

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Trastorno de Ansiedad Generalizada,

Abordaje de un caso infantil desde el modelo sistémico estratégico focalizado.

Alumna: Cecilia Marisol de la Fuente

Tutora: Dra. Nora Inés Gelassen

Índice

1. Introducción.....	4
2. Objetivos.....	5
2.1 Objetivo general.....	5
2.2 Objetivos específicos.....	5
3. Marco teórico.....	5
3.1 Ansiedad normal y ansiedad patológica.....	5
3.2 Trastornos de Ansiedad.....	6
3.3 Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).....	7
3.4 Trastorno de Ansiedad Generalizada en Niños.....	9
3.4.1 Síntomas del trastorno de ansiedad en la infancia.....	9
3.4.2 Influencia de la familia en el desarrollo del trastorno.....	11
3.5 Psicoterapia Sistémica Estratégica Focalizada.....	13
3.5.1 Orígenes y evolución.....	13
3.5.2 Propuesta terapéutica	14
3.6 Tratamiento del TAG desde el enfoque Sistémico Estratégico Focalizado.....	18
3.6.1 Tratamiento psicoterapéutico.....	18
3.6.2 Técnicas de la psicoterapia en niños.....	20
4. Metodología.....	24
4.1 Tipo de estudio.....	24
4.2 Participante.....	24
4.3 Instrumentos.....	25
4.4 Procedimiento.....	25
5. Desarrollo.....	26

5.1 Presentación del caso.....	26
5.2 Describir los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada que presenta el paciente.....	27
5.3 Analizar la estrategia de abordaje y las intervenciones aplicadas por el terapeuta a lo largo del tratamiento según el modelo de terapia estratégica de resolución de problemas.	30
5.4 Explorar la evolución y los logros del paciente a lo largo del proceso terapéutico.	33
6. Conclusiones.....	36
7. Referencias	41

1. Introducción

El presente Trabajo Final Integrador se desarrolló dentro del marco de la Práctica y Habilitación Profesional, con el objetivo de articular los conocimientos incorporados durante la cursada de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo.

La institución elegida para este propósito fue una institución privada dedicada a las psicoterapias, ubicada en el barrio de Belgrano, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El centro brinda asistencia psicológica a todos los grupos etarios y formación para profesionales de la salud mental desde el modelo de terapia sistémico estratégico focalizado en resolución de problemas.

La Práctica y Habilitación Profesional tuvo una duración de 280 horas, con un promedio de 17 horas semanales. Las tareas realizadas en el Centro fueron: observaciones de pacientes en cámara Gesell, asistencia a reuniones de supervisión de profesionales, asistencia a cursos de formación interna y realización de tareas administrativas.

El caso seleccionado para desarrollar este Trabajo Final Integrador es acerca de un paciente de 7 años, el cual presentaba un cuadro de trastorno de ansiedad generalizada y resultó tener una recuperación exitosa en poco tiempo, para lo cual se revisó la historia clínica y entrevistó al terapeuta que realizó el tratamiento. El interés por desarrollar el trabajo tomando como base este caso, surgió a partir de un interés personal por la clínica con niños, desde un marco teórico sistémico. Además, por haber tenido resultados en pocas sesiones, se consideró relevante investigar las estrategias e intervenciones aplicadas en este tratamiento terapéutico.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general:

Caracterizar el tratamiento psicoterapéutico de un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada en un niño de siete años desde el enfoque sistémico estratégico focalizado.

2.2 Objetivos específicos:

1- Describir los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada del cuadro que presenta el paciente.

2- Analizar la estrategia de abordaje y las intervenciones aplicadas por el terapeuta a lo largo del tratamiento según el modelo de terapia estratégica de resolución de problemas.

3- Explorar la evolución y los logros del paciente a lo largo del proceso terapéutico.

3. Marco teórico

3.1 Ansiedad normal y ansiedad patológica

La ansiedad normal es definida como una emoción psicobiológica básica, adaptativa ante un desafío o peligro presente o futuro. Tiene la función de motivar conductas adecuadas para superar la situación y la duración es en relación a la magnitud y a la resolución del problema que la desencadenó. En cambio, la ansiedad patológica es una respuesta desmedida, pudiendo llegar a ser incapacitante, hasta condicionar la conducta del individuo. La palabra ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una

turbación, inquietud y por una inseguridad o temor ante lo que se vive como una amenaza. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica es que esta última se fundamenta en valoraciones irreales de la amenaza (Cía, 2007).

Según Beck y Clark (2010), la ansiedad es un sistema complejo que incluye respuestas cognitivas, afectivas, psicológicas y comportamentales que se activan cuando el sujeto se anticipa a la ocurrencia de eventos que pudieran ser dañinos y que se perciben como impredecibles e incontrolables. Este tipo de respuesta no solo puede derivar de desastres o eventos traumáticos de la vida, sino que en la mayoría de los casos se desarrolla debido a la demanda, presiones y estrés de la vida cotidiana. La ansiedad debe distinguirse del miedo, ya que este consiste en una respuesta de alarma automática neurofisiológica que se dispara ante una amenaza o peligro y pretende resguardar la seguridad del individuo, mientras que la ansiedad puede desatarse debido a la anticipación de la amenaza.

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

3.2 Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad incluyen características que comparten con el miedo y ansiedad excesivos y patrones de conducta relacionados. El miedo está más a menudo asociado con aumentos de excitación autónoma necesarios para luchar o huir, pensamientos de peligro inmediato y conductas de escape, y la ansiedad está asociada a menudo con tensión muscular y vigilancia en preparación para peligro futuro y

conductas cautelares o de evitación. A veces, el nivel de miedo o ansiedad se reduce por las conductas de evitación generalizadas. Los ataques de pánico ocupan un lugar destacado dentro de los trastornos de ansiedad como un tipo particular de respuesta al miedo (*American Psychiatric Association*, 2014).

La ansiedad se torna un trastorno cuando resulta desmedida e interfiere en el desempeño de las personas en lugar de facilitarles su rendimiento. En los niños se puede considerar la presencia de un trastorno de ansiedad cuando las preocupaciones propias de la infancia son excesivas en cuanto a su frecuencia y magnitud, generando reacciones tales como llanto, marcada timidez y angustia desmedida ante la separación de sus padres (Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad, 2008).

Cuando no se realiza un diagnóstico apropiado del trastorno y éste continúa desarrollándose a lo largo del tiempo, la persona puede sentirse impulsada a desenvolver una serie de conductas de evitación o huída que la hagan sentir protegida del potencial peligro, tales como salir lo menos posible de la casa y evitar todo tipo de contacto social (Puchol Esparza, 2003).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría en su quinta edición (DSM 5) los trastornos de ansiedad se clasifican de la siguiente manera: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ medicación, trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica, otros trastornos de ansiedad especificados, trastorno de ansiedad no especificado (APA, 2014). De todos los trastornos se profundizará en este trabajo sobre el TAG.

3.3 Trastorno de Ansiedad Generalizada

El TAG según plantea Cía (2007), presenta desde el punto de vista sintomatológico, componentes cognitivos, conductuales y fisiológicos. El componente cognitivo, consiste en la presencia de preocupaciones irreales y excesivas referidas a temas cotidianos, presentes durante la mayor parte del tiempo. El componente conductual, refiere a la incapacidad de controlar lo cual le provoca distrés y una disfunción significativa en las actividades familiares, ocupacionales y sociales. Presenta un componente fisiológico, expresado en síntomas que incluyen un aumento de

vigilancia o estado de hiperalerta, dificultad o imposibilidad de descansar, tensiones motoras, con inquietud, temblores o contracturas musculares, hiperactividad autonómica, que se manifiesta con cefaleas, sudoración, palpitaciones y sentirse irritable.

Normalmente las personas que padecen TAG, no reconocen que sus preocupaciones son indebidas o exageradas. La intensidad, duración y la frecuencia de la ansiedad son desproporcionadas respecto a las situaciones temidas. Generalmente, el daño asociado con TAG es ligero y las personas con este trastorno no están restringidas en el medio social o trabajo. Si llega a un estado severo puede ser incapacitante, resultando tener dificultad para realizar las actividades más simples cotidianas. La presentación del TAG es gradual y afecta con mayor frecuencia a las personas en la niñez o adolescencia, pero también puede comenzar en la adultez, refiere Bulacio (2011).

Según Donnelly y Rhoads (2015) las emociones de miedo y ansiedad son comunes en la niñez y adolescencia; es en el manejo adaptativo y el desarrollo de estrategias de afrontamiento para dichos estados donde se despliega la superioridad, la autonomía, la adquisición de habilidades y la maduración cognitiva. Los trastornos de ansiedad son caracterizados como trastornos de internalización, junto con la depresión y la distimia, y constituyen unos de los más comunes en niños.

Según el DSM 5 (APA, 2014), para establecer un diagnóstico de TAG, debe haber una ansiedad y preocupación excesivas que se produzcan durante más días de los que ha estado ausente y durante un período mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades. Al individuo que presenta este trastorno le es difícil controlar la preocupación y la ansiedad y entre los síntomas se encuentran: inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, fácilmente fatigado, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio). Estos síntomas deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

La aparición de uno u otros síntomas, según Rovella y Rodríguez (2008), se relaciona con factores como las pautas de respuesta familiar que son fruto de la herencia

o aprendizaje, del perfil reactivo psicossomático del individuo que a su vez guarda relación con formas pasadas de resolver y por último con el tipo de emociones implicadas en cada situación.

