vega, 2010), y esto permitió que D comprendiera la situación y se comprometiera en ayudar con el cambio (Casabianca & Hirsch, 2009).

Watzlawick (2000) afirma que, la tarea de la terapia breve consiste en ayudar al paciente a hacer algo distinto, cambiando su comportamiento y/o su interpretación de tal comportamiento o situación, con el objetivo de lograr una solución a su trastorno. En el caso de L, ella llegó a la admisión planteando como objetivo cambiar la importancia que ella le adjudicaba a la mirada del otro. A través de la reformulación del terapeuta logró comprender que eso no iba a ser posible, ya que no iba a pasar que no le importara lo que el otro opine: *"A veces uno cree que primero no le tiene que importar para después poder animarse, y pasa al revés. Hay que hacer, afrontar y la confianza se gana a medida que uno se muestra a sí mismo"*.

De esta manera, la terapeuta fue incentivando a que la paciente afronte, de a poco. Luego, en la siguiente sesión L comentó que ya se había animado a saludar a todos en el patio, situación que había comentado anteriormente era algo que le costaba hacer habitualmente. En sus palabras: *"mi problema es que pienso demasiado, pienso y me coarto, no es la mirada del otro, es lo que yo pienso de la mirada del otro"*. Es decir, L, fue reestructurando su punto de vista, y fue capaz de cambiar su interpretación acerca de algo que le generaba vergüenza y miedo, en este caso la mirada del otro. De esta manera, L

pudo dar cuenta que no era la situación o la mirada del otro lo que la limitaban a hacer o afrontar distintas situaciones, sino que era lo que ella pensaba acerca de la situación.

Wainstein (2006) plantea que la terapia debe conducir al cumplimiento de objetivos convenidos con el consultante, estos son planteados por el mismo al comienzo de la terapia y se relacionan con la resolución del problema. En el caso de L, su objetivo para la terapia tenía que ver con poder enfrentar situaciones cotidianas como llevar a la hija a la plaza, llamar al delivery, ir al supermercado o mirar a la gente en la calle. En otras palabras, ser capaz de afrontar estos escenarios pequeños que le provocaban vergüenza y ansiedad sin que le fuera un problema, dándole la posibilidad de disfrutar de actividades con su familia sin que esto signifique un problema.

En una de las sesiones en las que luego de hablar de los progresos logrados refiere: *"siento que cambio lo que pienso de la mirada del otro, lo pensé mucho, que el otro es el mismo, pero lo que yo pienso es diferente, eso me alivia en el cuerpo y en el pensamiento"*, cambiando su inicial punto de vista referente al tema. Según Hirsch y Rosario (1987) la modificación de los puntos de vista del consultante respecto a las razones de su malestar, la naturaleza del mismo y los modos de resolverlo, son lo que lleva a que una terapia sea exitosa.

Además de poder lograr el cambio anhelado, fue de gran importancia que la terapeuta, a lo largo del tratamiento continuamente reforzara los logros obtenidos de la paciente y evite recaídas. En la décima sesión, a mitad del tratamiento, al haber logrado varios de los objetivos mencionados, la paciente manifestó su entusiasmo frente a nuevos desafíos, como comenzar a estudiar una nueva carrera, lo cual en el pasado era inconcebible debido a sus miedos, confesando que ya no sentía miedo, y que veía este proyecto como una oportunidad. Le comentó a la psicóloga que mantenía la mejora y que había traído anotado, donde estaba al principio y donde consideraba que estaba ahora, en función de todo lo que se animó a hacer. En esta sesión la terapeuta reforzó todo lo que estuvo haciendo L, remarcando nuevamente, los logros obtenidos y las habilidades que tenía por haberlo logrado. De esta manera, se ayudó a la paciente a aumentar su sentido de competencia, su disponibilidad de cambio, aumentando sus posibilidades de mejores resultados en el futuro (Hewitt, & Gantivas, 2009). Además del refuerzo también se anticipó recaídas, debido al progreso tan rápido de la consultante lo cual instaba a la profesional a ser precavida,

explicando a la paciente que, *como en todo proceso, hay altos y bajos y en algún momento puede fallar, como todo en la vida*, para que luego no se frustrara en caso que no haya funcionado. De esta manera, si en el futuro, L tuviera una recaída, ésta fuera esperable evitando que desencadene en mayor ansiedad (Kopec, 2007).

