

Universidad de Palermo  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Práctica y Habilitación Profesional

Trabajo Final Integrador

"Pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada en el marco de un aislamiento social, preventivo y obligatorio desde el Modelo de Terapia Breve Focalizada"

Alumna: Nogueira Palermo, Micaela

Tutor: Gregorio Traverso

Buenos Aires, 1 de septiembre de 2020

## Índice

<b>1. Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>5</b>
2.1. Objetivo general .....	5
2.2. Objetivos específicos .....	5
<b>3. Marco teórico .....</b>	<b>5</b>
3.1 Ansiedad .....	5
3.1.1. Ansiedad normal y patológica .....	5
3.1.2 Clasificación de los Trastornos de Ansiedad.....	8
3.1.3. Trastorno de Ansiedad Generalizada .....	9
3.1.3.1 Criterios diagnósticos y tasas de prevalencia .....	11
3.2. Modelo de Terapia Breve Focalizada .....	13
3.2.1. Intervenciones .....	16
3.2.2. Terminación del tratamiento.....	21
3.3. Terapia online.....	24
<b>4. Metodología .....</b>	<b>27</b>
4.1. Tipo de Estudio .....	27
4.2. Participantes .....	27
4.3. Instrumentos.....	27
4.4. Procedimientos .....	28
<b>5. Desarrollo .....</b>	<b>28</b>
5.1. Efecto de la reclusión por riesgo de coronavirus en la sintomatología de los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	28
5.2. Intervenciones que realizan los profesionales durante la terapia online en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada desde el modelo de terapia breve focalizada .....	32
5.3. Cierre de tratamiento en una terapia online desde el modelo de terapia breve focalizada .....	38

<b>6. Conclusiones .....</b>	<b>42</b>
6.1. Resumen del desarrollo .....	42
6.2. Limitaciones .....	43
6.3. Perspectiva crítica y aporte personal .....	44
6.4. Nuevas líneas de investigación.....	45
<b>7. Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>47</b>

## 1. Introducción

El presente trabajo se realizó en el marco de la materia Práctica y Habilitación Profesional V, de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, realizada en un centro que se dedica a la atención en salud mental. La práctica se llevó a cabo de manera virtual en el marco de un aislamiento social, preventivo y obligatorio. Las funciones de dicho centro se circunscriben a cuidar la salud mental de grandes poblaciones, brindando tratamiento psicológico, psiquiátrico y psicopedagógico. A su vez, la formación de profesionales en un enfoque estratégico que les permite brindar tratamientos de excelencia es otra de las funciones de dicho centro.

Para realizar estas funciones, la institución cuenta con equipos terapéuticos especializados en cada problemática.

En la institución se realizan cursos presenciales, virtuales y de posgrado en terapia focalizada. A su vez, cuentan con herramientas informáticas, como realidad virtual, y con la utilización de Cámara Gesell. En el marco de la práctica, se llevaron a cabo actividades tales como entrevistas por teléfono y cursos online.

Para la realización del presente trabajo, se analizó si la reclusión por riesgo de coronavirus afecta la sintomatología de los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, las intervenciones que realizan los terapeutas en la terapia online y si es posible lograr un cierre de tratamiento. En relación con la elección de la temática, resulta interesante evaluar cómo un contexto de aislamiento social afecta la sintomatología de los pacientes con trastornos de ansiedad, puntualmente a aquellos con Trastorno de Ansiedad Generalizada, dado que dichos trastornos suelen ser frecuentes en la población a nivel global. A su vez, debido a que tanto terapeutas como pacientes se ven obligados a adaptarse a una modalidad de terapia online, resulta significativo analizar si en dicho formato virtual los profesionales presentan dificultades al momento de intervenir y, por otro lado, si encuentran diferencias para la realización del cierre de tratamiento.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo general**

Describir el abordaje de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada que realizan el tratamiento psicoterapéutico de manera online, desde el modelo de terapia breve focalizada, y si es posible lograr un cierre de terapia en esa modalidad.

### **2.2. Objetivos específicos**

1. Indagar en opinión de los profesionales si la reclusión por riesgo de coronavirus afecta la sintomatología de los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada.
2. Describir las intervenciones que realizan los profesionales durante la terapia online en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada desde el modelo de terapia breve focalizada.
3. Analizar, en opinión de los profesionales, si es posible lograr hacer un cierre de tratamiento en una terapia online desde el modelo de terapia breve focalizada.

## **3. Marco teórico**

### **3.1 Ansiedad**

#### **3.1.1. Ansiedad normal y patológica**

El término ansiedad proviene del latín *anxietas*, el cual significa angustia o aflicción. Refiere a un estado de malestar psicofísico que se caracteriza por una sensación de inquietud, inseguridad o intranquilidad ante lo que el sujeto percibe como una amenaza (Virues Elizondo, 2005).

La ansiedad es universal dado que se encuentra presente en todos los seres humanos durante toda la vida. A su vez, es la más común de las emociones básicas. El sujeto al percibir un peligro o una amenaza produce de manera automática e inmediata

una respuesta de ansiedad, cuyo fin es la protección del sujeto. Sin embargo, si el estímulo es muy intenso puede suceder que la respuesta del individuo sea paralizarse o quedarse inmóvil (Cía, 2000).

Siguiendo la misma línea, Bulacio (2004) considera a la ansiedad como adaptativa, funcional, y esencial para la supervivencia de los seres humanos porque le permite al individuo anticipar situaciones evaluadas como amenazas y prevenir peligros. Este carácter anticipatorio de la ansiedad le confiere un valor funcional importante ya que le permite al individuo estar alerta. Un aumento de la ansiedad, en circunstancias donde existe un peligro real, puede producir una mejor adaptación y un mejor afrontamiento de la situación (Belloch, Sandín & Ramos, 2009).

Se considera que todas las personas sienten en algún grado ansiedad porque es parte de la existencia humana. En la ansiedad normal dicho grado es moderado. Al mismo tiempo, es una respuesta adaptativa del sujeto frente a estímulos del ambiente (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

La ansiedad se considera un estado generalizado de alerta y activación que conlleva una respuesta conductual, fisiológica, cognitiva y vivencial (Sierra et al., 2003). Al respecto, Clark y Beck (2012) consideran la ansiedad como multifacética dado que se relaciona con componentes del dominio fisiológico, conductual, afectivo y cognitivo. Con relación al primer dominio, las respuestas fisiológicas son automáticas y normalmente aparecen en presencia de un peligro o amenaza. En segundo lugar, el dominio conductual se relaciona con respuestas de evitación relacionadas con la búsqueda de seguridad por parte del individuo. Por otro lado, las características cognitivas se relacionan con la interpretación lógica del estado de ansiedad. Por último, el elemento afectivo compone la experiencia subjetiva de la ansiedad que experimenta el sujeto y se asocia con la activación fisiológica y cognitiva.

Sin embargo, en ocasiones, la ansiedad puede ser desadaptativa. La ansiedad es anormal cuando está presente durante un período extenso de tiempo y su intensidad es excesiva en relación con el supuesto peligro. El sujeto se anticipa a un peligro irreal. En esta ocasión, el individuo presenta un malestar significativo. Del mismo modo, puede producir sufrimiento e incluso incapacitación para el individuo que la sufre (Belloch et al., 2009).

Siguiendo la línea de ansiedad patológica, Sierra et al., (2003) consideran que la intensidad de la emoción aumenta cuando el sujeto percibe como amenazante un estímulo, aunque este no sea un peligro real. Dicha ansiedad es recurrente, persistente y

provoca manifestaciones físicas y mentales que no pueden atribuirse a peligros reales. La respuesta que emite el sujeto es desproporcionada en relación con la situación. Al mismo tiempo, genera en el individuo alteraciones tanto a nivel funcional como emocional. De igual manera, Bulacio (2004) considera que la ansiedad es patológica cuando esta es excesiva y persistente. Coincidiendo con lo mencionado anteriormente, refiere que la duración e intensidad de dicha ansiedad no son proporcionales en relación con el estímulo por lo que se convierte en inhibitoria, generando un padecimiento en el sujeto.

En relación con la función adaptativa propia de la ansiedad que se encuentra vinculada con la supervivencia de los seres humanos, Clark y Beck (2012) coinciden con que la ansiedad les permite a los individuos anticiparse a un peligro. Sin embargo, como refieren los autores previamente mencionados, la ansiedad puede ser patológica. En ocasiones, es una emoción orientada hacia el futuro, donde el individuo se anticipa y enfoca su atención a un peligro irreal. Por lo tanto, los autores proponen cinco criterios para dar cuenta si la ansiedad que presenta el sujeto es desadaptativa. El primer criterio, cognición disfuncional, refiere a la ansiedad desadaptativa que deriva de la percepción de un peligro irreal. El segundo criterio, funcionamiento deteriorado, alude a la ansiedad anormal que en ocasiones puede llevar al individuo a una respuesta disfuncional. Al mismo tiempo, esta interfiere en la vida cotidiana del sujeto, generándole malestar en diferentes áreas. Por otro parte, se encuentra el criterio de persistencia, el cual refiere a un estado de ansiedad excesivo y persistente. El cuarto criterio, falsas alarmas, alude al miedo que experimenta el individuo aunque el estímulo no sea peligroso para él. Por último, el quinto criterio, refiere a la hipersensibilidad al estímulo. En este caso, el sujeto se anticipa a supuestas amenazas, provocando un aumento de la ansiedad que no es proporcional en relación con el estímulo (Clark & Beck, 2012).

La principal diferencia entre la ansiedad normal y la patológica es que en esta última el sujeto realiza una valoración distorsionada e irreal de la amenaza (Virues Elizondo, 2005). A su vez, otra característica fundamental para diferenciarlas es que la ansiedad anormal es más persistente, frecuente e intensa que la ansiedad normal. Al mismo tiempo, la ansiedad patológica le provoca al individuo malestar significativo en diferentes áreas del funcionamiento (Belloch et al., 2009).