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

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

Es habitual que los pacientes con TAG, tanto niños como adultos, presenten o hayan presentado criterios de diagnóstico para alguna otra patología; las más comunes son trastornos del estado de ánimo (trastorno distímico o trastorno depresivo mayor), otros trastornos de ansiedad (pánico y fobias), trastorno obsesivo-compulsivo, enfermedades médicas (Cía, 2001).

El TAG se debe diferenciar en principio del trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, ya que los síntomas ansiosos se consideran como consecuencia de los efectos fisiológicos de la enfermedad y el trastorno debe diferenciarse también de las siguientes patologías, trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, trastornos del humor, abuso o abstinencia de sustancias (APA, 2014)

3.4 Trastorno de Ansiedad Generalizada en niños

3.4.1 Síntomas del trastorno de ansiedad en la infancia

El TAG en niños se caracteriza por la presencia de sintomatología ansiosa, que repercute sobre el funcionamiento escolar, social y familiar. Dentro de los síntomas característicos se encuentra la preocupación excesiva, típicamente en relación con las

actividades del ámbito escolar, aunque también se manifiestan en otras esferas de la vida social y familiar de los niños. Se destaca además un alto grado de perfeccionismo que lleva a estos pacientes a rehacer sus trabajos debido a que les cuesta sentirse satisfechos con los resultados. Los síntomas somáticos se relacionan con la presencia de cefalea y dolor abdominal recurrente sin el hallazgo de una causa orgánica que explique el cuadro. Los trastornos de ansiedad en niños representan un desafío desde el punto de vista diagnóstico. No es sencillo definir si se trata de un trastorno de ansiedad, o si se está frente a la presencia de una situación de temor o angustia que hace parte del desarrollo cognoscitivo y emocional del niño. Por este motivo, es frecuente que estos cuadros sean subdiagnosticados (Aldana, 2009).

Algunos niños, en vez de poder controlar la ansiedad y seguir adelante, quedan comprometidos con sus manifestaciones, esto les genera una gran incomodidad y aumenta sus temores. Algunos autores como Kendal (2000), afirman que el pensamiento de los niños ansiosos sobre sí mismos y el mundo, suele manifestarse como cogniciones desadaptativas, incluyendo temores de ser lastimados o heridos, además de presentar pensamientos autocríticos, de peligro y amenaza.

Los niños y adolescentes con TAG tienden a preocuparse excesivamente por su competencia o la calidad de su actuación en el ámbito escolar o deportivo, incluso cuando no son evaluados. Otro tema de preocupación son la puntualidad y acontecimientos catastróficos como los terremotos y la guerra nuclear. Los niños con TAG pueden mostrarse perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos debido a una insatisfacción excesiva con resultados que no son perfectos. Buscan en demasía la aprobación y requieren ser tranquilizados en exceso respecto a su actuación y a otras preocupaciones. Para arribar a un diagnóstico de TAG en niños, se requiere que experimenten al menos uno de los síntomas somáticos (impaciencia, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, problemas de concentración y/o de sueño), y que lo hagan ante un amplio espectro de eventos y actividades. Estos síntomas, deben prolongarse como mínimo durante seis meses (APA, 2014).

Al estudiar estos síntomas somáticos y el amplio espectro de eventos y actividades involucradas en el TAG de los niños, Friedberg y McClure (2005), describen la alteración funcional del trastorno en cinco niveles. El primer nivel es el fisiológico en donde las quejas somáticas, como por ejemplo, dolores de cabeza, panza, mareos y tensión muscular son los más frecuentes que aparecen, sin tener una causa

clínica comprobable. El segundo nivel alterado es el emocional. En él, los niños muestran preocupación, terror, pánico, miedo e irritabilidad que dan cuenta de cómo se ven afectados por la presencia de ansiedad. También presentan cambios importantes a nivel cognitivo, donde los síntomas reflejan la forma en que los niños procesan la información. Es característico de estos pacientes estar repletos de diálogos internos, predicciones y expectativas catastróficas de fracaso en el afrontamiento. Sus mentes se bloquean ante aspectos que pueden ser potencialmente amenazadores para ciertas situaciones, esperando que pase lo peor y no poder afrontarlo. Por ello la evitación forma parte de la manifestación más clara de ansiedad y refleja así otro de los niveles, el conductual. Finalmente, en relación al quinto nivel, el interpersonal, la aparición de la ansiedad hace que los niños sean más tímidos y sensibles frente a la evaluación negativa o examen de los demás.

Algunos estudios plantean que los niños que presentan indicadores de ansiedad tienden a tener dificultades académicas. En uno de ellos, realizado en Colombia, se encontró una asociación significativa entre el nivel de ansiedad y el de rendimiento académico. Los niños con rendimientos inferiores a los demás eran aquellos que presentaban niveles de ansiedad más altos (Moreno Méndez, Escobar Altare, Vera Maldonado, Beltrán Saavedra & Castañeda Maldonado, 2009).

Por otra parte, un factor que está relacionado simultáneamente con el rendimiento académico y con la salud mental son las habilidades sociales. Los niños que tienen relaciones de cooperación y apoyo con sus pares tienen una mayor autoestima, facilidad para la adopción de roles y la autorregulación del comportamiento y un mejor rendimiento académico (Lacunza & Contini de González, 2011).

3.4.2 Influencia de la familia en el desarrollo del trastorno

Para comprender mejor como se desarrolla el cuadro también es necesario, según La Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad (2008), prestar atención a las actitudes ansiosas de los padres para con sus hijos ya que van imprimiendo un modelado a lo largo del desarrollo que favorece al desenvolvimiento de los trastornos de ansiedad.

De acuerdo con Friedberg y Mc Clure (2005) los padres de los niños ansiosos suelen involucrarse en exceso o demasiado poco en las vidas de sus hijos. En ciertos

casos se muestran distantes y alejados de ellos y llegan a la consulta con el terapeuta con la pretensión de que el profesional “repare” las dificultades de los niños y, por lo general, no se presentan en las sesiones familiares y no realizan las tareas prescriptas. Otros de ellos sobreprotegen a sus hijos y se ocupan en exceso de evitar que se enfrenten con estresores vitales que resultan inevitables, ya que carecen de confianza en la capacidad de afrontamiento que poseen. De esta manera, los padres inhiben el proceso de aprendizaje de la capacidad de resolución de problemas y el desarrollo de habilidades de los niños; así el niño va construyendo una pobre autoimagen de indefensión, dejando de lado su autonomía e independencia (Levy & Banderas, 2005).

La calidad del vínculo materno-filial cumple un papel sumamente importante en el desarrollo de los trastornos de ansiedad en niños. La presencia de madres con trastornos de ansiedad, que desarrollan un vínculo inseguro con sus hijos, aumenta considerablemente la probabilidad de que sus hijos también padezcan un trastorno de ansiedad (Kaplan & Sadock, 1999).

El contexto es considerado como el marco en el cual la conducta y los mensajes verbales y no verbales se hacen significativos. Por lo que la conducta debe comprenderse dentro del mismo. Así, la sintomatología que puede presentar un sujeto no sólo debe ser considerada en el contexto de algún tipo de cambio orgánico, sino también en el de su significado dentro de la familia y del medio cultural al que éste pertenece. Tanto los factores precipitantes (aquellos acontecimientos aversivos actuales en la vida de un niño), como los predisponentes (los genéticos hereditarios) adquieren importancia y sentido entendiéndolos dentro del contexto en el cual el niño, se encuentra inmerso (Simon, Stierlin & Wynne, 1997).

Por todas las características que se describen, el comportamiento del niño se caracteriza por la evitación de interacciones o situaciones apropiadas para su edad y necesarias para un desarrollo sano. Por lo que es frecuente que el malestar no sólo se genere tanto para el propio niño que lo padece, sino también para quienes lo cuidan (Kendall & Verduin, 2008).

Como explica Cordella Masini (2014) la familia como sistema de cuidado dado por los padres, es esperado que el mecanismo de regulación de la angustia sea resuelto a través de la interacción familiar al regularse a lo largo del tiempo de desarrollo del niño. Puede fallar este trabajo y la ansiedad incrementarse cuando el circuito de la

homeostasis está fuera del umbral funcional. Si se logran comprender los patrones de interacción patológicos, se podría distinguir y cambiarlos a través de intervenciones específicas en la estructura familiar. Para dicho tratamiento se utiliza la clínica de la familia y la epistemología sistémica como se describirá a continuación.

3.5 Terapia Sistémica Estratégica Focalizada

Considerando la importancia que tiene la familia y su dinámica para comprender cómo se desarrolla el cuadro de la ansiedad generalizada, es necesario que el tratamiento de esta patología parta de una perspectiva que permita comprender el funcionamiento de la familia en cuestión como sistema. A partir de la construcción de un esquema de ese sistema, el abordaje de la sintomatología incluiría, no sólo los aspectos individuales, propios del paciente, sino también las interacciones sistémicas que mantienen el problema. Las intervenciones terapéuticas entonces responderán a un modelo que ofrece diferentes alternativas para iniciar procesos de cambio que transformen al sistema familiar, logrando que los síntomas remitan y previniendo posibles recaídas.

3.5.1 Orígenes y evolución

La terapia sistémica se basa en que el comportamiento de un individuo es considerando las entidades personales no como objetos autónomos, dotados de un esquema evolutivo y comportamental “determinado” propio, sino como entidades que interactúan dentro de un sistema de relaciones o un contexto caracterizado por un continuo y mutuo intercambio de informaciones entre las entidades singulares que se influyen recíprocamente (Nardone & Watzlawick, 1999).