Otro factor que contribuyó en gran medida al éxito del cambio, según la terapeuta, fue la motivación de la paciente (Casabianca & Hirsch, 2009). Sostuvo que L fue una paciente muy comprometida con el tratamiento y que semana a semana, se esforzaba en hacer algo distinto y en afrontar algo nuevo. Lo cual fue positivo para su accionar.

5.5 Describir las maniobras de cierre realizadas por el terapeuta a un paciente adulto con trastorno de ansiedad generalizada, desde el abordaje sistémico estratégico

En el tratamiento de L, la terapeuta sostiene que si bien, desde su perspectiva como psicóloga, consideró que era el momento adecuado del cierre, debido a los resultados positivos obtenidos de la paciente, ya que ésta iba disminuyendo los síntomas y afrontando cada vez más situaciones que antes evitaba, podía suceder que ante el planteo de cierre la paciente no estuviera de acuerdo y no se sintiera satisfecha con la decisión. Pero que su tarea era ayudar a que L se sintiera con las herramientas necesarias para continuar sola y coincidiera en cerrar, para que de este modo, no se sintiera expulsada de la terapia, sino que lo viviera como parte del proceso terapéutico (Figueroa & Hirsch, 2007).

El cierre del tratamiento, según lo informado por la terapeuta, lo tuvo en cuenta desde un comienzo, ya que el objetivo era que L pudiera ganar autonomía para sostener lo que se fuera poniendo en práctica a lo largo de la terapia. Una de las maniobras de cierre utilizadas desde un principio fue el refuerzo de los logros obtenidos o *redefinición del nuevo equilibrio logrado*, mediante la cual se remarcó todo aquello que L había logrado como ir al supermercado, o llevar a la hija a la plaza, como producto de sus habilidades y recursos (Nardone, 2000).

Además de reforzar, la terapeuta expresa en la entrevista que era necesario, por cautela, que su accionar expresara un cierto pesimismo frente a los logros obtenidos de la paciente. Declara que durante casi todo el tratamiento, *anticipó posibles recaídas*, y le expuso a la paciente que, como en todo proceso, podía haber fallas, de manera que si estas recaídas ocurriesen no fueran vividas como un fracaso sino, como un paso más en su camino. La

profesional anticipó a L la posibilidad de que en el futuro hubiera algún retroceso o recaída, para que de esta manera, si eso llegase a pasar no la tomara desprevenida (Kopeck, 2007).

Según consta en la historia clínica la terapeuta utilizó desventajas de cambio o la redefinición *no apresurarse*, reconociendo la mejora de la paciente y a la vez, recordándole de lo rápido de sus avances en el tratamiento y que no le convendría lograr más cambios (Fisch et al., 1984). Al plantearle a la paciente la posibilidad de cierre del tratamiento al inicio del tratamiento ésta manifestó su preocupación ante la posibilidad de seguir sola e indicó sentir miedo a que sus síntomas reaparecieran. Si bien la psicóloga utilizó desventajas de cambio durante todo el tratamiento, L respondió medianamente a estas intervenciones hasta las últimas sesiones.

Una vez superados los objetivos buscados, era momento de sostenerlos y de no seguir avanzando. Por esto mismo la profesional le propone a la consultante comenzar a espaciar las sesiones y pasó de verla de una vez por semana, a dos veces por mes y por último una vez por mes, hasta el cierre del tratamiento. Este espaciado, fue necesario, según la terapeuta debido a la naturaleza crónica del TAG (APA, 2013) lo cual instaba a no soltar rápidamente a la consultante, ya que podía empeorar y haber un retroceso en la terapia.

La psicóloga, refirió que en su momento le explicó la importancia de que ella ganara autonomía para que todo lo que ella había puesto en práctica, se consolidara y mediante el espaciado, esto se iba a poder verificar sesión a sesión. En el transcurso de sus encuentros la terapeuta y L pudieron verificar que la paciente tenía la capacidad de manejarse sola y de sobrellevar la situación eficazmente utilizando las herramientas vistas en terapia (Hirsch & Rosario, 1987).

Al confirmar que efectivamente L podía continuar sola la terapeuta acordó el cierre de tratamiento junto a la paciente. En esta sesión L leyó una carta que le escribió al *rugbier* (ansiedad). Esta tarea es llamada *La carta de despedida*, en este caso, de despedida de la ansiedad. La cual consiste en que la persona escriba una carta de despedida a su problema en la que, luego de agradecer los servicios prestados, detalle las razones por las que quiere prescindir de él (Beyebach & Herrero de Vega, 2010). En este caso, además de leer la carta de despedida a la ansiedad, y concientizar todo su progreso, se repasaron sus herramientas y se hizo énfasis en el sostenimiento.