A continuación, se realizará la clasificación de los trastornos de ansiedad. Estos se vinculan principalmente con la ansiedad patológica desarrollada anteriormente.

### 3.1.2 Clasificación de los Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad tienen en común la presencia dominante de síntomas de ansiedad siendo estos intensos, irracionales y frecuentes. Al mismo tiempo, estos síntomas producen malestar significativo en el sujeto (Belloch et al., 2009). Producen disfunciones a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico, afectando al individuo en diferentes ámbitos como el familiar, social o laboral (Virues Elizondo, 2005).

Los trastornos de ansiedad pueden clasificarse de la siguiente manera: agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad no especificado, otro trastorno de ansiedad especificado, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, trastorno de ansiedad generalizada (American Psychiatric Association, 2014).

Newman y Anderson (2007) mencionan que factores biológicos, ambientales, genéticos y psicológicos pueden contribuir al desarrollo del trastorno.

Por un lado, se considera que los factores genéticos están relacionados con la predisposición a padecer trastornos de ansiedad dado que, en la mayoría de los pacientes con dicho trastorno, se ha encontrado vulnerabilidad genética. Por otro lado, se sostiene que los factores psicosociales (dificultades en relaciones impersonales, nivel socioeconómico bajo, problemas laborales, entre otros) pueden resultar desencadenantes o agravantes del trastorno mencionado (Navas Orozco & Vargas Baldares, 2012).

En pacientes con trastornos de ansiedad, resulta fundamental realizar un diagnóstico diferencial con el fin de descartar si los síntomas que presentan estos pacientes no se encuentran relacionados con patologías médicas. Esto se debe a que muchas enfermedades y sustancias médicas pueden producir en el sujeto síntomas ansiosos, agudos y crónicos. A su vez, resulta primordial diferenciar los síntomas de los trastornos de ansiedad de los de depresión (Navas Orozco & Vargas Baldares, 2012). En cuanto a pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), resulta importante destacar que la alteración no debe atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia, como puede ser una droga o un medicamento, ni a otra afección médica, como puede ser hipertiroidismo. Al mismo tiempo, dicha alteración no debe explicarse mejor por otro trastorno. Por lo tanto, resulta importante diferenciarlo del trastorno de pánico (la ansiedad o preocupación se presenta ante la posibilidad de tener ataques repentinos), trastorno de ansiedad por separación (la ansiedad se presenta al estar lejos del hogar o



en respuesta a la separación de figuras de apego), trastorno de estrés postraumático (los síntomas aparecen en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos), anorexia nerviosa (preocupación por aumentar de peso), trastorno de ansiedad social (la ansiedad se presenta ante la posibilidad de ser evaluados o criticados por otras personas), trastorno obsesivo compulsivo (presencia de obsesiones, compulsiones o ambas), entre otros trastornos (APA, 2014).

Adicionalmente, Clark y Beck (2012) consideran que puede existir una comorbilidad diagnóstica entre los distintos trastornos de ansiedad y, a su vez, entre ansiedad y depresión. Estos autores plantean que el 55% de los pacientes que presentan algún trastorno de ansiedad manifiestan padecer simultáneamente otra patología de ansiedad o depresión. Por lo tanto, siguiendo esta línea, sostienen la posible presencia de uno o más trastornos en el mismo paciente. En cuanto a pacientes con TAG, se considera que pueden presentar comorbilidad diagnóstica principalmente con el trastorno de depresión mayor, la distimia (trastorno depresivo persistente), el trastorno de pánico y la agorafobia (Cía, 2007).

A continuación, se desarrollará el último trastorno mencionado en la clasificación, el TAG.

### **3.1.3. Trastorno de Ansiedad Generalizada**

El TAG es un estado persistente de ansiedad que posee como característica principal la preocupación crónica, incontrolable, excesiva y generalizada que, a su vez, no se encuentra asociada a un estímulo en particular. Al mismo tiempo, presenta síntomas mentales o físicos de ansiedad. Dicha ansiedad y preocupación ocasiona malestar significativo en la vida diaria del sujeto (Clark & Beck, 2012).

Belloch et al., (2009) plantean que pacientes con TAG encuentran dificultades para discriminar en qué situaciones aparecen sus síntomas, dado que la ansiedad no se encuentra vinculada únicamente a una situación específica. Por lo tanto, la ansiedad que presentan los individuos con TAG no se limita, ni tampoco predomina, a una circunstancia en particular (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Los individuos con dicha patología, si bien no se encuentran centrados exclusivamente en su ansiedad, se encuentran preocupados por un amplio rango de estímulos, aunque estos no estén relacionados entre sí (Rovella & Rodriguez, 2008).

La preocupación se encuentra presente en todos los individuos y refiere a la capacidad de representar simbólicamente un peligro o amenaza. A diferencia de la preocupación normal, en pacientes con TAG es patológica porque es excesiva y le produce al sujeto angustia, malestar o incapacitación clínicamente significativa (Clark & Beck, 2012).

De acuerdo a Clark y Beck (2012), la preocupación patológica se caracteriza por la anticipación exagerada de futuros resultados negativos. Esta característica es fundamental para poder diferenciarla de la preocupación normal que se encuentra presente en la mayoría de los individuos mediante la queja.

En pacientes con TAG, las preocupaciones generalmente están relacionadas con asuntos vinculados al trabajo, economía, escuela o con relaciones familiares e interpersonales (Marjan López de la Parra, Mendieta Cabrera, Muñoz Suarez, Díaz Anzaldúa & Cortés Sotres, 2014).

Los individuos con TAG tienden a interpretar estímulos neutrales como negativos y les resulta difícil entender que sus temores o preocupaciones no siempre ocurren (Newman & Anderson, 2007). Por lo tanto, se considera que la duración, la frecuencia y la intensidad de las preocupaciones no son proporcionales en relación con las posibles consecuencias de los acontecimientos o situaciones temidas. De igual modo, tampoco es proporcional en la ansiedad (Cía, 2007).

Para Cía (2007), los sujetos que padecen TAG no suelen reconocer que sus preocupaciones son indebidas o exageradas. Al mismo tiempo, estos individuos encuentran dificultades para olvidar dichas preocupaciones y concentrarse en las tareas que están realizando. Frecuentemente, trasladan la preocupación de un objeto o situación a otros.

Los pacientes con TAG presentan una distorsión en la percepción de las amenazas y los riesgos que suele estar relacionada con la seguridad, salud y bienestar del propio sujeto o de personas cercanas a él (Marjan López de la Parra et al., 2014). A menudo, el paciente expresa el malestar que siente al imaginar que alguien cercano, o incluso el mismo, vaya a contraer una enfermedad o que le ocurra un accidente (OMS, 2000).

Por otro lado, desde el punto de vista sintomatológico, el TAG presenta tres componentes: fisiológicos, conductuales y cognitivos. Con relación al componente fisiológico, los individuos que presentan TAG pueden presentar dificultades para descansar, tensiones motoras, temblores, palpitaciones, sudoración excesiva y estado de hiperalerta, entre otros síntomas (Cía, 2007). Si bien los síntomas predominantes son variables en pacientes con este trastorno, las quejas más frecuentes están relacionadas con las manifestaciones referidas anteriormente (OMS, 2000). A menudo, las personas con TAG buscan tratamiento debido a los síntomas mencionados y no debido a la preocupación. Esto puede conllevar dificultades para el diagnóstico (Marjan López de la Parra et al., 2014). En cuanto al componente conductual, este refiere a la incapacidad del sujeto de controlar la ansiedad, provocándole un deterioro significativo en el ámbito familiar, social y ocupacional. Por último, el componente cognitivo está relacionado a las preocupaciones irrealistas y exageradas que presenta el sujeto con relación a temas cotidianos. Estas preocupaciones están presentes la mayor parte del tiempo (Cía, 2007).

Asimismo, tal como se refirió anteriormente respecto al funcionamiento del individuo, el TAG produce deterioro social y laboral clínicamente significativo (Etchebarne, Juan & Roussos, 2016). Siguiendo la línea del deterioro ocupacional, a menudo los pacientes con TAG manifiestan tener falta de confianza respecto a su rendimiento cognitivo y refieren que esto interfiere en su funcionalidad en este nivel (Langarita Llorente & Gracia García, 2019).

Por lo tanto, la manifestación de la ansiedad en pacientes con TAG se vincula con dificultades y alteraciones en las relaciones interpersonales, en la capacidad de trabajo y las actividades placenteras del sujeto. Al mismo tiempo, el TAG se encuentra asociado con un malestar significativo en la vida diaria, afectando su calidad de vida. Con calidad de vida, se refiere al bienestar subjetivo (Marjan López de la Parra et al., 2014).

A continuación, se mencionarán los criterios diagnósticos del DSM-5 en relación con el TAG y las tasas de prevalencia de dicho trastorno.

### **3.1.3.1 Criterios diagnósticos y tasas de prevalencia**

Según el DSM-5 (APA, 2014), para establecer un diagnóstico de TAG debe existir una ansiedad y preocupación excesiva sobre una serie de eventos o actividades, durante un período mínimo de seis meses, y deben estar presentes la mayor parte del tiempo. Estos síntomas, que al individuo le resultan difíciles de controlar, pueden estar acompañados de: irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño (dificultad para dormirse o continuar durmiendo), inquietud, dificultad para concentrarse o facilidad para fatigarse. La ansiedad y la preocupación deben estar acompañadas de al menos tres de los síntomas mencionados y, en el caso de los niños, se requiere que esté presente al menos uno de ellos. A su vez, los síntomas deben estar presentes durante más días de los que han estado ausentes en el transcurso de los últimos seis meses. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos deben causar malestar clínicamente significativo o impedimento en el área social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.

Al mismo tiempo, la alteración no debe explicarse mejor por otro trastorno mental y tampoco se puede atribuir la alteración a los efectos fisiológicos de una sustancia, ni a otra afección médica (APA, 2014).