Según Casabianca y Hirsch (2009), el modelo de Palo Alto comparte con otros modelos sistémicos varias premisas que considera de gran importancia como ser: la conducta de todo individuo es influida por otros individuos con los que mantiene relaciones. Los individuos que mantienen relaciones estables forman parte de un sistema. El contexto en el que los miembros de un sistema se desarrollan, significan sus conductas. Las conductas de un sistema se organizan según jerarquía e interdependencia. Todo sistema actúa según dos tendencias opuestas: a favor del cambio y a favor de la estabilidad.

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

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

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

3.5.2 Propuesta terapéutica

La terapia estratégica breve es una modalidad de intervención que permite ajustarse a las demandas actuales, se orienta a la efectividad y a acordar el período de psicoterapia (Hardy Schaefer, 2013).

La terapia centrada en soluciones entiende las dificultades de los pacientes como construídas en el lenguaje y parte del supuesto de que los problemas tienen que ver con conductas generadas a partir de su visión del mundo. El objetivo más importante de este tipo de terapia es construir e implementar soluciones. Una faceta característica de la terapia centrada en soluciones es que le dedica mucha más atención a explorar las soluciones que a investigar los problemas. Es importante conocer lo que aflige al cliente

para entender mejor qué es lo que quisiera que fuera diferente en su vida, cuál es el cambio que quiere lograr (Sáez, 2006).

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

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

Según Casabianca y Hirsch (2009), el modelo de Palo Alto comparte con otros modelos sistémicos varias premisas que considera de gran importancia como ser: la conducta de todo individuo es influida por otros individuos con los que mantiene relaciones, los individuos que mantienen relaciones estables forman parte de un sistema, el contexto en el que los miembros de un sistema se desarrollan, significan sus conductas, las conductas de un sistema se organizan según jerarquía e interdependencia, todo sistema actúa según dos tendencias opuestas: a favor del cambio y a favor de la estabilidad. Este modelo hace foco en los procesos, es decir en las secuencias repetitivas de conductas en las que se inscribe el comportamiento problema. Se presta atención a

qué comportamiento y de qué miembro del sistema desencadena la conducta problema y quiénes tienen el propósito de solucionarlo. Es por esto que lo que se intenta modificar es la secuencia de conductas que se refuerzan mutuamente en el intento de solucionar el problema, a lo que se llama ciclo autoperpetuante. Sin embargo, no se considera que existen circuitos buenos y circuitos malos, sino que un circuito puede ser funcional en un momento y disfuncional en otro cuando contribuye al mantenimiento de la conducta problema. El modelo de Palo Alto selecciona en terapia aquellos miembros del sistema más motivados para la resolución del problema y que el cambio en uno o más miembros favorece el cambio en el resto. Por el contrario de otros modelos, el modelo descrito se ocupa de intervenir principalmente en lo que los consultantes van a realizar fuera de la sesión. Las intervenciones son aquellas conductas del terapeuta que son planificadas específicamente para lograr el cambio.

Como esquema principal, el modelo propone como necesario un planteo inicial para definir el objetivo en términos de que este sea alcanzable y evaluable a medida que avanza la terapia. Luego, se establecen los pasos que ayudarían a alcanzarlo, estos deben ser lo suficientemente pequeños como para concretarlos y lo suficientemente significativos como para que valga la pena el esfuerzo. Se evalúa constantemente el avance de estos pasos. El proceso terapéutico consta de cuatro etapas fundamentales que deben ser cumplidas en el marco terapéutico. Estas son: la admisión, las sesiones, el cierre y por último el seguimiento (Kopec & Rabinovich, 2007).

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

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

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

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

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

Las direcciones de acción implícitas o explícitas que plantean la visión acerca de la naturaleza de una situación o problema determina el camino para su manejo. La definición de la situación problemática según cómo la ve el consultante al momento de solicitar la terapia, constituye la queja inicial. A partir de ella, las intervenciones del terapeuta, terminan de estructurar una presentación que es una construcción en la que interviene el mismo y no una mera mirada objetiva. De esta manera se construye el *motivo de consulta* el cual implica un cierto proceso de reestructuración, a partir de la queja inicial se define, lo más claramente posible, un problema que será considerado como motivo de consulta. Es importante que exista un acuerdo con respecto a esto, es decir que el problema sea tal tanto para el consultante como para el terapeuta (Casablanca & Hirsch, 2009).

La definición del motivo de consulta prepara y facilita las redefiniciones posteriores, que llevan al paciente cada vez más lejos de su visión inicial. La redefinición consiste en una operación mediante la cual el terapeuta es quien ofrece un nuevo sentido a una situación que vive el consultante habitualmente. Cuando el paciente acepta esta reestructuración cambia su propio marco conceptual o emocional y lo sitúa dentro de otra estructura que aborda la misma situación de igual o mejor manera que la planteada. Lo que realmente cambia es el sentido que se le da a la situación y no los hechos que corresponden a esta en sí (Hirsch & Rosario, 1987).

3.6 Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada desde el enfoque Sistémico

3.6.1 Tratamiento psicoterapéutico

En el proceso terapéutico, conviene que la intervención en este tipo de problemas tenga en cuenta el componente somático de la ansiedad. La información sobre los mecanismos fisiológicos promueve la cooperación del consultante y puede surgir un efecto muy tranquilizador. El control de la respiración y evitar la hiperventilación son también de útiles. En terapia breve, se prefiere la exposición en vivo, gradual, siguiendo el ritmo del paciente, pero ayudándole a que no deje de dar pasos, por pequeños que sean. El trabajo con excepciones ayuda a identificar y poner en marcha las estrategias que permiten al sujeto dominar su ansiedad en las situaciones de temor. Se complementan mucho estos recursos del propio consultante con tareas de relajación y focalización de la atención, el ensayo de cogniciones positivas y maniobras de distracción con tareas. Con pacientes extremadamente motivados y una buena relación terapéutica, puede seguirse 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. La prevención y la gestión de posibles recaídas ocupan también un lugar importante en la terapia. También las personas del entorno contribuyen a reforzar la ansiedad y la evitación con sus intentos de acompañar y proteger a la persona ansiosa. Para cortar con este patrón puede ser beneficioso informarles del efecto negativo que producen (Nardone y Watzlawick, 1990).

Si la forma de intentar ayudar es animando al consultante y siendo más optimista que él, puede ser de utilidad revertir el intento de ayuda y pedir al acompañante que sea más pesimista. En ocasiones, es necesario ayudar a la pareja o familia a que declare un «Espacio libre de ansiedad» (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

Asimismo, en la aplicación de la TCC al TAG, varios son los elementos tenidos en cuenta a la hora de la terapia. La psicoeducación y el automonitoreo son lo principal a aplicar, pero además se han incorporado elementos como la relajación, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Con la aplicación de la relajación, los pacientes incorporan un método para regular la ansiedad

cuando ésta aparece y de esta manera pueden afrontarla. Entre las técnicas utilizadas se encuentran la relajación progresiva de músculos o la respiración diafragmática. Por otro lado, la reestructuración cognitiva consiste en identificar directamente y reevaluar las creencias disfuncionales (Mitte, 2007).

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

Acerca del tratamiento de TAG, el papel de las tareas es muy importante en el modelo de terapia breve centrada en los problemas desarrollada en el Mental Research Institute de Palo Alto. En la entrevista con el terapeuta puede iniciar algunos cambios de tipo cognitivo en los pacientes, pero está sobre todo al servicio de recoger información detallada sobre los patrones de mantenimiento de sus problemas. Una vez evaluada esta información, se diseñan tareas que pretenden provocar un gran cambio en la manera en que los clientes manejan sus dificultades fuera de la sesión (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

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

Asimismo, hay evidencia de que la terapia cognitivo - conductual mejora el resultado terapéutico. Incluye técnicas de desensibilización, exposición prolongada, manejo de contingencias y estrategias cognitivas/ automanejo. La relajación, las imágenes visuales, los enunciados autoafirmativos, la autoinstrucción, la identificación de cogniciones erróneas y el reemplazarlas con pensamientos adaptativos ha sido combinado en varias formas en diferentes abordajes cognitivos. (Donnelly & Rhoads, 2015).

Según Gold (2006) la psicoeducación trata de explicar conceptos psicológicos que son de alta complejidad, para hacerlos comprensibles y útiles para ayudar al niño y para los padres y sus maestras.

3.6.2 Técnicas de la psicoterapia en niños

Friedberg y Mc Clure (2005) exponen que la terapia cognitiva con niños dispone de diversas técnicas, algunas de uso común y aplicables para el tratamiento de todas las problemáticas o trastornos psicológicos, y otras específicas para cada trastorno. Algunas de las técnicas generales de la terapia cognitiva con niños son: terapia de juego: a través del uso de diferentes juegos (tales como muñecos, cartulinas, juegos de mesa, arcilla) el terapeuta puede enseñar al niño modos de afrontamiento adaptativos a través de la activación de emociones. Los juegos se utilizan como estímulos para identificar pensamientos y emociones, corregir patrones de afrontamiento y enseñar habilidades sociales. Otra técnica es tareas para casa: las tareas asignadas por el terapeuta al niño son de gran utilidad ya que facilitan el proceso de adquisición de habilidades y promueven su aplicación en contextos y situaciones de la vida real. Permite que los niños pongan en práctica lo aprendido en las sesiones de terapia en los entornos en que se desenvuelve. Las tareas deben ser elegidas y diseñadas con anticipación y al momento de indicarlas al niño deben elaborarse en conjunto con él. Es fundamental concretar los detalles del modo en que debe realizarla, y se deben dividir en pasos que avancen gradualmente. Puede ser útil comenzar la tarea en sesión, ya que de esa manera el terapeuta puede percibir las dificultades con las que el niño puede llegar a encontrarse al realizarla. En cada sesión se debe hacer un seguimiento de las tareas asignadas en la sesión anterior. También existe otra técnica llamada producción de dibujos: la realización de dibujos resulta eficaz como medio para fortalecer el vínculo entre el niño y el terapeuta y facilita la evaluación e intervención. Al comienzo del tratamiento se suele indicar la realización de dibujos libres ya que contribuyen a la formación de una relación empática entre el niño y el terapeuta a la vez que aportan datos acerca de los intereses, inquietudes y estilo cultural del niño, como así también de la percepción de sí mismo y de sus relaciones con los otros, sus temores y estilos de procesamiento de la información. Otra estrategia que se puede llevar a cabo es solicitar al niño que se dibuje a sí mismo en un rol que elija para afrontar sus problemas (como por ejemplo, en el caso de niños con ansiedad el terapeuta puede sugerirle ser un

“maestro de los miedos” o “solucionador de problemas”) o bien el terapeuta puede colaborar en la producción de un dibujo acerca de un tema determinado (como ser las relaciones con sus compañeros de colegio, la hora de dormir, sus temores.