En la última sesión, L le comentó al terapeuta que los últimos días anteriores a la sesión, venía sintiéndose mal, muy ansiosa, con dificultades para manejar los pensamientos y que luego de mandarle el mensaje de texto, se fue sintiendo mejor, y relacionó esto con saber que podía ir a terapia. En la sesión hablaron acerca del episodio de ansiedad el cual la terapeuta responde: "*Noe, va a pasar, porque no es algo que podamos controlar, no depende de vos, lo que sí, que cuando pase, cuando empieces a sentirte nerviosa...sepas que tenés tus herramientas y que puedes hacer algo*". Es decir, la psicóloga actuó normalizando el episodio de ansiedad, anticipó futuras recaídas recordándole que al tener un estilo ansioso, era muy probable que en el futuro volviera a pasar y de la importancia de la utilización de sus herramientas para afrontar esas situaciones.

6. Conclusión

El presente trabajo pretendió describir el tratamiento de una paciente de 34 años, con trastorno de ansiedad generalizada, desde el abordaje sistémico estratégico focalizado.

El desarrollo del caso se llevó a cabo a partir de la toma de datos de la historia clínica, archivada en la red informática interna de la institución. Asimismo, se realizó una entrevista semi dirigida a la terapeuta responsable del caso.

En referencia a los objetivos planteados, fue posible cumplirlos en totalidad. De acuerdo al primer objetivo planteado, se pudo describir que la paciente presentaba la sintomatología tomada como criterio para el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada. Dentro de estos síntomas la paciente presentó preocupaciones irreales y excesivas con respecto a temas cotidianos, durante la mayor parte del tiempo; síntomas físicos como taquicardia, sudoración excesiva y tensión motora en el brazo y en el aspecto conductual se caracterizó por la incapacidad de controlar la ansiedad, lo cual derivó en un deterioro en el ámbito familiar y social principalmente (Cia, 2007).

En cuanto a la descripción de las intervenciones realizadas por el terapeuta, desde el enfoque sistémico estratégico focalizado, se concluye que las mismas fueron adecuadas de acuerdo al modelo teórico en el que basa su procedimiento. La terapeuta del caso utilizó intervenciones principales como la reformulación, uso de preguntas y prescripción de tareas y de este modo logró el cambio anhelado por la paciente (Casabianca, & Hirsch, 2009). Además utilizó metáforas para confirmar las intervenciones anteriores y lograr un mayor

impacto y cercanía con la paciente (Figuroa, 2007). Por medio de intervenciones como las preguntas logró la reflexión del paciente en cuanto a su problema. La reformulación logró re enmarcar y modificar la visión del problema que tenía en un principio la paciente. Una intervención que contribuyó en gran parte al tratamiento y que sirvió como herramienta para la paciente, fueron tareas como diario de a bordo y el uso de la escala, las cuales se analizaron sesión a sesión y permitieron al terapeuta ubicar como se encontraba la consultante en ese momento del tratamiento.

Respecto a la evolución y los cambios producidos en la paciente, se sostiene que la paciente demostró cambios favorables respecto a su problema y al malestar inicial que relataba tener. Estos cambios se reflejaron en su conducta y en su interpretación respecto a su conducta y la situación que se enfrentaba (Watzlawick, 2000). En un principio la paciente relataba una gran preocupación al momento de enfrentarse a situaciones como salir a la calle y hacer actividades cotidianas. Lo cual cambió favorablemente con el transcurso de la terapia y fue capaz de afrontar las situaciones que le generaban miedo. Pudo lograr los objetivos que se planteó inicialmente, y realizar actividades cotidianas como ir al supermercado o llevar a la hija a la plaza. Lo cual motivó a la paciente al sostenimiento de su conducta.