Por otra parte, el TAG presenta una prevalencia global del 5,7%, siendo el tercer trastorno de ansiedad más frecuente (Clark & Beck, 2012). En conformidad, según Marjan López de la Parra et al., (2014), la prevalencia mundial del trastorno mencionado se ha reportado entre el 3% y 8%, los cuales son índices elevados.

Agregando a lo mencionado, la prevalencia del TAG en Estados Unidos, Australia y Europa es mayor en comparación con Asia y África. Asimismo, en África, Nigeria mostró una tasa inusualmente baja tanto en TAG como en otros trastornos de ansiedad (Lewis Fernández et al., 2010). Al mismo tiempo, América Latina presenta una elevada estadística en la población en relación con dicho trastorno (Kohn et al., 2005). En Argentina, las patologías más frecuentes son los trastornos de ansiedad (16,4%) (Stagnaro et al., 2018).

Por otro lado, a nivel global, la diferencia con relación al género es considerable ya que es significativamente más frecuente en mujeres (Clark & Beck, 2012). Vallejo (2015) coincide y agrega que las mujeres, en comparación a los hombres, duplican la cifra. Al mismo tiempo, en Argentina las mujeres tienen un 85% más de probabilidades que los hombres de padecer trastornos de ansiedad (Stagnaro et al., 2018).

Con relación a la edad de inicio del TAG, generalmente se presenta en adultos jóvenes (Clark & Beck, 2012). Con frecuencia, dicha edad se sitúa entre 20 y 40 años, aunque también puede aparecer durante la niñez o en la vejez (Vallejo, 2015). Por otro

lado, en Argentina, los trastornos de ansiedad suelen iniciar a los 19 años aunque estos presentan variabilidad en la edad de comienzo (Stagnaro et al., 2018).

En Argentina, se estima que el 85% de los pacientes con TAG acceden a un tratamiento a lo largo de la vida. Sin embargo, generalmente en individuos con trastornos de ansiedad, resulta poco usual el tratamiento temprano (Stagnaro et al., 2018).

Al mismo tiempo, el TAG es más frecuente en individuos con un nivel socioeconómico bajo, en personas separadas y sin empleo (Marjan López de la Parra et al., 2014).

Por último, dicho trastorno generalmente posee un curso fluctuante pero crónico y no suele remitir (Clark & Beck, 2012).

A continuación, se desarrollará el modelo de terapia breve focalizada, abordaje elegido en el presente trabajo para utilizar en pacientes con TAG.

### **3.2. Modelo de Terapia Breve Focalizada**

El modelo de Terapia Breve Focalizada es un modelo estratégico que se encuentra orientado a la extinción de los síntomas y a la resolución del problema o de los problemas presentados por el individuo. Se considera que las acciones que realiza el sujeto para intentar resolver el problema, sin éxito, son las que le otorgan continuidad a este. Por lo tanto, se debe pensar que la alteración de tales conductas debe servir para interrumpir el sistema circular e iniciar la solución del problema. Desde este modelo, se busca que el individuo logre redefinir la situación problemática y, por consiguiente, que consiga modificar la percepción y la concepción de la realidad o de sí mismo que lo llevaba a respuestas disfuncionales (Nardone & Watzlawick, 1992).

Se trata de un modelo que se centra y confía en los recursos, las habilidades y las fortalezas de los individuos, a diferencia de otros enfoques que se centran en una idea más patologizante y centrada en los déficits de los seres humanos (Haz & Castro, 1994).

Desde la terapia breve focalizada, el terapeuta funciona como ayuda para que los individuos encuentren los recursos para solucionar sus problemas. Se busca que las personas consigan tener una visión distinta de lo que les ocurre, buscando nuevas alternativas, y así lograr diferentes formas de actuar, confiando más en sus propios

recursos y con menos ayuda del terapeuta. Por otra parte, entablar una relación empática y adaptarse al lenguaje del paciente favorece el vínculo entre terapeuta y consultante, y facilita que el cambio se produzca (Villanueva, 2015).

Por lo tanto, se busca que la persona sea más autónoma y, en la medida que el sujeto comienza a cambiar, que confíe en su potencial para seguir cambiando y desarrollando sus propios recursos fuera del tratamiento (Haley, 1973).

A su vez, el modelo de terapia breve focalizada adopta una postura hacia el futuro orientada a una meta, focalizando la atención en el problema que genera malestar y en el momento actual del paciente (Gálvez Lara et al., 2018).

De acuerdo a Hardy Schaefer (2013), dicha terapia estratégica es a su vez breve porque le permite al terapeuta hacer intervenciones más efectivas y en menos sesiones. Por lo tanto, es una modalidad de intervención orientada a la efectividad y a acotar el período de psicoterapia.

En consecuencia, se considera que la psicoterapia es más efectiva en las primeras sesiones y que luego continúa con incrementos de mejoría, pero menores. Por otro lado, se estima que las personas generalmente interrumpen su tratamiento luego de pocas sesiones. Por lo tanto, estos son dos motivos fundamentales para que la terapia sea breve y focalizada (Gálvez Lara et al., 2018).

A su vez, que la terapia sea breve, es decir que tenga un número limitado de sesiones, lo cual no implica necesariamente que dure poco tiempo, colabora con el terapeuta y con el paciente ya que ambos se centran por completo en el tratamiento. Al mismo tiempo, requiere que el terapeuta se mantenga activo para establecer metas alcanzables, planificando cada sesión como una intervención con un resultado en particular con el objetivo de que el paciente consiga el cambio que busca lo antes posible. Esto aumenta la motivación del paciente (Fosha, 2004).

Por otro lado, la historia clínica para este modelo representa un medio para construir estrategias efectivas de resolución de problemas (Nardone & Watzlawick, 1992).

Nardone y Watzlawick (1992) consideran que dicha terapia estratégica no se reduce a una terapia superficial sintomática sino que busca una modificación del modo de percibir la realidad y el comportamiento del paciente o los pacientes. Dado que la realidad está determinada por el punto desde donde observa el individuo, si se cambia el punto de observación cambia la realidad de ese sujeto.

El modelo de terapia breve focalizada es de orientación no patologizante. Es un enfoque que se interesa por la funcionalidad de la conducta del sujeto y por su relación consigo mismo, con los demás y con el mundo. El foco está puesto en la interacción dado que no se puede aislar al sujeto de su contexto interactivo. Por lo tanto, el terapeuta debe hacer foco en el buen funcionamiento de estas relaciones, lo que va a variar en cada individuo y cada contexto. De este modo, se busca que las estrategias se adapten a esa situación en particular y no la situación a la teoría del terapeuta (Nardone & Watzlawick, 1992).

Ceberio (2013) refiere que cuando se realiza un diagnóstico se debe tener en cuenta el entramado de interacciones -entre el sujeto y su contexto- y de qué forma los problemas se mantienen, más allá de cómo surgieron. En consecuencia, desde este modelo estratégico refieren a un diagnóstico interaccional dado que consideran que lo sucedido entre las personas también influye en lo que le ocurre a cada individuo.

De acuerdo a Nardone y Watzlawick (1992), el trastorno comportamental y psíquico está vinculado con la percepción y construcción de la realidad propia del sujeto que conlleva a que este individuo actúe de manera disfuncional o psicopatológica.

A su vez, es un modelo que se centra en la solución de los síntomas y no en las causas que llevan a que se desarrolle. Es un modelo que le concede principal importancia a la situación presente y, a su vez, se interesa por conocer en qué situaciones el síntoma no se hace presente para poder amplificar esa situación hacia el futuro. En este enfoque interaccional, el terapeuta adopta una postura activa, asume responsabilidad de planificar e influir en los cambios, planifica cada sesión hasta llegar al objetivo y, si en el transcurso de la terapia sus hipótesis no se cumplen, cambia su estrategia (Haz & Castro, 1994). Adicionalmente, se considera que el terapeuta es quien inicia lo que sucede en la terapia y determina la manera en la que se va a proceder, adoptando una posición activa. A su vez, diseña y planifica un enfoque particular para cada problema que se presenta, buscando que se produzca un cambio en la conducta del sujeto. El terapeuta, al planificar el tratamiento, tiene en cuenta al paciente y a su medio social (Haley, 1973).

Por lo tanto, es un modelo que adapta el tratamiento a la individualidad del problema y del sujeto con sus valores, creencias, expectativas, motivaciones y también su lenguaje (Hardy Schaefer, 2013).

En la primera consulta, el consultante generalmente expresa una queja que no siempre es precisa. La queja inicial refiere a la preocupación que expresa el paciente

acerca de una conducta considerada como indeseable y persistente en el tiempo (Fisch, Weakland & Segal, 1984). Por lo tanto, el terapeuta debe lograr una redefinición del problema de modo tal que tenga sentido para el paciente y, a su vez, resulte posible de resolver. Esto es la co-construcción del problema (Haz & Castro, 1994). El objetivo de la terapia, a su vez, debe tener como consecuencia un cambio favorable en el sujeto (Hardy Schaefer, 2013).

En relación con lo mencionado, el terapeuta, luego de transformar dicha queja inicial del paciente en un problema y objetivo de terapia, debe establecer las metas a cumplir durante el tratamiento. Para esto, el profesional diseña intervenciones para alcanzar dichas metas y examina las respuestas del sujeto frente a la terapia para corregir su estrategia, en caso de ser necesario. Por último, busca corroborar si el resultado de la terapia ha sido eficaz (Haley, 1973).

A continuación, se realizará una descripción de las principales intervenciones del modelo de terapia breve focalizada.

### **3.2.1. Intervenciones**

Desde el modelo de terapia breve focalizada se considera que la intervención del terapeuta comienza con el primer contacto con el paciente, incluso aunque este sea por teléfono. A su vez, se considera que el profesional no puede dejar de actuar y, por esta razón, es que no puede dejar de intervenir. Dicha terapia estratégica busca influir en el paciente hasta que este deje de padecer su dolencia o que esta disminuya lo suficiente como para que el sujeto no necesite tratamiento terapéutico. Al mismo tiempo, se considera que el objetivo de la terapia puede lograrse de dos maneras. En primer lugar, impidiendo que el paciente, o aquellas personas con las que se vincula significativamente, realice una conducta que permita que el problema continúe. En otros casos, el objetivo terapéutico puede lograrse modificando la percepción que tiene el individuo sobre el problema y, como consecuencia, que el consultante ya no sienta malestar y pueda continuar con su vida sin la terapia. En ambos casos, el terapeuta debe decir o hacer algo que provoque el cambio en el paciente. Por lo tanto, para que el cambio ocurra, el terapeuta debe intervenir (Fisch et al., 1984).