En relación al tratamiento en niños con TAG, existen diversas estrategias cognitivas específicas que pueden ayudar a los niños a controlar su ansiedad. Estas implican la exposición a las situaciones temidas, así como también que puedan expresar frases de autosuperación que se dirijan a aumentar sentimientos de control y autonomía (Kaplan & Sadock, 1999).

Friedberg y Mc Clure (2005) exponen una serie de técnicas específicas para cada fase del proceso de tratamiento del TAG en niños. Las técnicas propuestas por los autores son: automonitorización: el objetivo principal es que el niño pueda llegar a identificar sus pensamientos, emociones y conductas que refuerzan los síntomas del trastorno. Las técnicas que pueden ser aplicadas a lo largo de esta fase son: pintar burbujas: esta técnica consiste en que el niño pinte una serie de burbujas referentes a cada miedo que experimenta y vías de miedos: esta técnica se vale de uso de la metáfora de un tren, unas vías y una estación; se le solicita que dibuje un tren y éste debe seguir el camino que recorren sus miedos, pasando por diferentes estaciones (estación quién, estación de la mente, estación dónde, estación de la acción, estación del cuerpo y estación de las emociones). Al detenerse en cada una el niño debe responder a una serie de preguntas que el terapeuta formula. Así, el mismo tiene la posibilidad de aprender a reconocer la relación entre situaciones, pensamientos, emociones y acciones.

Otro tipo de técnica es la relajación, este tipo de intervención resulta sumamente efectiva en niños que presentan síntomas somáticos. A través de instrucciones previamente elaboradas por el terapeuta, se intenta que el infante pueda enfocar la atención en su propia respiración y en su tensión muscular. Se puede aplicar de dos maneras: relajación muscular progresiva: se puede aplicar de manera graduada, es decir, que se puede comenzar, por ejemplo, con sólo dos grupos musculares, dado que el solo hecho de que el paciente deba centrarse en sus sensaciones corporales puede resultar generador de ansiedad y respiración controlada: se intenta con esta técnica que el niño pueda tener un registro de sus sensaciones corporales ante determinadas situaciones, ofreciéndole la oportunidad de que pueda llegar a sentir que es capaz de no perder el control de sí mismo.

Asimismo, está la técnica del contracondicionamiento que se basa en la desensibilización sistemática, es decir, la exposición o recreación de situaciones temidas en las que el consultante pueda identificar detalles acerca de sus sensaciones fisiológicas, emocionales, cognitivas e interpersonales referentes a su sensación de temor. Para que este proceso se lleve a cabo de manera efectiva es fundamental que previamente haya realizado las técnicas de relajación anteriormente mencionadas. Luego se le solicita al niño que imagine un lugar que le resulte seguro y en el que pueda imaginarse a sí mismo confiado y tranquilo, para ir incorporando progresivamente las situaciones ansiógenas dentro de ese lugar.

Además, se puede recurrir al entrenamiento en habilidades sociales, se intentan recrear con el paciente aquellas situaciones sociales en que se desencadenan los síntomas ansiosos. Por ejemplo, con juegos con muñecos, se propone al niño que elija entre algunos muñecos aquellos que representen a sí mismo y a las personas que los rodean o a quienes teme en determinadas situaciones, y se lleva a cabo una dramatización de la situación junto con el terapeuta. El banco de niebla, es una técnica que pretende que el niño adquiera habilidades para responder a quienes siente que los molestan; haciendo uso del sentido del humor se busca desconcertar al otro que busca una reacción negativa. La técnica de ignorar, se intenta que el paciente pueda lograr ignorar las situaciones que le generan ansiedad, o entrenarlo para que pueda buscar una distracción en su mente que le permita no involucrarse negativamente en la situación. Otra técnica es la observación: se le indica al consultante que observe la manera en que actúan otros niños en las situaciones que considere generadoras de ansiedad para sí mismo, tomando en cuenta las estrategias que ellos despliegan para afrontar la situación, identificando las consecuencias tanto positivas como negativas de esas estrategias. Luego se induce al niño para que saque sus propias conclusiones acerca de cuáles son las mejores opciones para afrontar la situación. Por último, el role-playing, técnica a través de la cual se simula una situación real determinada, representando el niño y el terapeuta distintos personajes. El terapeuta, realiza una serie de preguntas al infante a fin de obtener información acerca de la persona que representará y luego lleva a cabo la simulación introduciendo elementos que provoquen cierto malestar en el niño a fin de conocer sus reacciones e intervenir en ellas.

Del mismo modo, las técnicas cognitivas de autocontrol, persiguen como objetivo principal que el niño pueda construir pensamientos de afrontamiento que se

contrapongan a su sensación de ansiedad. Por ejemplo, hablar con el miedo: en un primer momento es el terapeuta quien formulará las frases de afrontamiento; luego es el niño quien formula las propias y las escribe en una ficha y se le ofrece la posibilidad de que las pueda llevar consigo en situaciones en las que cree que se puede sentir ansioso. El terrible sospecho, es una técnica que tiene por objetivos ir desarmando los pensamientos catastróficos propios del TAG. El terapeuta enseña al niño a cuestionar sus predicciones. Se le indica al niño que escriba su predicción generadora de ansiedad y luego se cuestiona hasta qué punto está seguro de que lo que le preocupa sucederá realmente y si ha ocurrido previamente. El niño debe elegir entre las opciones: *Poco seguro/ Bastante seguro/ Muy seguro*. Si responde afirmativamente a alguna de las preguntas, se le cuestiona hasta qué punto fue tan terrible la situación. Por último, se hace una revisión de sus respuestas y se le solicita al niño que extraiga una conclusión. También para tratar el tema de las preocupaciones, la técnica de alarmas verdaderas versus falsas: se le pide al niño que puntúe sus preocupaciones en determinadas situaciones en una escala del uno al diez, y luego se verifica si verdaderamente sucedió lo que temía en cada situación; así el niño puede verificar de manera consciente si su temor guarda o no relación con la realidad. Por último, a través de la técnica llamada: solo porque, se propone al niño que formule un pensamiento negativo anteponiéndole la frase “Solo porque...” y luego contrastar dicho pensamiento y los hechos concretos y reales.

Los procedimientos basados en la ejecución se tratan con las técnicas de: Exposición: que se realiza indicando al niño que imagine la situación temida, y se va elaborando un registro del nivel de ansiedad, los pensamientos y las emociones que se le generan. Que el niño pueda recopilar información acerca de la situación puede ayudarlo a establecer hasta qué punto sus temores se corresponden con el suceso ansiógeno. También se puede aplicar la técnica a través de la producción de manualidades tales como dibujos que representen dicha situación.

Como por ejemplo, una metáfora para motivar la exposición gradual: “la escalera del valiente” que exponen Bunge, Gomar y Mandil (2007), que consiste en una escalera dibujada con números en los escalones. A cada peldaño se otorga una jerarquía. Lo cual resulta muy beneficioso cuando suben un escalón, ya que se sienten más seguros. Y con cada avance durante la semana, el terapeuta pedirá al paciente que se dibuje a si mismo en el escalón correspondiente. Asimismo, se puede adjuntar a cada

escalón un globo de pensamiento, que antes de exponerse, puede escribir lo que teme que pase. Una vez que el niño cumplió la tarea, podrá contrastar su predicción catastrófica previa con los datos concretos provistos por la experiencia.

Y para concluir, existen las técnicas de autorrecompensa, que se pretende recompensar los logros alcanzados por el niño, sabiendo que puede funcionar como un medio de reforzamiento en el proceso de mejoramiento. Con la denominada medalla de valor, se le entrega una medalla al niño con una serie de preguntas como: ¿a qué miedo me he enfrentado?, ¿cuánto tiempo y con qué frecuencia pude afrontar mi miedo?, ¿de qué maneras puedo afrontar mi miedo?, ¿qué cosas me han ayudado al afrontarlo? Al responderlas el niño va tomando conciencia de sus logros y de las estrategias de afrontamiento que ha ido adquiriendo a lo largo del proceso terapéutico (Friedberg & Mc Clure, 2005).

Todas estas técnicas tienen la finalidad de reducir los síntomas de ansiedad, cada una de ellas está orientada específicamente a uno o dos de los niveles en los que expresa la sintomatología según Friedberg y McClure (2005), por lo que un tratamiento completo requiere la combinación de varias de ellas.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo de caso único.