Las maniobras de cierre, como refirió la terapeuta del caso, si bien fueron tomadas en cuenta desde el principio del tratamiento, fueron implementadas al observar los logros obtenidos por la consultante. A medida que la paciente lograba cambios la terapeuta ya comenzaba a reforzar los mismos remarcando todo aquello que la consultante había alcanzado y poniendo el énfasis en aquello que si se ha logrado como producto de las habilidades del paciente (Hirsch & Rosario, 1987). Además del refuerzo de logros también se anticiparon posibles recaídas, remarcándolas como parte del proceso (Kopec, 2007). Se remarcó durante todo el tratamiento las desventajas del cambio con el objetivo de reducir la posibilidad que reapareciera el problema (Fisch et al., 1984). De a poco, se fueron espaciando las sesiones para que, de este modo, la paciente fuera acostumbrándose a su autonomía y al uso de sus herramientas. Lo cual se fue trabajando de sesión a sesión, hasta que la profesional consideró que ya estaba lista para seguir sola y acordaron cierre del tratamiento (Hirsch, & Rosario, 1987).

La institución fue de gran ayuda para la realización de este trabajo ya que fue la que brindó el caso elegido, entre otros, lo cual facilitó la elección del mismo. Es importante recalcar la cooperación tanto de la coordinadora de pasantías de la institución, como de la terapeuta del caso, las cuales fueron de gran ayuda para la reunión de la información necesaria para el trabajo.

La utilización de la historia clínica obtenida de la red informática interna de la institución, la cual incluye un resumen de las intervenciones del terapeuta y transcripciones generales de la sesión fue de gran utilidad para el desarrollo de este trabajo. Sin embargo, resultó una restricción significativa el no poder o ver luego por video o cámara gessell las sesiones de la paciente con la terapeuta. Esto hubiera sido beneficioso para una mayor comprensión del proceso terapéutico en su totalidad.

Debido al curso crónico que caracteriza al TAG, hubiera sido enriquecedor saber si la paciente pudo sostener los cambios producidos y se hubiera hecho un seguimiento del caso. Si bien, como ya se mencionó anteriormente, en la institución lo realizan habitualmente, mandando una encuesta por mail a los pacientes pasados los cuatro meses de finalizado el tratamiento, muchas veces los pacientes no contestan lo cual, dificulta el conocimiento del estado actual en que se encuentran y su opinión respecto al tratamiento y a los terapeutas. Este fue el caso de L, quien no contestó la encuesta, por lo que no se sabe si, tuvo una recaída o, si pudo sostener el cambio.

Un aspecto que limitó, en menor medida, al desarrollo del marco teórico de este trabajo fue que debido a que este trabajo se basa en las transcripciones de la historia clínica la cual posee algunos términos específicos que se utilizan en la institución como por ejemplo el término *desventajas de cambio*. La búsqueda de bibliografía de este término resultó de gran dificultad, por lo que se terminó recurriendo a autores clásicos del tema quienes nombran el mismo término de otra manera y poder explicar aquello no encontrado.

Un aspecto del tratamiento que se podría haber adicionado como herramienta terapéutica, y que la paciente declaró era una actividad que la distraía y disfrutaba hacer, era el canto. Esto podría haber sido beneficioso ya que, al ser una actividad que la consultante manifestó disfrutar, podría haber sido una herramienta que hubiera utilizado para distraerse y reducir su ansiedad.

Debido a que la paciente presentaba dificultades en cuanto a las relaciones interpersonales, podría haberse propuesto también una terapia de grupo para que se trabajara en técnicas de entrenamiento en habilidades sociales con individuos que comparten problemas de ansiedad parecidos.

En función de los resultados obtenidos, a partir del caso analizado, se considera que el tratamiento de TAG, según el modelo sistémico estratégico es eficaz ya que se pudieron lograr los cambios anhelados por la paciente en un tiempo prudencial, y se pudo cambiar su conducta y marco de referencia respecto de su problema, lo cual ayudó a que la paciente afrontara progresivamente sus miedos y cumpliera sus objetivos en la terapia.

Como se mencionó anteriormente, a través de intervenciones como la reformulación, se logró que L reelaborara sus conceptos iniciales acerca de su problemática y concientizara en la naturaleza de su problema (Wainstein, 2000). Se diseñaron tareas destinadas a estimular un cambio en la manera en que la consultante manejaba sus dificultades en la vida diaria (Casabianca, & Hirsch, 2009), entre ellas tareas como el *diario de a bordo* que implicó que la paciente se fijara en su ansiedad y ejerciera de efecto distractor en situaciones ansiógenas (Beyebach, & Herrero de Vega, 2010). Desde este modelo se motivó a la paciente a afrontar gradualmente las situaciones que le provocaban ansiedad, lo cual ella hizo exitosamente, logrando cambiar su conducta y su forma de pensar el problema.