Casablanca y Hirsch (2009) coinciden con lo mencionado anteriormente y refieren que las intervenciones son las conductas planificadas del terapeuta orientadas al logro del objetivo del paciente.

El terapeuta planifica sus intervenciones evaluando las acciones que considera que pueden adaptarse con más facilidad a la rutina del paciente y teniendo en cuenta a los sujetos del entorno del consultante que colaboran con la persistencia del problema. A su vez, contempla qué acciones se alejan en mayor grado a las soluciones intentadas, sin éxito, que realizaba el sujeto y cuáles son las acciones que considera más importantes para poder resolver el problema. Al mismo tiempo, el profesional contempla si existen situaciones donde el problema no esté presente para el consultante y si este realizó conductas que hayan tenido éxito para poder trabajar sobre ellas (Fisch et al., 1984).

A continuación, se mencionarán las principales intervenciones que se realizan desde el modelo de terapia breve focalizada, especialmente aquellas utilizadas en pacientes con TAG.

Con el objetivo de que el sujeto afronte de un modo distinto su problema o dolencia, el terapeuta debe influir de manera tal que resulte convincente para ese individuo en particular. El terapeuta puede influir mediante la formulación de una sugerencia. Esta debe formularse teniendo en cuenta al paciente y su contexto, de manera tal que el individuo reciba dicha sugerencia del profesional y la lleve a cabo (Fisch et al., 1984).

Casablanca y Hirsch (2009) refieren que las sugerencias son las alternativas de acción que propone el terapeuta, aunque, a diferencia de las prescripciones, queda a elección del paciente rechazarlas o no.

Por lo tanto, las prescripciones son indicaciones del terapeuta hacia el paciente que deben ser cumplidas. Prescribir tareas resulta fundamental en la terapia breve dado que desde este modelo se considera que los cambios mayormente se producen en el intervalo entre sesión y sesión, más que en el encuentro mismo. Mediante la prescripción de la tarea el paciente actúa de forma activa en su actividad diaria, sin la presencia del terapeuta, favoreciendo que el paciente confíe más en sus propios recursos y su capacidad para resolver el problema, con cada vez menos ayuda del profesional. Las prescripciones pueden ser directas o indirectas (Nardone & Watzlawick, 1992).

Las prescripciones directas refieren a indicaciones precisas y claras por parte del terapeuta acerca de lo que el paciente debe hacer y tienden a la resolución del problema

co-construido en terapia. Por otro lado, las prescripciones indirectas refieren a la actividad que el terapeuta le indica al paciente que realice y, a diferencia de las prescripciones directas, su finalidad resulta algo distinto a lo prescrito (Nardone & Watzlawick, 1992).

Beyebach y Herrero de Vega (2016) destacan el importante valor que poseen las tareas en el modelo de terapia breve focalizada dado que, desde este modelo, se considera que los mayores cambios se producen entre sesión. A su vez, consideran que, una vez recolectada la información acerca de los patrones que mantienen el problema, el terapeuta diseña las tareas que alejen al paciente de las acciones inefectivas que realizaba para intentar solucionar dicho problema. Esto es realizado con el fin de provocar que el paciente logre manejar sus dificultades fuera de sesión mediante las tareas que realiza. Los autores mencionados sostienen que una de las tareas que los terapeutas les brindan a los pacientes se denomina “Diario a bordo”. Esta tarea consiste en entregarle un cuaderno al sujeto para que detalle aquellas situaciones donde se presentan los síntomas de ansiedad y las preocupaciones. El paciente debe anotar fecha, lugar, situación, síntomas, pensamientos y las acciones que ejerce para luego, en la siguiente sesión, trabajar con el profesional sobre lo mencionado. A través de dicha herramienta, el terapeuta busca ejercer un efecto distractor, anular el síntoma y bloquear la retroalimentación de la ansiedad a partir de que el paciente debe concentrarse en la ansiedad y las preocupaciones que experimenta para registrarlos en el cuaderno.

Al mismo tiempo, otra intervención fundamental para realizar en pacientes con TAG es la reestructuración. Esta es una técnica de persuasión que consiste en lograr que el sujeto cambie el marco conceptual y emocional desde el cual experimenta la situación que le produce malestar y, de esta manera, observando el suceso desde distintas perspectivas, que este cambie el significado. Esta técnica conduce a que el paciente perciba de manera diferente su problema y, en consecuencia, que modifique las acciones tendientes a resolverlo. Por lo tanto, dicha intervención no cambia directamente la conducta del sujeto sino que cambia la percepción del problema y, de esta manera, se logra que el sujeto modifique sus acciones (Nardone & Watzlawick, 1992).

Mitte (2007) coincide con la utilización de estrategias de reestructuración cognitiva en pacientes con TAG ya que es una intervención que se relaciona con la identificación y revalorización de creencias disfuncionales.

Nardone y Watzlawick (1992) plantean el uso de la paradoja y la comunicación paradójica ya que consideran que de esta manera el paciente puede lograr hacer

voluntario un síntoma que generalmente es incontrolable e involuntario. El fin de esta intervención es que el síntoma se anule ya que en el momento que este se convierte en voluntario pierde valor sintomático.

La psicoeducación es un proceso que le permite al terapeuta proporcionar a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus recursos para que estos puedan realizar conductas más adaptativas. A su vez, fortalecer las capacidades del individuo colabora en el incremento de la autonomía del paciente. La psicoeducación consiste en brindarle información al paciente acerca de su problemática y que este logre un aprendizaje a nivel teórico y práctico. A su vez, tiene un efecto inmediato en la disminución de la incertidumbre, posibilitando mayor flexibilidad para abordar el problema (Bulacio, 2006).

De acuerdo a Hirsch y Rosarios (1987), resulta importante para la intervención responder con empatía a lo que el paciente comunica o adoptar la misma postura física ya que colabora en establecer una alianza terapéutica. De esta manera, se busca aumentar la posibilidad de influencia del terapeuta, facilitando la posibilidad de cambio del paciente. Resulta fundamental que el profesional logre entablar y mantener una relación empática con el consultante dado que, de esta manera, el paciente logra adoptar una actitud colaboradora durante el tratamiento, facilitando la recepción de las intervenciones del terapeuta para lograr el cambio que el sujeto busca.

Al mismo tiempo, para realizar las intervenciones resulta fundamental adaptarse al lenguaje del sujeto, empleando términos que el paciente utiliza, con el fin de aumentar la relación entre el terapeuta y el paciente (Villanueva, 2015). Resulta importante, al momento de intervenir, evitar las formas lingüísticas negativas dado que producen rigidez y resistencia. Al mismo tiempo, para intervenir en la modificación de la conducta del paciente, se considera que resulta más eficaz hacerlo mediante la gratificación (Nardone & Watzlawick, 1992).

Dicho enfoque estratégico le confiere al uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico un valor importante en la terapia ya que inducirán al paciente a cambios efectivos en sus esquemas de acción. A su vez, se busca que mediante estas el paciente logre modificar sus esquemas perceptivos vinculados al problema que se trabaja en terapia. Se considera que la narración de relatos, anécdotas o episodios que estén relacionados con el problema que refiere el sujeto, si estos se adecúan a la realidad de ese sujeto en particular, pueden poseer un valor importante para provocar el cambio en la conducta y en las concepciones del individuo (Nardone & Watzlawick, 1992).

Al mismo tiempo, existen otras maneras de intervenir que remiten a preguntas o distintos modos de preguntar que son en sí mismos modos de intervenir. Casabianca y Hirsch (1992) consideran que el profesional debe incrementar las potencialidades del paciente, buscando que el individuo realice conductas diferentes. Para que el sujeto desarrolle sus propios recursos, el terapeuta puede incrementar la dificultad de resolución del problema y, de esta manera, lograr que el cliente ponga en acción otras maneras de actuar. Otra alternativa consiste en modificar la percepción del mismo y, en consecuencia, que las conductas que el paciente realizaba para resolver el problema, cambien.

Debido a los síntomas físicos que experimentan pacientes con TAG ante ciertos estímulos o situaciones, tienden a luego evitarlos porque les producen malestar. Si bien esta conducta puede proporcionarle al sujeto un alivio a corto plazo, con el tiempo el problema empeora. El terapeuta debe trabajar con esos mecanismos y, a su vez, con el contexto del paciente ya que las personas cercanas a él, intentando acompañar, terminan reforzando la evitación de las situaciones que le producen ansiedad al consultante. De esta manera, el contexto promueve la progresiva incapacitación del sujeto dado que se refuerza la conducta del paciente. El terapeuta debe trabajar sobre la interacción que mantiene el problema, sobre la interacción entre el paciente y los demás (Beyebach & Herrero de Vega, 2016).

Por lo tanto, la función del terapeuta consiste en ayudar al paciente a resolver su problema y que este desarrolle sus propios recursos de modo tal que pueda resolver futuros problemas que puedan presentarse (Nardone & Watzlawick, 1992).

Sin embargo, Fisch et al., (1984) refieren que a menudo los consultantes, debido a su angustia o quizás temor de que el problema empeore, obstaculizan el proceso terapéutico. Por esta razón, el terapeuta debe actuar de acuerdo a lo que considere más apropiado para ese momento de la terapia. La capacidad de maniobra refiere a la posibilidad del terapeuta de realizar acciones con un propósito, pese a los obstáculos que puedan presentarse durante el proceso terapéutico. El terapeuta debe mantener la capacidad de maniobra durante todo el tratamiento para poder producir un cambio en el circuito que mantiene el problema. A su vez, se busca que el paciente pueda modificar las conductas intentadas hasta el momento para resolver el problema, sin éxito, dado que son estas las que sostienen el problema. El terapeuta es el responsable de llevar al paciente hacia dicho cambio y la capacidad de maniobra le permite el control del tratamiento.