4.2 Participante

El participante es un niño de siete años de edad, que se encontraba cursando segundo grado de la escuela, presentaba un cuadro de TAG, el cual tuvo un tratamiento de terapia sistémica focalizada breve. El paciente resultó tener una recuperación muy satisfactoria en poco tiempo.

El grupo familiar del niño está conformado por sus dos padres y un hermano menor. La madre y el hermano han estado en tratamiento psicológico. La problemática del paciente afectaba su funcionalidad en todas sus actividades

El terapeuta encargado del caso es especialista en niños y con formación en terapia estratégica focalizada en resolución de problemas.

4.3 Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron la historia clínica del paciente sesión por sesión, incluyendo admisión e información acerca de: entrevistas a los padres, contacto con el colegio e informe escolar, entrevistas al paciente, administración de la escala de ansiedad Scared, forma para niños y para padres. Dicha escala analiza la ansiedad infantil ligada a trastornos emocionales, con respecto a sus propiedades psicométricas, la fiabilidad test-retest varía de moderada a excelente para la escala total y subescalas. La fiabilidad inter-jueces varía según la edad, siendo más alta para niños que para adolescentes. La validez es buena. Todas las subescalas discriminan a los ansiosos de otros trastornos de conducta y en algún grado a la depresión (Birmaher, 1999).

Y el cuestionario de estado de ánimo infantil abreviado (SMFQ), forma para niños y para padres. El cual es instrumento breve que propone evaluar el núcleo de la sintomatología depresiva en niños para saber cómo se están sintiendo o actuando en las dos últimas semanas. La versión combinada SMFQ-P y SMFQ-C, encontraron una sensibilidad del 70% y una especificidad del 85%. La consistencia interna medida con el alpha de Cronbach es de .85 para la SMFQ-C y de .87 para la SMFQ-P. En cuanto a la validez de criterio, ha mostrado buena correlación con otros instrumentos que evalúan sintomatología depresiva, como el Children's Depression Inventory (CDI) (Angold, 1995).

Entrevista semi-dirigida al terapeuta a cargo del caso, para indagar acerca del planteo del tratamiento y su evolución en relación a su desempeño escolar y en variadas situaciones.

4.4 Procedimiento

Análisis de la historia clínica del paciente perteneciente al sistema informático del Centro y entrevista al terapeuta para indagar acerca del sistema del paciente, tratamiento, intervenciones, técnicas administradas y características de la evolución.

5. Desarrollo

5.1 Presentación del caso

El caso que se analiza es acerca de un paciente de 7 años de edad, al que se llamará Valentino, el cual asistía a segundo grado en una escuela primaria privada. El grupo familiar al que pertenece está conformado por la madre (44 años), el padre (51 años) y un hermano menor de (4 años). La madre y el hermano estaban en tratamiento psicoterapéutico.

Los padres del paciente solicitaron una consulta porque Valentino presentaba mucha angustia, ansiedad y preocupación en el desempeño en muchas áreas de su vida y no sabían bien qué hacer para ayudarlo. Les costaba saber que le gustaba al niño. Frente a muchas situaciones éste recurría a la evitación y aunque sus padres intentaban comprenderlo y alentarlos a que las enfrentara, cuánto más lo hacían, más angustia le generaban y menos lo ayudaban. Cuando ya habían dejado de insistir, sucedía que un día Valentino afrontaba la situación y ya no volvía a evitarla, aunque sus padres no entendieran cuál había sido la causa del cambio. A partir de esta descripción se construyó como motivo de consulta la dificultad en encontrar estrategias adecuadas para ayudar a Valentino a enfrentar sus preocupaciones y temores. Como objetivo terapéutico se consensuó trabajar sobre los problemas que tenía en la escuela. Se pudo acceder a esta información por medio de la historia clínica y la entrevista al terapeuta, comprobando que el motivo de consulta surge como resultado de un acuerdo entre consultante y terapeuta y que está directamente relacionado con los objetivos del tratamiento y las intervenciones a aplicar (Casablanca & Hirsch, 2009).

La ansiedad del paciente se manifestaba en el ámbito escolar con resistencia para ir al colegio, en la clase de inglés con dolor de panza, cuando proponían una tarea en clase de una duración estipulada por la creencia en que no iba a poder concluir la tarea a tiempo y cuando no encontraba a su hermanito en el jardín, por un aumento de la angustia; y en las clases de natación lloraba por temor al agua. También en otros ámbitos se expresaba esta ansiedad: en el dentista, no quería abrir la boca para que le arreglen una muela porque tenía miedo de que le doliera. En la colonia de verano la pasaba mal los primeros quince días y no se integraba con los compañeros y cuando se iban de vacaciones con la familia a un hotel *all inclusive* quería estar en la habitación

con la tablet, en vez de integrarse con los compañeros y la animadora de los juegos. En los juegos cuando perdía, reaccionaba con llanto. Y hasta llegó a tener conductas agresivas en algunas situaciones, intentando pegarle a la abuela y en otro momento a la madre.

El paciente estaba muy pendiente de su desempeño y aunque se lo animara no lograba poder enfrentar la situación, cuando entraba en confianza o contaba algo que lo hacía sentir más seguro podía animarse y superar el momento. Además, presentaba una aparente obsesión con el tiempo, ya que estaba todo el tiempo controlando la hora. Esta preocupación particular podría pensarse en relación con un trastorno obsesivo-compulsivo, que es una de las comorbilidades más frecuentes con el trastorno de ansiedad generalizada (Cía, 2001).

Valentino estuvo anteriormente en tratamiento, a los 5 años, del cual los padres tenían poco registro pero recordaban que fue porque tenía dificultades para hablar y expresarse: según indica la historia clínica *se embarullaba al hablar, como que se atropellaba*, en palabras de la madre, y por eso lo derivaron a una fonoaudióloga. Llama la atención que en esa terapia no se haya tratado ningún tema relacionado con su estado del ánimo, siendo que años después se desarrolló el cuadro del trastorno ansioso. Como plantea Puchol Esparza (2003), cuando no se realiza un diagnóstico apropiado, éste continúa desarrollándose a lo largo del tiempo y la persona puede desenvolver una serie de conductas de evitación que la hacen sentir a salvo del potencial peligro.

A pesar de todas las problemáticas que el paciente poseía, presentaba muy buena interacción con los padres y el terapeuta. Desarrollaba ansiedad de rendimiento ante situaciones que representan evaluación. También sostenía vínculos positivos con pares en el ámbito escolar y un nivel global madurativo y cognitivo esperable para su edad cronológica.

5.2 Describir los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada que presenta el paciente.

A partir de la historia clínica se pudo conocer que la mayoría de los síntomas del TAG que presentaba Valentino, se sostuvieron durante varios meses y fueron

incrementándose, en cantidad e intensidad. Como se describe en el DSM 5 (APA, 2014), para establecer un diagnóstico de TAG, debe haber ansiedad y preocupación en exceso, que se produzcan durante la mayoría de días y durante un período mínimo de seis meses, en relación con diversas situaciones o actividades. Por otra parte, los síntomas presentes tuvieron un impacto sobre el funcionamiento escolar, social y familiar de niño, coincidiendo con lo que señala Aldana (2009) respecto de la repercusión que ellos tienen en la vida de los niños con TAG.

A partir del primer contacto con el paciente se inicia el proceso diagnóstico y también se indagan sus intereses. Éste refiere que le gusta el tenis, el fútbol, el dominó, el ajedrez, las damas y los legos.

La queja inicial según figura en la historia clínica es de la siguiente manera: frente a algo que le genera angustia o preocupación los padres le preguntan ¿por qué? él no contesta, los padres se preocupan y lo alientan a que lo enfrente, él sigue evitando, cuanto más alientan o indagan el porqué, menos hace Valentino, hasta que un día sin tener muy claro el motivo, se anima y ya no vuelve a evitar (información obtenida de la historia clínica).

En la segunda sesión se administraron el Cuestionario de Estado de Animo Infantil Abreviado (SMFQ) (Angold, 1999) y también la Escala de Ansiedad SCARed (Birmaher, 1999) formato para padres y niños. De acuerdo con lo que explica el psicólogo entrevistado, esta evaluación complementaria resulta necesaria ya que es habitual que los pacientes con TAG, presenten o hayan presentado criterios de diagnóstico para alguna otra patología; las más comunes son trastornos del estado de ánimo (trastorno distímico o trastorno depresivo mayor), otros trastornos de ansiedad (pánico y fobias), trastorno obsesivo-compulsivo (Cía, 2001).

A continuación se analizan los síntomas del paciente en el amplio espectro de eventos y actividades involucradas en el TAG en los niños y la alteración funcional organizándolos de acuerdo a cinco niveles, planteados por Friedberg y McClure (2005):

Nivel fisiológico: en la historia clínica se relata que, al principio del desarrollo del cuadro tenía ansiedad anticipatoria, Valentino se quejaba de dolor de abdomen cada vez que tenía la clase de inglés y tensión muscular muy frecuente que aparecía, sin tener una causa clínica comprobable. El terapeuta también visualizaba movimientos torpes.