Un factor que tomó en cuenta la terapeuta y que colaboró al éxito de este tratamiento fue el espaciado de las sesiones. La profesional tomó en cuenta la dependencia a la terapia y la incertidumbre que la mayoría de los pacientes con esta problemática sostienen ante el cierre del tratamiento, continuar solos y que retornen sus síntomas y espació las sesiones a medida que la paciente lograba cambios. De esta manera, iba reforzando la autonomía de la paciente e iba monitoreando su estado.

En el modelo estratégico focalizado habitualmente se cita a los familiares a sesión para averiguar de qué manera tal miembro de su entorno influye en la ansiedad de la paciente (Casabianca, & Hirsch, 2009). En este caso la psicóloga citó al marido quien contribuía a que la paciente continuara evitando y le informó acerca del efecto negativo que producía su accionar. Afortunadamente, el esposo fue de ayuda y no continuó reforzando la evitación de la paciente lo cual contribuyó a la eficacia del tratamiento. Sin embargo

Este tema ocasionó preguntas, como por ejemplo: ¿Hubiera habido cambio si el marido de la paciente hubiera continuado apañando sus evitaciones? ¿Qué hubiese pasado si el marido de la paciente no la hubiera apoyado? ¿Hubiera sido beneficioso incluir a la madre en la terapia?

En el tratamiento del TAG la terapia que ha demostrado empíricamente poseer una adecuada eficacia es la TCC, (Capafons, 2001). Sin embargo, en este caso específico, el tratamiento fue exitoso ya que se trató de un problema cotidiano y este modelo se especializa en cuadros como estos.

Sería beneficioso que en un futuro se ampliaran los estudios respecto al TAG y a su relación con los rasgos de personalidad característicos y que se elabore un protocolo de tratamiento específico del trastorno ya que actualmente no existe.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Nueva York: The Guilford Press.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind, collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology*. New Jersey: Jason Aronson.
- Beyebach, M. & Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. España: Herder.
- Bulacio, J. M. (2011). *Ansiedad, Estrés y práctica clínica. Un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Akadia Editorial.
- Cade, B., & O' Hanlon, W. H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Camacho, J. M. (2005). *El humor en la práctica de la psicoterapia de orientación sistémica* (Tesis doctoral no publicada). Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires.
- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología Contemporánea*, 6(1), 14-21.

- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13 (3), 442-446. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713309>
- Casabianca, R. & Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia: Un registro para el Modelo MRI*. Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.
- Cazabat, E. H. (2007). Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec, & J. Rabinovich (Eds.), *Qué y Cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 15-20). Buenos Aires: Dunken.
- Celis, J., & Bustamante, M., & Cabrera, D., & Cabrera, M., & Alarcón, W., & Monge, E. (2001). Ansiedad y Estrés Académico en Estudiantes de Medicina Humana del Primer y Sexto Año. *Anales de la Facultad de Medicina*, 62 (1), 25-30. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37962105>
- Cía, A. H. (2007). Trastorno de Ansiedad Generalizada: Actualización Diagnóstica y Terapéutica, y Comentarios sobre el artículo “a Review of Basic and Applied Research on Generalized Anxiety Disorder”. *Revista argentina de clínica psicológica*, 15, 29-33. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921832003>
- Des Champs, C. (1995) Introducción: Los padres de la terapia familiar. En M. Rodríguez Ceberio, C. Des Champs, A. González, P. Herscovici, H. Label, C. Michanie, J. Moreno, & M. Wainstein (Eds.), *Teoría y técnica de la psicoterapia sistémica* (pp. 11-29). Buenos Aires: Ediciones Culturales Universitarias Argentinas.
- Estrada, E., & García-Vega, E., & Pérez-Espinosa, T. (2016). ¿Puede el entrenamiento en “focusing” mostrar eficacia como tratamiento coadyuvante en pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada? *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25 (1), 49-56. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281946989006>
- Feixas i Viaplana, G., Muñoz Cano, D., Compañ Felipe, V., & Montesano del Campo, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Barcelona: Universidad de Barcelona. Recuperado de
http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/1/Modelo_Sistemico_2012_2013r.pdf