Por último, Mitte (2007) considera importante utilizar técnicas de relajación y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, en pacientes con TAG. El autor refiere que la aplicación de técnicas de relajación es fundamental dado que, de esta manera, el individuo incorpora una técnica que le permite regular la ansiedad en caso de que esta aparezca y, de esta manera, aprende a afrontarla. Dentro de las técnicas de relajación existen diferentes métodos que pueden estar relacionados con la respiración diafragmática o con la relajación progresiva de los músculos. A su vez, se pueden implementar estas técnicas de manera tal que el sujeto anticipe la presencia de una situación que le provoque ansiedad.

A continuación, se desarrollará la etapa final del asesoramiento estratégico descrito y las intervenciones que realizan los terapeutas en esta instancia del tratamiento.

### **3.2.2. Terminación del tratamiento**

Según Fisch et al., (1984) en la terapia breve focalizada los pacientes suelen tener como objetivo de tratamiento eliminar o reducir determinada dolencia, la cual puede estar afectando a ese sujeto o a algún individuo con el que esté vinculado significativamente. Por lo tanto, el terapeuta tiene presente el objetivo durante todo el tratamiento. Teniendo en cuenta lo mencionado, generalmente el tratamiento concluye una vez solucionada la dolencia.

De acuerdo a Nardone y Watzlawich (1992), la terminación del tratamiento es importante para consolidar la autonomía del paciente. Desde el modelo de terapia breve focalizada se considera que el sujeto posee los recursos necesarios para solucionar sus problemas y, por lo tanto, en la última sesión se debe destacar lo aprendido en terapia. En esta instancia, el sujeto está en condiciones de utilizar sus recursos de manera efectiva y sin ayuda del terapeuta. El paciente ha aprendido a percibir la realidad y reaccionar frente a ella utilizando sus recursos de manera funcional. En la última sesión, se busca corroborar que el individuo haya adquirido la capacidad de resolver problemas eventuales por sí solo.

Con frecuencia, se considera que el terapeuta es quien sugiere, en el momento indicado, dar por finalizado el tratamiento. Sin embargo, existen ocasiones donde el

consultante es quien anuncia que va a interrumpir la terapia o inicia el proceso de finalización de la misma. Una razón puede ser que el problema ya esté resuelto por lo que, en ese caso, el terapeuta estará de acuerdo en finalizar. No obstante, puede suceder que el motivo de dar por finalizada la terapia esté relacionado con una insatisfacción significativa por parte del paciente respecto al tratamiento o que existan otros motivos vinculados con una circunstancia puntual, como pueden ser motivos económicos o motivos relacionados con la mudanza del paciente a un lugar alejado. Sin embargo, otro motivo puede estar vinculado con que exista un límite temporal prefijado en la terapia, por lo que esta finaliza alcanzado el número de sesiones pactadas (Fisch et al., 1984).

Siguiendo el planteamiento de las razones por las que un asesoramiento estratégico finaliza, Schlippe y Schweitzer (2003) coinciden con lo mencionado anteriormente. Según estos autores, un tratamiento puede finalizar cuando el paciente le comunica al terapeuta que su problema está resuelto o bien que ya no encuentra motivación para solucionarlo mediante la terapia. Sin embargo, en la práctica puede suceder que algún miembro del sistema consultante, dado que se trabaja con el paciente y su contexto, no esté de acuerdo en concluir la terapia. No es frecuente que todos los implicados estén de acuerdo en finalizar el asesoramiento, por lo que esto debe tratarse por medio de preguntas circulares o hipotéticas como se considera, según este modelo, que deben tratarse todas las diferencias. Por otro lado, puede suceder que el profesional considere que aún no se ha logrado alcanzar el objetivo terapéutico y, en esta ocasión, puede resultar útil realizar un balance para evitar que lo conseguido en terapia pierda importancia por los ideales de éxito terapéutico que pueda tener el paciente. Sin embargo, puede suceder que se decida entre terapeuta y consultante finalizar la terapia, de común acuerdo. En esta ocasión, el final es esperado y ambos consideran el trabajo hecho en terapia como exitoso, aunque no se haya alcanzado el objetivo máximo.

En consecuencia, la terminación del tratamiento puede darse por diferentes razones. Por un lado, la finalización puede estar vinculada con que el problema esté resuelto y, si bien es la causa preferible, el paciente puede manifestar sentir ansiedad al imaginar que su malestar se haga presente nuevamente. En consecuencia, el terapeuta debe definir la recaída como algo esperable luego de finalizada la terapia, para que el consultante no se atemorice si eso sucede en el futuro. Por otro lado, tal como se refirió anteriormente, puede suceder que la terapia finalice sin que el problema haya sido resuelto y, en caso de que esto ocurra por manifestación del paciente, el terapeuta debe aceptar el deseo de ponerle fin al tratamiento. Al mismo tiempo, es recomendable en

esta ocasión que el terapeuta realice un cierre adecuado de terapia para que el sujeto, en caso de decidir reanudar la terapia en otro momento, vuelva a consultar (Fisch et al., 1984).

Hirsch y Rosarios (1987) refieren a las maniobras de cierre por parte del terapeuta al finalizar la terapia. Estas se desarrollan durante la última sesión o de ser necesario en algún encuentro previo. En el caso de que el tratamiento haya sido exitoso, se busca afianzar los logros obtenidos y evitar recaídas. A su vez, se busca evitar que, en el futuro, el paciente utilice antiguos intentos fallidos de solución. Sin embargo, en una finalización de tratamiento que no tuvo éxito, el terapeuta debe buscar realizar un cierre adecuado porque, de lo contrario, se disminuye la posibilidad de que el paciente consulte en otra ocasión y, además, suele consolidar las conductas que lo llevaron a asistir a la terapia. Por otra parte, el maniobrar del terapeuta se ve facilitado en el caso de que exista un número prefijado de sesiones.

Las maniobras generales están relacionadas con poner el énfasis en los logros alcanzados por el paciente como resultado de sus habilidades y cualidades. A su vez, predecir futuras recaídas puede disminuir la ansiedad del paciente dado que si ocurren estas las tolerará mejor y podrá superarlas de mejor manera dado que se incluyó como parte del proceso terapéutico. En la última sesión, resulta importante pedirle al paciente que anticipe problemas posibles y, de esta manera, mostrarle que puede enfrentarse a ellos. Sin embargo, si ante una recaída el paciente utiliza soluciones que en el pasado o en diferentes circunstancias tuvieron éxito, pero ahora resultan ser intentos fallidos de solución, este podrá recurrir al terapeuta con seguridad ya que el profesional predijo que podía ocurrir dicha recaída (Hirsch & Rosarios, 1987).

Por otro lado, se encuentran las denominadas maniobras específicas. En ocasiones en las cuales el paciente minimiza su logro o lo adjudica únicamente al profesional, el terapeuta puede recurrir al reconocimiento de su progreso durante el tratamiento (Hirsch & Rosarios, 1987).

Por lo tanto, en la última sesión suele hacerse un balance entre las quejas y las expectativas tratadas en la primera sesión y, a su vez, sobre los cambios conseguidos hasta ese momento. Al mismo tiempo, prever las crisis como acontecimientos vitales esperables es favorable. Por lo tanto, es recomendable conversar con el paciente sobre lo que podría hacer si el problema superado volviese (Schlippe & Schweitzer, 2003).

Una vez finalizado el tratamiento, pueden realizarse sesiones de seguimiento cada tres meses y, luego, cada seis con el fin de corroborar los resultados obtenidos en el tratamiento (Hirsch & Rosarios, 1987).

En consecuencia, se acuerda una cita de control para unos meses más tarde de finalizada la terapia. Esta ya no es considerada como parte del tratamiento sino que sirve como valoración del trabajo pasado (Schlippe & Schweitzer, 2003).

En pacientes con TAG, resulta importante trabajar sobre la prevención de recaídas porque es un trastorno crónico y suele tener un curso fluctuante (Biglieri & Vetere, 2011).

Beyebach y Herrero de Vega (2016) coinciden en la importancia de la prevención y la gestión de posibles recaídas en pacientes con TAG, a fin de evitar futuras frustraciones del cliente. Al mismo tiempo, consideran que una intervención que puede realizar el terapeuta al finalizar la terapia está relacionada con que el sujeto intente provocar la ansiedad y, en lugar de evitarla, que se exponga a esa situación de modo tal que lleve a cabo las estrategias aprendidas durante el tratamiento. De esta manera, se busca mostrarle al paciente que puede enfrentarse a esa situación.

A continuación, se desarrollarán cuestiones vinculadas con la modalidad de terapia online, la cual es utilizada con frecuencia por el modelo de terapia breve focalizada. A su vez, en un contexto de aislamiento social muchos profesionales deben recurrir a la utilización de esta modalidad.

### **3.3. Terapia online**

La terapia online refiere a la interacción terapéutica entre profesionales de la salud mental y sus pacientes, mediante el uso de Internet (Rochlen, Zack & Speyer, 2004).

En la actualidad, la psicoterapia vía online se encuentra mayormente aceptada por la sociedad debido al uso frecuente de las Tecnologías de la Informática y Comunicación (TIC's) (Sánchez Ortiz, Aguirre Ibarra & Rodríguez López, 2013).

Bunge, López, Mandil, Gomar y Borgialli (2009) hacen referencia a las TIC's y las diferencian en psicoterapia asistida por computadora y, por otro lado, recursos tecnológicos.