Nivel emocional: se representaba con angustia en el colegio cuando no encontraba a su hermano en el jardín y debía ir a asegurarse de que estaba y hasta verlo no se quedaba tranquilo. En la historia clínica, la madre relata lo siguiente: *La maestra lo vio preocupado a la mañana y le dijo que era porque pensaba que el hermanito que va al jardín podría llegar tarde y lo llevó a la sala del hermano, lo abrazó y se le pasó.*

Además, Valentino presentaba preocupación por llegar a cumplir la tarea asignada en el tiempo indicado y llegó a ponerse a llorar en clase. La siguiente información extraída de la historia clínica da cuenta que, en la admisión, la queja inicial fue en palabras de la madre, *El otro día nos llaman del colegio y nos dicen que va muy bien pero cuando la maestra dice: Hagan el ejercicio y a las 10 me lo tienen que entregar él se larga a llorar porque dice que no va a llegar.*

Por otra parte, el niño presentaba agresividad con su abuela y su madre, llegando a tener impulsos de pegarles. En la primera sesión registrada en la historia clínica aparece la queja inicial de la madre: *ahora le ha dado por pegar. Le tiró un golpe a la abuela la semana pasada. Y el otro día, creo que fue el jueves, él estaba en la ventana, parece que todavía estaba angustiado por lo del colegio, pero yo no me di cuenta, pensé que estaba distraído, me acerqué a hablarle le puse la mano en el hombro y me tiró un golpe en la cabeza.*

Estas descripciones se corresponden con los aspectos emocionales preocupación, miedo e irritabilidad, todos síntomas que se enumeran en la descripción del trastorno incluida en el DSM 5 (APA, 2014), dando cuenta de cómo Valentino se ve afectado por la presencia de ansiedad.

Nivel cognitivo: se reflejaba en la obsesión con el tiempo y autodesempeño, que se hace evidente en el paciente con alta autoexigencia en el colegio. Como describe Aldana (2009), los pacientes con esta patología suelen destacarse por un alto grado de perfeccionismo. Estos síntomas reflejan la forma en que los niños procesan la información y es característico de estos pacientes estar repletos de diálogos internos y expectativas catastróficas. Puede suponerse que este caso es un ejemplo de bloqueo mental frente a momentos que pueden ser potencialmente amenazadores, ya que los pacientes con TAG temen que pase lo peor y no poder afrontarlo. En la tercera sesión la madre cuenta: *Te quería contar que me dijo que le preocupaba cuando no puede llegar a copiar todo del pizarrón.* Esto, al mismo tiempo que revela la marcada autoexigencia

del niño como expone la APA (2014) puede pensarse como resultado del mencionado bloqueo que genera el temor a no poder resolver.

Nivel conductual: haciéndose evidente también en el temor y evitación con el arreglo de muela del dentista llegando a no poder abrir la boca para que trabajara el profesional en el arreglo. En la colonia de verano y en las vacaciones familiares, su ansiedad se manifiesta a través de la evitación, siendo ésta la principal manifestación de la ansiedad del paciente.

Finalmente, en el nivel interpersonal su ansiedad se observaba con la competitividad en los juegos, ya que cuando no ganaba se sentía mal y le daba bronca como para llorar. Esto se puede pensar como un resultado de su falta de confianza e inseguridad, aunque sus padres lo animan constantemente. De este modo, los incidentes podrían relacionados con su sensibilidad frente a la evaluación negativa de los demás (Friedberg & McClure, 2005). También manifestaba retraimiento, ya que los padres no saben con exactitud los gustos de Valentino. El terapeuta cuenta en la entrevista que la madre expresa que es muy retraído, al punto de no saber ella misma qué le pasa en algunas ocasiones en que se aísla porque no quiere contarle nada.

5.3 Analizar la estrategia de abordaje y las intervenciones aplicadas por el terapeuta a lo largo del tratamiento según el modelo de terapia estratégica de resolución de problemas.

A partir de la historia clínica y de la entrevista con el terapeuta, se pudo ver reflejada la estrategia de abordaje, según el marco de la terapia sistémica estratégica de resolución de problemas, y la complementación de aplicación de técnicas cognitivo conductuales. Como dan cuenta Donnelly y Rhoads (2015), de la evidencia de que la terapia cognitivo-conductual, mejora el resultado terapéutico de estos cuadros psicopatológicos.

En primer lugar, el psicólogo abordó la psicoeducación a los padres y a maestros del colegio, para que acompañaran mejor al niño en el proceso, entendiendo lo que le sucede y enseñándoles cómo tratarlo. Como explica Gold (2006) la psicoeducación se

propone explicar conceptos psicológicos para hacerlos comprensibles y útiles para ayudar al niño incluyendo en el tratamiento a los padres y maestros.

En el marco de una terapia basada en el modelo sistémico, además de lo anteriormente mencionado, la psicoeducación es útil para modificar las conductas que refuerzan el problema (ciclo autoperpetuante). Como destacan Casabianca y Hirsch (2009) el foco de un tratamiento de este tipo está puesto en los procesos de conductas en las que se inscribe el comportamiento problema y la psicoeducación a padres y maestros puede pensarse como el inicio del proceso de cambio, ya que según Rovella y Rodríguez (2008), los síntomas del trastorno se relacionan con las pautas de respuesta familiar, que son fruto tanto de la herencia como del aprendizaje. En este caso se comunicó a los padres el encuadre del proceso terapéutico y hubo comunicación también con el psicólogo del colegio. Avanzado el tratamiento, la psicoeducación se reorientó para transmitir a los padres la posibilidad de generalizar los aprendizajes y estrategias trabajados en la terapia a otros contextos que provoquen temor (Información obtenida a partir de la entrevista semidirigida al terapeuta).

El terapeuta cuenta en la entrevista que en la primera sesión le explicó a los padres que iban a tener que involucrarse con el tratamiento: *Desde el inicio les expliqué que el tratamiento iba a ser compartido, que algunas veces iba a trabajar con Valentino solamente, otras con ellos, y quizás alguna vez todos juntos. También que iba a necesitar la colaboración del colegio. Las sesiones van a ser espaciadas, porque este problema tiene tiempo.*

En el caso analizado y a partir de la información obtenida en las entrevistas iniciales, fundamentalmente aquella relacionada con los patrones de mantenimiento de los problemas, el terapeuta eligió algunas tareas con el objetivo de provocar un cambio en la manera en que el paciente manejaba sus emociones y pensamientos. Como plantean Beyebach y Herrero de Vega (2010) el papel de las tareas es muy importante en el tratamiento de TAG, en el modelo de terapia breve centrada en los problemas desarrollada en el Mental Research Institute de Palo Alto.

Una de las tareas que respaldó la mejora fue decirles a los padres de jugar con el niño alguna actividad que le resulte gratificante entre 15 y 20 minutos por día, para mejorar los vínculos. Friedberg y Mc Clure (2005) proponen los juegos como

herramientas para identificar pensamientos y emociones, que luego se tomarán como base para corregir patrones de afrontamiento y enseñar habilidades sociales.

Otra propuesta del terapeuta, según figura en la historia clínica, fue la técnica llamada *escalera del valiente* (Bunge, Gomar & Mandil, 2007). En este caso se utilizó como una metáfora para motivar al niño a ir al dentista, preparándolo para la exposición gradual con dibujos alusivos al tratamiento odontológico y demás situaciones que lo angustiaban. Se le indicó que dibujara en cada escalón una situación que le generaba miedo y se ubicara cada vez que lo hiciera en uno de los peldaños. La indicación fue que hiciera con sus padres la escalera del valiente todos los días.

En la séptima sesión se prescribe la tarea llamada *recetas médicas*. La misma consiste en utilizar un talonario de recetas para que el niño las complete como si fuera una orden médica y se las entregue a la madre o al padre indicándoles lo que necesita que hagan ellos para sentirse mejor. El objetivo de esta tarea es mejorar la comunicación entre el paciente y sus padres.

Además de las distintas tareas, se llevaron a cabo técnicas de relajación para que el paciente estuviera mejor predispuesto físicamente para afrontar las situaciones ansiógenas. Mitte (2007) incluye estas técnicas, junto con el automonitoreo, dentro las herramientas principales a las que recurre la terapia cognitivo conductual para el tratamiento del TAG. Dentro de la terapia sistémica, Nardone y Watzlawick (1990) advierten que en cualquier intervención para controlar la ansiedad debe tenerse en cuenta el componente somático y recomiendan el control de la respiración como forma de obtener la relajación del paciente y, al mismo tiempo, evitar la hiperventilación.

Dentro de lo conductual, el tratamiento de Valentino recurrió en distintos momentos clave al refuerzo. Por una parte, se reforzó verbalmente a los padres el que hayan seguido las indicaciones del terapeuta, felicitándolos y al mismo tiempo marcando que los logros terapéuticos se debían al hecho de haber implementado las técnicas sugeridas. Por otra parte, se recurrió también al refuerzo con el niño, por ejemplo cuando se le promete un premio que funcione como meta motivante en el caso de que pudiera superar las pruebas que se le presentaban. Después de superar su temor a ir al dentista, se realizó una sesión de juego dejando elegir al paciente los juegos que deseara jugar con el terapeuta y además se hizo entrega de un diploma por haber

vencido el miedo. El terapeuta cuenta en la entrevista semidirigida que tuvo un dialogo con el paciente inmediatamente después de la consulta con el dentista, y le dijo:

Estoy muy contento. Hiciste los pasos como lo planeamos y subiste toda la escalera del valiente, ¡venciste al miedo!! La próxima vez que nos veamos voy a entregarte un diploma y vamos a jugar toda la sesión, ¿A qué te gustaría jugar?

Valentino responde: *Al ajedrez... puede ser con la Tablet?*

El terapeuta asiente: *Sí claro*

Valentino aclara: *Al ajedrez y al Class Royale!*

Además del aspecto de refuerzo de esta sesión de juego, se puede considerar, siguiendo a Friedberg y Mc Clure (2005), que a través de un juego es posible enseñar al niño modos adecuados para una mejor gestión de emociones y pensamientos, corregir patrones de afrontamiento y enseñar habilidades sociales.