- Figuroa, E. (2007). Dichos y metáforas. En D. Kopec, & J. Rabinovich (Eds.), *Qué y Cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 101-103). Buenos Aires: Dunken.
- Figuroa, E. & Hirsch, H. (2007). Sobre los cierres. En D. Kopec, & J. Rabinovich (Eds.), *Qué y Cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 129-136). Buenos Aires: Dunken.
- Fisch, R., Segal, L. & Weakland, J. (1984). *La táctica del cambio: Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Gantiva Díaz, C., Luna Viveros, A., Dávila, A., & Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4 (1), 63-72. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224086006>
- González, M., & Ibáñez, I., & Cubas, R. (2006). Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1), 23-39. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760102>
- González, M., Rovella, A., Barbenza, C., & Rausch, L. (2012). Tendencia a la Preocupación y Trastorno de Ansiedad Generalizada en adolescentes: contribución diferencial de los procesos cognitivos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1 (33), 31-50. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645437003>
- Haley, J. (2012). *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Hernández Córdoba, Á. (2007). Trascender los Dilemas del Poder y del Terapeuta como Experto en la Psicoterapia Sistémica. *Universitas Psychologica*, 6 (2), 285-293. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64760208>
- Hewitt Ramírez, N., & Gantiva Díaz, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27 (1), 165-176. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79911627012>
- Hirsch, H & Rosario, H. (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales*. Buenos Aires: Nadir.

- Kaplan, H. & Sadock, B. (1999). Trastornos de ansiedad. En *Sinopsis de psiquiatría, 8ª edición* (pp. 657-670). Madrid: Médica Panamericana.
- Keegan, E. (2007). La Ansiedad Generalizada como Fenómeno: Criterios Diagnósticos y Concepción Psicopatológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, XVI* (1), 49-55. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921832006>
- Kopec, D. (2007). El diseño de la terapia estratégica. En D. Kopec, & J. Rabinovich (Eds.), *Qué y Cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 21-30). Buenos Aires: Dunken.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (2002). Emoción y Clínica: Psicopatología de las emociones. En F. Palmero, E. G. Fernández-Abascal, F. Martínez & M. Chóliz (Eds.), *Psicología de la Motivación y la Emoción* (pp. 571-581). Madrid: McGraw-Hill.
- Mitte, K. (2007). Comparando la Eficacia de la Terapia Cognitiva Comportamental y la Psicofarmacológica en los Trastornos de Ansiedad Generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 15* (1), 69-74. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921832009>
- Nardone, G. (2000) De los modelos generales a los protocolos específicos de tratamiento: la terapia breve estratégica evolucionada. En P. Watzlawick, & G. Nardone (Eds.), *Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de la percepción de la realidad* (pp. 89-103). Buenos Aires: Paidós.
- Newman, M. & Anderson, N. (2007). Una revisión de la investigación básica y aplicada sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista Argentina de Psicología Clínica, 1*, 7-37. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921832001>
- Rizo García, M. (2011). Reseña de "Teoría de la comunicación humana" de Paul Watzlawick. *Razón y Palabra, 16* (75). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199518706028>
- Rovella, A., & González Rodríguez, M. (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en Humanidades, IX* (17), 179-194. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18417109>

- Sierra, J., & Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3 (1), 10 - 59. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Wainstein, M. (1995) La cuestión del lenguaje en la clínica sistémica. En M. Rodriguez Ceberio, C. Des Champs, A. González, P. Herscovici, H. Label, C. Michanie, J. Moreno, & M., Wainstein (Eds.), *Teoría y técnica de la psicoterapia sistémica* (pp. 63-83). Buenos Aires: Ediciones Culturales Universitarias Argentinas.
- Wainstein, M. (2000). La influencia del constructivismo en la psicoterapia breve interaccional. En P. Watzlawick, & G. Nardone (Eds.), *Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de la percepción de la realidad* (pp. 51-59). Buenos Aires: Paidós.
- Wainstein, M. (2002). *Comunicación, un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Editores.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Editores.
- Watzlawick, P. (2000) La técnica psicoterapéutica de la reestructuración. En P. Watzlawick, & G. Nardone (Eds.), *Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de la percepción de la realidad* (pp. 131-138). Buenos Aires: Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin, B. & Jackson, D. (1993). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., & Nardone, G. (1992). *El arte del cambio: Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J.H. (2000). Terapia sistémica individual. En P. Watzlawick, & G. Nardone (Eds.), *Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de la percepción de la realidad* (pp. 139-150). Buenos Aires: Paidós.
- Wittezaele, J. & Garcia, T. (1994). *La escuela de Palo Alto: historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.