En primer lugar, la psicoterapia asistida por computadora refiere a cualquier sistema electrónico que procesa datos ingresados por el paciente, contribuyendo al proceso terapéutico. El paciente, mediante su utilización, puede realizar ejercicios entre sesiones, técnicas de exposición, manejo del sueño y, a su vez, recibir explicaciones y ejemplos de estrategias de resolución de problemas (Bunge et al., 2009). Dentro de estas, se encuentran los recursos digitalizados específicos, como pueden ser, las aplicaciones de realidad virtual, biofeedback o intervenciones online autoadministrables (Distefano, Cataldo, Mongelo, Mesurado & Lamas, 2017). Se considera que la utilización de estos programas ha resultado ser beneficiosa en pacientes con TAG ya que el paciente puede tener acceso, mediante Internet, a diferentes programas y utilizarlos sin la presencia del terapeuta o con una asistencia puntual, otorgándole autonomía al sujeto (González Peña, Torres, Del Barrilo & Olmedo, 2017). Sin embargo, dado que estos pacientes se encuentran preocupados por un amplio rango de estímulos, se realizaron programas con componentes menos específicos en comparación con aplicaciones para otras patologías (Vallejo & Jordán, 2007).

Por otro lado, dentro del uso frecuente de las TIC's, se encuentran los recursos tecnológicos. Estos incluyen elementos de uso cotidiano como pueden ser teléfonos, computadoras, videocámaras, distintos medios de mensajería digital, videojuegos, entre otros medios (Bunge et al., 2009).

En consecuencia, se considera que el uso de las TIC's en la vida cotidiana favorece la aceptación de la terapia online en la población y esto se debe al contacto permanente de las personas con la tecnología. En la terapia online, se utilizan herramientas que el sujeto utiliza en la vida diaria como son las videoconferencias, el uso de Skype, correo electrónico o la utilización del chat y, por lo tanto, esto colabora en la aceptación del sujeto frente a la posibilidad de utilizar esta modalidad de tratamiento. Al mismo tiempo, la terapia online facilita el acceso al tratamiento de sujetos que, por una cuestión de distancia, no pueden acceder a una terapia si no es por este medio (Sánchez Ortiz et al., 2013).

Por lo tanto, los sujetos que utilizan con frecuencia la tecnología suelen acomodarse más fácilmente a esta modalidad de terapia, favoreciendo la motivación al cambio, la percepción de autoeficacia e incrementando la adhesión al tratamiento (Baños, Guillen, García Palacios, Quero & Botella, 2011).

Al mismo tiempo, se considera que en pacientes con trastornos de ansiedad realizar una terapia de modalidad online obtiene mejorías comparables con las de una

terapia presencial y, a su vez, es uno de los trastornos que con más frecuencia se abordan desde esta modalidad (Macías Morón & Valero Aguayo, 2018).

Esta modalidad resulta apropiada para personas que se encuentran en zonas aisladas, sujetos incapaces de trasladarse por sí mismos, individuos que realicen muchas actividades durante el día y les resulte más conveniente realizar la sesión desde su casa. A su vez, otra ventaja de la terapia online es que se pueden realizar sesiones con terapeutas que se encuentren en otra ciudad o incluso otro país. A su vez, el paciente posee la tranquilidad de que el terapeuta debe cumplir con la confidencialidad, privacidad e intimidad que rige la ética psicológica al igual que en una terapia presencial (Sánchez Ortiz et al., 2013).

Vallejo y Jordán (2007) consideran que una de las principales ventajas de la terapia online está vinculada con facilitarle a la población el acceso a un profesional capacitado. Al mismo tiempo, le permite a individuos con diferentes patologías acceder a terapeutas especializados en determinados trastornos o enfoques. A su vez, esta modalidad puede facilitar que sujetos con prejuicios, al momento de consultar a un profesional de la salud mental, realicen la consulta mediante el uso de la tecnología dado que no implica contacto físico.

En la terapia online, el paciente puede acceder a sesiones contando con una computadora, un micrófono, cámara web y conexión de internet. Sin embargo, el diálogo también puede ser mediante la comunicación por correo electrónico. En consecuencia, en esta modalidad de terapia, la comunicación puede ser sincrónica mediante la utilización de un micrófono y una cámara web permitiéndole al paciente dialogar y observar al terapeuta en tiempo real, o puede ser asincrónica mediante la comunicación por correo electrónico (Sánchez Ortiz et al., 2013).

El progresivo uso de la tecnología virtual en psicoterapia, como complemento de la terapia presencial, ha posibilitado transformarla en sólo virtual. Esta modalidad de acción terapéutica no presenta dificultades al momento de generar una buena alianza terapéutica y tampoco presenta diferencias en relación con la efectividad en la terapia presencial (González Peña et al., 2017).

En consecuencia, la terapia online se encuentra en desarrollo dado que permite un mayor alcance a la población favoreciendo la accesibilidad y disponibilidad de la terapia y, a su vez, por presentar costos menores en comparación con la terapia tradicional (Distefano et al., 2017).

Por último, circunstancias de emergencia sanitaria, como consecuencia de una pandemia, conlleva a que profesionales de la salud mental comiencen a utilizar la modalidad de terapia online debido a que la población se encuentra en un contexto de aislamiento social. Dado que la situación de aislamiento puede producir estrés, preocupación, ansiedad y depresión en la población en general, así como también en el personal de salud, es fundamental que los terapeutas que no utilizaban esta modalidad adquieran flexibilidad con el fin de asistir a la población (Gutiérrez, 2020).

## **4. Metodología**

### **4.1. Tipo de Estudio**

Estudio descriptivo, cualitativo.

### **4.2. Participantes**

Psicólogos especializados en el manejo de la ansiedad y encargados de tratamientos online con formación en terapia breve focalizada en resolución de problemas. Entre estos, se encuentra una psicóloga con una antigüedad de 3 años en la institución, un psicólogo que se incorporó hace 5 años y una psicóloga que hace 6 años forma parte de la institución. Las edades de los profesionales se encuentran entre los 30 y 50 años.

### **4.3. Instrumentos**

Se realizaron entrevistas semidirigidas a tres profesionales con el objetivo de obtener información acerca de la temática en cuestión. Las tres entrevistas, una a cada profesional, fueron realizadas mediante llamadas telefónicas. Se indagó a los terapeutas acerca de si la reclusión por riesgo de coronavirus afecta la sintomatología de los pacientes con TAG (efectos en el aumento, la frecuencia y la intensidad de los síntomas) y si han recibido más consultas de sujetos con esta sintomatología durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio. Al mismo tiempo, se les consultó cuáles

son las intervenciones que realizan en la terapia online en estos pacientes, si es posible lograr hacer un cierre de tratamiento y si realizan un seguimiento luego de finalizada la terapia.

#### **4.4. Procedimientos**

Se trabajó con entrevistas a tres psicólogos con el fin de obtener los datos de interés. Se realizaron tres entrevistas en total, una a cada profesional, con una duración aproximada de 40 minutos cada una. Se indagó principalmente acerca de si la reclusión por riesgo de coronavirus afecta la sintomatología de los pacientes con TAG, sobre de las intervenciones que realizan los terapeutas en la terapia online y si es posible lograr hacer un cierre de tratamiento.

### **5. Desarrollo**

#### **5.1. Efecto de la reclusión por riesgo de coronavirus en la sintomatología de los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada**

El primer objetivo específico del presente trabajo proponía indagar, en opinión de los profesionales, si la reclusión por riesgo de coronavirus afecta la sintomatología de los pacientes con TAG.

De acuerdo a los datos recopilados en las entrevistas telefónicas a los profesionales de salud mental de la institución donde se llevó a cabo la práctica profesional en formato online, se pudo dar cuenta que un contexto de aislamiento social afecta significativamente la sintomatología de estos pacientes.

Por un lado, los terapeutas consultados sostienen que un contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio por riesgo de coronavirus es, de por sí, una situación que genera una base de ansiedad lógica y normal en todos los individuos. Esto resulta de la misma incertidumbre de no saber cuándo finaliza el período de aislamiento. La ansiedad normal a la que refieren los terapeutas puede vincularse con lo planteado por Cía (2000), quien alude que todas las personas sienten algún grado ansiedad porque es parte de la existencia humana. Sin embargo, los profesionales consultados diferencian la

ansiedad referida anteriormente, propia de todos los seres humanos y esperable en un contexto de aislamiento, de la ansiedad patológica presente en los individuos con TAG. Tal como refirió Bulacio (2004), la ansiedad es anormal cuando es excesiva y persistente.

Por otro lado, según lo informado por los profesionales, durante el período de cuarentena aumentaron las consultas de individuos con TAG con el fin de iniciar un tratamiento psicológico. Asimismo, los terapeutas refieren que existió un incremento significativo de consultas en general y, mayormente, de sujetos con diferentes patologías ansiosas. Los psicólogos consultados consideran que el aumento de dichas consultas puede deberse al contexto de emergencia social y, a su vez, a que en Argentina las patologías más frecuentes son los trastornos de ansiedad, tal como lo indican estudios locales (Stagnaro et al., 2018).

Adicionalmente, los terapeutas refieren que la reclusión por riesgo de coronavirus es una situación que afecta a todos los individuos porque produce un cambio significativo en la dinámica de la vida cotidiana, generando angustia, ansiedad y preocupación en los sujetos. Lo mencionado coincide con lo planteado por Gutiérrez (2020), respecto a que una situación de aislamiento puede producir estrés, preocupación, ansiedad y depresión en la población.

En concordancia, dado que la existencia de una pandemia afecta de por sí a la población en general, los profesionales sostienen que dicho contexto de aislamiento afecta aún más a individuos con TAG. Los psicólogos consultados consideran que, lo mencionado, puede estar vinculado con que dichos pacientes ya presentaban un estado persistente de ansiedad generalizada y, a su vez, preocupaciones incontrolables y excesivas previo al decreto de la cuarentena. Por lo tanto, los terapeutas sostienen que los sujetos con TAG resultaron significativamente afectados durante el aislamiento dado que, a los síntomas que presentaban previamente, se añadió la novedad de la reclusión por riesgo de coronavirus. Lo referido coincide con lo planteado por Clark y Beck (2012), con relación a que los pacientes con dicha patología presentan un estado persistente de ansiedad que posee como característica principal la preocupación patológica.