Para finalizar el tratamiento, se retoma la cuestión de generalizar lo aprendido a las distintas situaciones que le generaban miedo al paciente, siempre con la ayuda de sus padres. También, como refuerzo positivo, se indica que hagan junto con su padre algo que le guste mucho, y Valentino decide ir a un lugar de juegos mecánicos, *Neverland*.

De acuerdo con Bulacio (2011), las distintas tareas y técnicas implementadas como parte del tratamiento apuntan a modificaciones en alguno de los factores que intervienen en la determinación de la sintomatología ansiosa, ya sean emocionales, conductuales o racionales. El cambio puede iniciarse por cualquiera de estos aspectos, para luego extenderse al resto de ellos.

5.4 Explorar la evolución y los logros del paciente a lo largo del proceso terapéutico.

En términos generales, la evolución del paciente fue satisfactoria y el grado de esperanza de recuperación fue alto. En diez sesiones presentó muy buena interacción con los padres y el terapeuta y comenzó a establecer vínculos positivos con sus pares en el ámbito escolar. Además, fue muy buena la colaboración de los padres con el tratamiento.

En el comienzo del tratamiento se acuerda con los padres el objetivo principal del mismo, la meta mínima es reducir la angustia que Valentino siente en distintas situaciones escolares. Ya desde la admisión se trabaja con las cogniciones del niño a través de reformulaciones que buscan estimular pensamientos enfocados en aquello que lo hace sentir más seguro y le ayuda a afrontar las situaciones. La estrategia que registra el terapeuta en la historia clínica se basa en no ser insistente y respetar los tiempos del paciente, como forma de ayudarlo a ganar confianza. La elección de esta forma de abordar el problema de Valentino, surge de considerar que la preocupación excesiva de los padres y su insistencia cada vez que el niño manifestaba su angustia no era la forma más adecuada. Esto tiene cierta relación con las actitudes de los padres descritas por Friedberg y Mc Clure (2005), en particular la de aquellos que sobreprotegen a sus hijos y se ocupan excesivamente en evitar que se enfrenten con situaciones que los angustien. De acuerdo con los autores esto puede empeorar las cosas, ya que los niños que sienten esa preocupación de sus padres tienden a tener poca confianza en su capacidad de afrontamiento.

En pocas sesiones este trabajo comenzó a mostrar los primeros cambios positivos. Según la historia clínica, la madre expresa en la cuarta sesión: *los episodios de angustia disminuyeron, las últimas semanas no se angustió ningún día en el aula. Está mejor para ir al colegio, no llora.* Se puede ver en esta frase que la disminución de la angustia del paciente genera una actitud más positiva en la madre. Se puede pensar en el inicio de un proceso de cambio tipo II (Wittezaele, 1994) en el cual un cambio en las emociones del niño puede generar un cambio en otros miembros del sistema, retroalimentándose. Si disminuye la preocupación de la madre, es probable que también lo haga su presión sobre Valentino y que éste desarrolle más la confianza en sus propias capacidades.

Una posible consecuencia de este cambio fue que el paciente tomara confianza para expresarle a su madre sus deseos, en contraste con el retraimiento que presentaba anteriormente, al punto de que la madre decía que no sabían lo que pensaba. Ahora, ella cuenta: *Nos pidió salirse de fútbol porque no le gusta y lo sacamos. Después preguntaba si lo podíamos sacar de inglés, pero le dijimos que inglés no. Igual, tuvo la prueba de inglés ayer y le fue bien.*

En el relato anterior se puede observar cómo comienza a extenderse el efecto de las intervenciones en terapia a la vida cotidiana del niño de una manera que podría

calificarse como eficiente, dada la rapidez con la que se produjo. Wainstein (2006) señala la importancia que esto tiene para lograr alcanzar los objetivos convenidos con el consultante. A esta altura del tratamiento se evidencia que las expectativas de recuperación son altas, aunque el terapeuta registra que debe mantenerse alerta para no permitir que la evitación siga siendo una estrategia para no afrontar los problemas. En este sentido la respuesta de la madre fue correcta y oportuna. En la entrevista, el terapeuta cuenta que en la psicoeducación a los padres se les destacó la importancia de no reforzar las conductas evitativas del niño, en su intento de protegerlo y evitarle situaciones de angustia. Nardone y Watzlawick (1990) señalan el papel que suelen tener algunas personas del entorno que, con las mejores intenciones, colaboran para mantener el circuito de la ansiedad y la evitación. Para cortar con este patrón recomiendan justamente advertirles del efecto negativo que producen.

En la sesión siguiente, según cuenta el terapeuta en la entrevista semidirigida, los padres cambian el motivo de consulta y la meta mínima pactada. La madre informa que: *Ahora está con una caries y mucho miedo par ir al odontólogo. En el momento se transforma, cierra los ojos y no habla, no quiere que lo toquen con eso que es como para hacer la limpieza. Se queja porque dice que le duele.*

A partir de este planteo, que probablemente haya sido impulsado por el éxito inicial del tratamiento, se debe clarificar y refocalizar el mismo para trabajar el temor al dentista. En palabras del terapeuta: *esto nos obligó a dar un giro de 180 grados con poco margen de maniobra. No quise generarles ninguna falsa expectativa, teníamos poco tiempo por el tratamiento odontológico. Se trabajó con el paciente en exposición progresiva imaginaria, apoyándose con los dibujos; también se trabajaron las expectativas de los padres, advirtiéndoles el poco tiempo disponible y la necesidad de cumplir con las tareas terapéuticas.*

Como previamente fue enunciada la técnica de la escalera del valiente, consiste en la representación de una escalera con situaciones graduadas según el nivel de temor que le generan al paciente. Éste debe ubicarse en ella a medida que se avanza en la exposición progresiva. En este caso se propuso al niño que dibuje en cada escalón los pasos para arreglarse la muela. En el primer escalón dibujó la sala de espera, en el segundo el mueble del odontólogo, en el tercero el anestésico local, el cuarto es el explorador y el quinto el trabajo de arreglo de la muela. Dice el niño: *hasta este (Señalando el 3º escalón) llego.* El terapeuta prescribe al paciente que para vencer al

miedo tiene que llegar hasta el 5° escalón de la escalera del valiente. El niño se compromete a hacer y se indica a los padres dibujar con él la escalera todos los días, al menos una vez, sugiriendo que el paciente falte al colegio el día de la consulta con el dentista, para que esté más distendido.

En la sesión siguiente la madre informa, muy contenta, los avances de Valentino: *Entró al dentista y se dejó hacer todo, pero la semana que viene tiene otra vez.* Se observa aquí un nuevo logro del tratamiento, la remisión momentánea de la conducta de evitación al dentista. El terapeuta valida el éxito de la intervención y se prescribe la misma estrategia para las siguientes visitas al odontólogo. En la sesión siguiente (la séptima) los padres, visiblemente contentos por los resultados, confirman que el niño ha superado la evitación y ya no se muestra angustiado por la idea de tener que ir al dentista.

En la historia clínica, en las observaciones de la sexta sesión, figura que la madre habló con el psicólogo escolar y éste dice que el niño está mejor en la escuela. *Hasta lo nombran abanderado en el colegio,* dice la madre. Sin embargo, se registra una queja de ésta, quien comenta que las clases de inglés brindan un encuadre poco contenedor para los chicos y que hay varios conflictos interpersonales de los compañeros del paciente que tienen origen en el mismo espacio.

La evolución del paciente, de acuerdo con lo que dice el terapeuta en la entrevista, no se detiene con la finalización de las sesiones. La última sesión intenta ser, al mismo tiempo, un cierre que valora los logros terapéuticos, reforzando los esfuerzos del niño con una sesión de juego libre y con la entrega de un Diploma por haber vencido al miedo, que se corresponde con la *medalla del valor* que proponen Friedberg y McClure (2005) como medio de autorrecompensa que funciona como reforzador de las conductas aprendidas.

6. Conclusiones

El presente trabajo tuvo como finalidad la descripción del tratamiento de un paciente de 7 años, con TAG, en el marco de la terapia sistémica focalizada en resolución de problemas. La institución que proporcionó el caso clínico colaboró para poder llevar a cabo el trabajo: la coordinadora de pasantías habilitó el espacio de

supervisión para comunicarse con el terapeuta que ofreció el caso y respondió a la entrevista.

Respecto a los objetivos planteados, se pudieron cumplir en su totalidad y demostrar el éxito del tratamiento con resultados obtenidos en poco tiempo y con expectativas de que sean sostenibles.

En primer lugar, cumpliendo con el primer objetivo de este trabajo, se logró describir la sintomatología característica del TAG en el amplio espectro de manifestaciones y ámbitos como el familiar, escolar, social y en el caso particular de la asistencia a un tratamiento de salud (consulta al dentista). Asimismo, el trastorno se pudo ver ejemplificado en sus diferentes niveles de manifestaciones, categorizados por Friedberg y Mc Clure (2005), en nivel fisiológico, nivel emocional, nivel cognitivo, nivel conductual y nivel interpersonal. Los cuales el terapeuta pudo evaluar diagnósticamente con una escala y un cuestionario que confirmaban la hipótesis a partir de la entrevista inicial. Desde una perspectiva sistémica, el terapeuta analiza el sistema familiar e interpreta que la preocupación de los padres y su insistencia para que el niño enfrentara las situaciones resultaba inútil y mantenía el problema.