Por otro lado, los terapeutas sostienen que los síntomas, en pacientes con TAG, se acentúan durante la cuarentena debido a que observan que estos pacientes presentan mayor cantidad de pensamientos negativos vinculados con lo que puede llegar a pasar. Los profesionales consideran que estos pacientes se encuentran mayormente centrados

en el futuro, más que en el presente y, a diferencia de la preocupación normal que presentan todos los individuos durante dicho contexto, los individuos con TAG presentan una preocupación patológica que se caracteriza por la anticipación exagerada de futuros resultados negativos. Lo referido coincide con lo planteado por Clark y Beck (2012), respecto a que la anticipación exagerada de futuros resultados negativos resulta fundamental para poder diferenciar la preocupación normal de la patológica.

En relación con lo mencionado, los profesionales afirman que los síntomas de ansiedad y preocupación de los pacientes con TAG fueron incrementando con el transcurso de los días, en cantidad, frecuencia e intensidad. Sin embargo, los terapeutas consultados consideran que el aumento de estos puede variar de acuerdo a las particularidades de cada individuo y según los recursos con los que cuente ese sujeto. Tal como refieren Clark y Beck (2012), la preocupación de estos pacientes es patológica porque es excesiva en comparación con la preocupación normal que presenta la población en general. De igual modo, la ansiedad que experimentan es más persistente, frecuente e intensa (Belloch et al., 2009).

Los profesionales refieren que la novedad que presentó la aparición y evolución de la pandemia incrementó el temor que sienten los pacientes con TAG de que suceda algo malo y, a su vez, la dificultad para distinguir que su preocupación resulta frecuentemente injustificada. Tal como refieren Newman y Anderson (2007), a los pacientes con dicha patología les resulta difícil entender que sus temores o preocupaciones no siempre ocurren.

De acuerdo a los psicólogos consultados, las preocupaciones de los individuos con TAG suelen estar relacionadas con el hecho de no saber cuándo va a finalizar el período de aislamiento. A su vez, si bien los profesionales consideran que el hecho de que los pacientes se encuentren en su hogar les produce, en cierto punto, sensación de estar protegidos, estos se encuentran preocupados por el hecho de que pueden llegar a enfermar o quizás alguien cercano a ellos pueda contraer la enfermedad. Los terapeutas consultados añaden que estos pacientes frecuentemente manifiestan tener miedo de que, en caso de que les suceda algo malo, nadie los pueda atender, ya sea el personal de salud en los hospitales o el mismo psicólogo. Tal como se refirió anteriormente, el paciente con TAG frecuentemente expresa el malestar que siente al imaginar que alguien cercano, o incluso el mismo, pueda contraer una enfermedad (OMS, 2000), lo cual aumenta significativamente durante dicho período de aislamiento social.

Por otro lado, según los profesionales, los pacientes suelen referir que, por dichas preocupaciones, les cuesta concentrarse en las tareas que deben realizar durante el transcurso del día. En relación con lo mencionado, los terapeutas añaden que, en los adultos, las actividades generalmente están relacionadas con el trabajo y, en el caso de los niños, frecuentemente se vinculan con lo escolar. Esto coincide con lo planteado por Cía (2007), en cuanto a que estos pacientes encuentran dificultades para olvidar sus preocupaciones y concentrarse en las tareas que están realizando.

Al mismo tiempo, los profesionales consideran que, durante el aislamiento por riesgo de coronavirus, los pacientes con TAG frecuentemente confunden algunos síntomas físicos que son propios de su trastorno, como pueden ser la sudoración excesiva y las palpitaciones, entre otros, con síntomas de otra enfermedad. Dichos síntomas coinciden con el componente fisiológico planteado por Cía (2007).

Con relación a los síntomas, los terapeutas consultados refieren que, si bien existió un aumento en la ansiedad y preocupación característica de pacientes con TAG, también existió en los adultos un aumento del resto de los síntomas, los cuales son: irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño (dificultad para dormirse o continuar durmiendo), inquietud, dificultad para concentrarse o facilidad para fatigarse. Los síntomas mencionados coinciden con los planteados por los manuales diagnósticos (APA, 2014).

Por otro lado, los psicólogos aluden que, en los niños, acompañando a la ansiedad y preocupación, el síntoma que se manifestó con más frecuencia está vinculado con la dificultad para concentrarse principalmente en sus responsabilidades escolares. Dicho síntoma coincide con uno de los propuestos por los manuales diagnósticos (APA, 2014).

Los terapeutas sostienen que, debido a la exacerbación de los síntomas como consecuencia del contexto de aislamiento, se produce un aumento del temor que experimenta el paciente con TAG por su seguridad y la de su grupo familiar. Esto dificulta significativamente su vida social y laboral. Lo mencionado coincide con el componente conductual planteado por Cía (2007).

Los profesionales manifiestan que durante el aislamiento social se produjeron cambios significativos vinculados con la funcionalidad de los sujetos, generando un considerable malestar en la vida diaria de los individuos. Tal como refiere Marjan López de la Parra et al., (2014), el TAG se encuentra asociado con un deterioro en la funcionalidad del individuo, afectando su calidad de vida.

Por un lado, en los adultos con TAG, los terapeutas afirman que existe un deterioro relacionado, principalmente, con el desempeño en el ámbito laboral. Los psicólogos refieren que estos pacientes suelen presentar dificultades en este ámbito por lo que, al añadirse el cambio abrupto en la vida cotidiana del sujeto y el tener que adaptarse a una nueva dinámica ocupacional, consecuencias del aislamiento, se producen mayores inconvenientes en el área del funcionamiento mencionada. Esto coincide con lo desarrollado por Etchebarne et al., (2016), con relación al deterioro en el funcionamiento que presentan estos pacientes.

Por otro lado, los profesionales manifiestan que, en los niños con dicho trastorno, existió un impacto significativo vinculado con el funcionamiento escolar y familiar. Los psicólogos asocian este impacto, al igual que en los adultos, al cambio abrupto en la vida cotidiana. A su vez, los terapeutas refieren que dicho impacto puede estar vinculado con la incertidumbre de una nueva modalidad escolar a la que no estaban acostumbrados estos pacientes y, a su vez, con el aumento de los síntomas durante el período de cuarentena. En concordancia, los niños con TAG pueden presentar mayores dificultades en algunas áreas de funcionamiento. Lo mencionado, coincide con lo planteado anteriormente por Marjan López de la Parra et al., (2014), con relación a que las preocupaciones, en estos pacientes, generalmente están relacionadas con asuntos vinculados a las áreas antes referidas.

Por lo tanto, se puede concluir que un contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio afecta en la sintomatología de los pacientes con TAG. En concordancia, la reclusión por riesgo de coronavirus influye en el aumento, la frecuencia y la intensidad de los síntomas de estos pacientes, así como también se ve afectada la funcionalidad en diferentes áreas.

## **5.2. Intervenciones que realizan los profesionales durante la terapia online en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada desde el modelo de terapia breve focalizada**

El segundo objetivo proponía describir las intervenciones que realizan los profesionales durante la terapia online en pacientes con TAG, desde el modelo de terapia breve focalizada.



Por un lado, los terapeutas consultados, a través de entrevistas telefónicas, refieren que las intervenciones de los profesionales comienzan desde el primer contacto con el paciente ya sea de manera presencial, por videoconferencia o por teléfono. Esto coincide con lo planteado por Fisch et al., (1984).

Por otro lado, los profesionales aluden que, frecuentemente, las personas asisten a la primera consulta manifestando alguna preocupación o disgusto que no suelen poder describir con claridad y, a su vez, que el consultante aún no ha encontrado alguna solución para esta, produciéndole cierto malestar al sujeto. Lo mencionado coincide con lo planteado por Fisch et al., (1984) como queja inicial.

Posteriormente, los profesionales entrevistados sostienen que, si bien el terapeuta es quien debe transformar la queja inicial en un problema a resolver en la terapia, este debe definirse entre él y el paciente. Esto coincide con la co-construcción del problema planteado por Haz y Castro (1994).

Los profesionales aluden a la importancia de establecer un problema a resolver en terapia para luego llevar a cabo preguntas, con el fin de recaudar la información necesaria para planificar la terapia, de acuerdo a la problemática establecida. Principalmente, el terapeuta indaga sobre el modo en que el paciente o, tal vez, otros individuos cercanos a él, han estado afrontando el problema dado que consideran que las acciones tendientes a resolver el problema hasta el momento, sin éxito, son las que le otorgan continuidad al mismo. Lo mencionado coincide con lo planteado por Nardone y Watzlawick (1992) quienes sostienen que las acciones que realiza el sujeto para intentar resolver el problema, sin éxito, son las que le otorgan continuidad a este.

A su vez, los terapeutas indagan acerca de si existen situaciones donde no esté presente el problema, si existen conductas que en un pasado hayan favorecido la disminución de los síntomas y, en el caso de corresponder, por qué motivo dejaron de realizarse. Los profesionales aluden indagar sobre lo mencionado con el fin de obtener información para luego poder ampliar dichas conductas funcionales. Lo mencionado coincide con lo planteado por Fisch et al., (1984) respecto de este punto.

Los psicólogos consultados afirman que la recolección de la información mencionada facilita la definición del problema y la posterior estrategia de intervención, dado que estas se planifican teniendo en cuenta a cada paciente y su respectivo contexto. Lo mencionado coincide con lo planteado por Haley (1973) en relación con la estrategia del tratamiento.

En primera instancia, los profesionales entrevistados plantean abordar pacientes con TAG mediante la psicoeducación.