El segundo objetivo, referido al tratamiento, considera las estrategias elaboradas en función de los objetivos del proceso, las intervenciones y técnicas utilizadas para llevarlas a cabo. A partir del diagnóstico inicial, el terapeuta comenzó a trabajar con técnicas cognitivas, la angustia y preocupaciones del niño respecto de situaciones escolares, para luego cambiar el foco ante el pedido de la madre, recurriendo a la exposición progresiva, con una técnica especialmente adaptada para niños. También se aplicaron técnicas de relajación, juegos y tareas para realizar fuera de las sesiones. El desarrollo de las mismas fue llevado a cabo de manera satisfactoria, con la colaboración tanto del paciente como de sus padres, quienes mostraron una buena predisposición con las tareas y concurrieron a las sesiones como indicaba el terapeuta. Siendo también de vital importancia, la psicoeducación a los padres y a los maestros en cooperación con el psicólogo del colegio para abordar el caso de la mejor y más completa forma.

En cuanto a la evolución, se puede decir que fue bastante rápida. El manejo del proceso de cambio por parte del terapeuta fue bien encaminado desde el principio, obteniendo mejorías promediando el tratamiento y completando las sesiones estipuladas

con resultados consistentes con las metas planteadas y esperanzadoras con respecto al futuro.

A pesar del trastorno generalizado que poseía el paciente, con un tratamiento bien enfocado en objetivos y ayudando a que se establezca el mismo, se logra aprovechar su nivel de exigencia de una manera óptima. En el caso de Valentino, su alto nivel de exigencia representaba un problema en la medida en que le generaba temor de fallar y angustia frente a esos pensamientos, el resultado de esto era un nivel de ansiedad incapacitante que, en el extremo, hacía que el niño no pudiera concluir una tarea escolar simple cuando se le daba un tiempo limitado para hacerlo.

Las dificultades de Valentino recuerdan el estudio de Moreno Méndez et al. (2009), en donde se halló una asociación significativa entre el rendimiento académico y el nivel de ansiedad. Aunque en el caso analizado no se llegó a que el niño se convirtiera en un alumno problemático, porque la preocupación de los padres por el efecto que la ansiedad estaba teniendo sobre su rendimiento escolar, los llevó a buscar un tratamiento. Los resultados obtenidos tras pocas sesiones los tranquilizaron, e incluso el niño tuvo una muy evidente mejora y recuperación en su rendimiento escolar, llegando a ser abanderado en el colegio.

Considerando que aquellos niños que tienen relaciones de cooperación y apoyo con sus pares gozan de una mejor salud mental, al mismo tiempo que mejoran su rendimiento académico (Lacunza & Contini de González, 2011), a modo de aporte personal, se propone como complemento del tratamiento de la ansiedad en niños el entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en aquellos casos como el analizado, en que la forma de responder del paciente frente a la preocupación y la angustia es la evitación de las situaciones que las generan. También, y considerando que en el tratamiento observado se utilizaron juegos como parte de la estrategia, se considera beneficioso extender el alcance de este tipo de propuesta, tanto como tareas entre sesiones como siendo parte de la vida cotidiana del niño, por ejemplo con actividades lúdico-expresivas relacionadas con lo artístico, lo que le permitiría que canalizara su ansiedad y le daría oportunidad de ejercitar las habilidades sociales.

En relación a las limitaciones, el material disponible para este trabajo fue primordialmente obtenido por medio del acceso a la historia clínica. Este documento está diseñado por la institución con la finalidad de permitir al terapeuta el seguimiento

del caso, ofreciendo una estructura única para todas las patologías, organizada en ítems que requirieran seleccionar entre opciones o volcar muy sintéticamente información sobre el caso (en algunas áreas en dos líneas). Aunque esto sirve a los fines para los que fue creado, no es una fuente suficiente de información para describir las características de un caso con la profundidad que requiere un trabajo como el presente.

Por otra parte, la entrevista al terapeuta no llegó a cubrir la falta de información derivada de la historia clínica, debido fundamentalmente a las condiciones y el momento en que se realizó. Esta limitación surgió de divergencia entre los tiempos propios de la práctica profesional y los de la elaboración del plan de TFI. Desde el momento en que se pudo contar con la historia clínica y se estuvo en condiciones de hacer la entrevista, cuestiones de horario obligaron a realizarla en un intervalo entre supervisiones.

Hubiese sido más enriquecedor presenciar entrevistas en cámara Gesell para observar al paciente, tener mayor información y analizar más características y detalles del tratamiento terapéutico.

Como aporte desde una perspectiva crítica, se puede considerar la posibilidad de ampliar el alcance de las intervenciones profesionales más allá del consultorio. Antes de la intervención propiamente clínica, sería recomendable enfatizar en la prevención de este tipo de trastornos en un nivel precoz. Por ejemplo, con las herramientas adecuadas, el psicólogo escolar podría haber detectado antes el cuadro del paciente para que no se agudizara tanto. En cuanto a la etapa posterior a la intervención clínica, se considera de gran importancia el seguimiento a los seis meses y al año de finalizado el tratamiento. En este caso no se pudo lograr un seguimiento del paciente, por lo que se desconoce como se encuentra en la actualidad. A pesar de que en la institución se contacta por mail a los ex pacientes para hacer este seguimiento, la mayoría suelen no responder. Considerando que entre los datos que se piden en el momento de la admisión se encuentra el teléfono de los padres, se podría utilizar este medio para insistir en el contacto, aumentando la probabilidad de respuesta y mejorando así el aspecto de seguimiento de los pacientes.

Respecto a nuevas líneas de trabajo, podría realizarse psicoeducación en los colegios para que los niños no lleguen a manifestar muchas problemáticas con respecto a la salud mental. Se considera importante implementar programas para promover la

salud mental de los alumnos como medida de prevención, para elevar el rendimiento académico de los alumnos y así ayudar a la comunidad escolar más integralmente.

En el campo de la investigación, sería relevante profundizar en la relación entre los síntomas de la ansiedad y el desempeño escolar. Desde una perspectiva sistémica, se podría analizar la forma en que los subsistemas escolar y familiar se vinculan e interactúan, buscando identificar aquellos aspectos del funcionamiento que inciden en el ciclo autoperpetuando el trastorno y los que afectan directa o indirectamente el rendimiento en el ámbito escolar. Incluso, ampliando la mirada en el subsistema, se podría considerar no sólo el rendimiento académico, sino la calidad y cantidad de vínculos con pares y adultos y los modos de interacción funcionales y disfuncionales. Conocer más sobre esta problemática permitiría desarrollar medios adecuados para la prevención del fracaso escolar y la promoción de la salud mental de los niños, fortaleciendo al mismo tiempo a la comunidad escolar.

7. Referencias

- Aldana, M. F. (2009). Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: particularidades de su presentación clínica. *PSIMONART: Revista Científica, Instituto Colombiano del Sistema Nervioso*, 2(1), 93-101.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ª ed)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Angold, A, & Stephen, C. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *Internacional Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 237-249.
- Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad (2008). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Recuperado de: http://www.aata.org.ar/tr_ansiedad_infancia.htm.
- Barlow, D. (1988). *Anxiety and its Disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford
- Beyebach, M., & Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230-1236.
- Bulacio, J. M. (2011). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica. Un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Akadia.
- Bunge E., Gomar M. y Mandil J. (2007). Implementación de metáforas en la terapia cognitiva con niños. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 3, 16, 239-249.
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo MRI, 1*. Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.
- Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.

- Cía, A. H. (2001). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Buenos Aires: Polemos.
- 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*, 16(1).
- Cordella Masini, M. P. (2014). Terapia sistémica y angustia. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(2), 498-534.
- Donnelly, C. L. & Rhoads J.C. (2015) Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes. En W. Klykylo, & J. Kay. (Eds.) *Clínica de la Psiquiatría Infantojuvenil*. (pp. 215-242) Buenos Aires: Intermédica.
- Friedberg, R. D. & Mc Clure, J. M. (2005) *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós.
- Gold, A. (2006). Trastornos de ansiedad en niños. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 77(1), 34-38.
- Hardy Schaefer, A. (2013) La terapia estratégica breve: Fundamentos, técnicas y tendencias actuales. En F. E. García Martínez (Comp.) *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones*. (pp. 29-62) Santiago de Chile: RIL editores.
- Kaplan, H.; Sadock, B. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Panamericana.
- Kendall, P., & Verduin, T. L. (2008). Peer perceptions and liking of children with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 459-469.
- Kopec, D. & Rabinovich, J. (2007). *Qué y cómo: prácticas en psicoterapia estratégica* (1ª ed.). Buenos Aires: Dunken.
- Lacunza, A. B., & Contini de González, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en humanidades*, 12(23), 159-182.
- Levy, R. & Banderas, L. (2005). *Cuando es preciso ser padres*. Buenos Aires: Opción.
- 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.

- Moreno Méndez, J., Escobar Altare, A., Vera Maldonado, A., Beltrán Saavedra, D. & Castañeda Maldonado, I. (2009). Asociación entre ansiedad y rendimiento académico en un grupo de escolares. *Psychologia. Avances de la disciplina*, vol. 3(2), 109-130.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1999). *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica*. Barcelona: Herder.
- Puchol Esparza, D. (2003). *Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI*.
- Rovella, A. & González Rodríguez, M. (2008). *Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico*. *Fundamentos en Humanidades*, 17(1), 179-194.
- Sáez, M. T. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología conductual*, 14(3), 511-532.
- Simon, F., Stierlin, H., & Wynne, L. (1997). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Wainstein, M. (2009). *Comunicación. Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE.
- Wainstein, M. (2009). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE.
- Wittezaele, J. J. (1994). *La escuela de Palo Alto: historia y evolución de las ideas esenciales* (1ª ed.). Barcelona: Herder.