Por un lado, en caso de que el paciente sea un niño, los terapeutas refieren que generalmente deben trabajar con los padres y con los maestros, enseñándoles de qué manera tratarlo y explicándoles cómo se procederá durante el tratamiento. La finalidad es que estos puedan acompañar y, a su vez, entender al niño durante el proceso terapéutico. Los profesionales aluden abordarlos mediante la psicoeducación ya que estos pacientes, tal como se mencionó anteriormente, presentan síntomas de preocupación y ansiedad excesivos, a lo que se añade un contexto de aislamiento social y una modalidad de escolaridad virtual a la que no se encuentran acostumbrados. En consecuencia, resulta fundamental que el niño se sienta acompañado. Al mismo tiempo, dicho contexto provoca cierta incertidumbre al no saber cómo se va a desarrollar el año escolar y, a su vez, el hecho de no saber cuánto tiempo va a durar el período de aislamiento. Tal como refiere Bulacio (2006), implementar la psicoeducación durante la terapia tiene un efecto inmediato en la disminución de la incertidumbre, posibilitando mayor flexibilidad para abordar el problema.

Por otro lado, en caso de que el paciente sea un adulto, los terapeutas refieren que mediante la psicoeducación se busca brindarle información acerca del trastorno y del tratamiento y, de esta manera, disminuir la incertidumbre. Al mismo tiempo, los profesionales aluden a la utilización de dicha técnica dado que consideran que durante la cuarentena los pacientes con TAG pueden confundir algunos síntomas físicos, propios de su trastorno, como pueden ser la sudoración excesiva y las palpitaciones, entre otros, con síntomas de otra enfermedad. Por esta razón, consideran que resulta importante explicarle al paciente sus síntomas. Asimismo, los profesionales consideran que el incremento de los síntomas de estos pacientes, durante el período de aislamiento, los llevó a realizar conductas más disfuncionales debido a que su vida diaria sufrió un cambio abrupto. Dichas conductas desadaptativas estuvieron vinculadas con dificultades para concentrarse en sus responsabilidades y realizar las actividades solicitadas tanto en el ámbito laboral como universitario. En consecuencia, los terapeutas consideran apropiado utilizar la psicoeducación con el fin de que el paciente obtenga información acerca de lo que le sucede y, asimismo, se busca que el paciente pueda desarrollar sus recursos y realizar conductas más adaptativas. Por otro lado, los terapeutas aluden llevar a cabo dicha técnica en la propia sesión virtual y, en algunos casos, se envían links con videos con el fin de ampliar la información. Tal como expresó Bulacio (2006), la

psicoeducación brinda al paciente un aprendizaje a nivel teórico y práctico. Asimismo, dicho autor refiere que fortalecer los recursos del individuo colabora en el incremento de la autonomía del paciente.

Los terapeutas remiten a la importancia de enseñarles técnicas de relajación a pacientes con TAG dado que, de esta manera, el paciente aprende una técnica que le permite controlar su ansiedad y, a su vez, afrontarla. Sin embargo, los terapeutas refieren que mediante una terapia virtual la enseñanza de dichas técnicas presenta mayores dificultades que en una terapia presencial. Asimismo, los profesionales aluden llevarla a cabo en la sesión misma y, a su vez, mediante el envío de links con videos o audios que colaboran con la enseñanza de dichas técnicas. Principalmente, enseñan dos métodos de relajación. Por un lado, respiración diafragmática y, por otro lado, la relajación progresiva de los músculos. Del mismo modo, Mitte (2007) considera importante utilizar técnicas de relajación en pacientes con TAG.

Los autores Fisch et al., (1984) aluden que el terapeuta planifica sus intervenciones evaluando las acciones que considera que pueden adaptarse con más facilidad a la rutina del paciente y teniendo en cuenta a los sujetos del entorno del consultante que colaboran con la persistencia del problema. En concordancia, los terapeutas consultados refieren que, si bien existen diferentes tareas que pueden realizar los distintos consultantes, las cuales se otorgan teniendo en cuenta a cada paciente y su contexto, una de ellas puede estar vinculada con un pedido del terapeuta al paciente de que realice las técnicas de relajación en circunstancias donde la ansiedad se presente. Los terapeutas refieren solicitarle al paciente que, al momento de realizar dichas técnicas de relajación, vaya a un espacio de la casa que le resulte agradable y cómodo y, a su vez, donde considere que puede estar tranquilo. Los profesionales aluden indagar, en la siguiente sesión, acerca de si el paciente llevó a cabo dichas técnicas de relajación y, en caso de que sí, cuántas veces las realizó. De esta forma, se busca que el individuo pueda controlar la ansiedad en la vida cotidiana y, progresivamente, sin la ayuda del terapeuta. Tal como refieren Nardone y Watzlawick (1992), en cuanto a que los cambios se producen principalmente entre sesión y sesión, por lo que destacan la importancia de prescribir tareas ya que estas actúan de forma activa en la vida diaria del paciente.

Los profesionales, mediante la asignación de tareas, buscan generar situación de control: que el sujeto controle la situación y no la situación a él. Al mismo tiempo, los terapeutas consultados refieren que, cuando encargan tareas a los pacientes entre sesión

y sesión, al inicio del próximo encuentro se les pregunta por las prescripciones otorgadas. Esto demuestra la relevancia que posee la asignación de dichas tareas en la terapia. Tal como refiere Nardone y Watzlawick (1992) las prescripciones son indicaciones del terapeuta hacia el paciente que deben ser cumplidas. Los psicólogos aluden que una de estas tareas consiste en solicitarles a los pacientes que realicen registros acerca de la ansiedad y las preocupaciones que experimentan. Dichos registros se realizan en un cuaderno denominado “Diario a bordo”, el cual es entregado por el profesional. Actualmente, los terapeutas les envían a los pacientes una planilla por mail con las respectivas columnas a completar para que puedan realizar las anotaciones correspondientes. Dichas anotaciones se solicitan con el fin de que el paciente tome el control de la situación que le produce malestar y, por lo tanto, de sus acciones o emociones. Asimismo, el hecho de que el paciente tenga que anotar fecha, lugar, situación, síntomas, acciones y pensamientos relacionados con la ansiedad o las preocupaciones que experimenta, lo ubica en una situación diferente a la que acostumbra. Por lo tanto, los profesionales consultados sostienen que mediante esta intervención buscan anular el síntoma mediante un efecto distractor y, a su vez, que resulta importante para aumentar dicho efecto que el paciente tome nota en el mismo momento que experimenta los síntomas. Lo mencionado coincide con lo referido por Beyebach y Herrero de Vega (2016) en cuanto a la tarea “Diario a Bordo”.

Por otro lado, los terapeutas aluden que otra intervención que realizan mediante la terapia online es la reestructuración. Mediante la utilización de esta técnica, los terapeutas buscan que los pacientes con TAG logren modificar la percepción que tienen del problema planteado en la terapia y, de esta manera, modifiquen las conductas no eficientes por conductas funcionales. Los psicólogos consideran que dicha técnica lleva al paciente a cambiar el marco conceptual y emocional desde el cual se experimenta una situación. Asimismo, los terapeutas buscan que el paciente tenga una percepción distinta de su problema y, en consecuencia, modifique las acciones tendientes a resolverlo. Por otro lado, los profesionales refieren no poseer inconvenientes para intervenir mediante dicha técnica de persuasión en la terapia online. La intervención mencionada coincide con lo planteado por Nardone y Watzlawick (1992), dado que consideran que con dicha técnica se busca que el paciente perciba de manera diferente su problema y, en consecuencia, que modifique las acciones tendientes a resolverlo.

Los terapeutas refieren a la comunicación paradójica en pacientes con TAG con el objetivo de generar que el paciente controle la situación que le produce malestar y no

la situación a él. Para esto, los profesionales le solicitan al paciente que provoque la ansiedad, síntoma que habitualmente es involuntario para él y, en caso de que el paciente no consiga lograrlo, el terapeuta le solicita que imagine cómo se siente cuando dicho síntoma está presente. El objetivo de dicha interacción es que el individuo logre tener control sobre sus síntomas dado que, si puede provocar este a voluntad, adquiere control sobre él. Tal como refieren Nardone y Watzlawick (1992), al lograr hacer voluntario un síntoma que generalmente es involuntario e incontrolable, este pierde valor sintomático. Los terapeutas aluden que lo mencionado puede solicitarse en la sesión misma o bien que se realice fuera de la sesión y, a su vez sostienen que dicha técnica no presentó inconvenientes al llevarse a cabo en una terapia virtual. Asimismo, los psicólogos consultados consideran importante, al momento de llevar a cabo dicha intervención, utilizar el lenguaje del paciente dado que colabora con que el sujeto la lleve a cabo debido a un mejor entendimiento. Lo referido coincide con lo planteado por Villanueva (2015), en relación con la importancia que le otorga a que el profesional se adapte al lenguaje del paciente dado que facilita que el cambio se produzca.

Tal como refirió Fisch et al., (1984), el terapeuta puede influir en el paciente mediante la formulación de una sugerencia. Los profesionales consultados refieren que en pacientes con TAG la principal sugerencia que utilizan se encuentra vinculada, generalmente, con que el paciente pueda seguir manteniendo una rutina más allá del cambio abrupto en la vida cotidiana. Dado que por el contexto de aislamiento social el paciente debe permanecer en su hogar, los profesionales consideran importante que este pueda organizarse para realizar diferentes actividades, ya sea vinculadas con lo laboral, escolar o dinámicas familiares. Al mismo tiempo, los terapeutas consideran importante indagar acerca de cómo era su rutina antes de la cuarentena y explicarle al paciente que esta es una nueva rutina y que puede crearse tal como se creó la anterior y, a su vez, que es esperable que presente dificultades. Asimismo, el terapeuta considera efectivo sugerirle al paciente establecer horarios o utilizar alarmas para la realización de la actividad, anticipándole que puede llegar a aparecer malestar cuando llegue el horario de la actividad o mismo en caso de que no lo pueda lograrla. Estas actividades pueden estar vinculadas con lo laboral o, incluso, con tareas universitarias en los adultos, y con tareas escolares en los niños. A su vez, el profesional sugiere que, en caso de que el paciente conviva con alguien, esa persona lo puede ayudar a ordenarse con los horarios. Tal como refieren Casablanca y Hirsch (2009), las sugerencias son las alternativas de acción que propone el terapeuta y quedan a elección del paciente rechazarlas o no.

Se puede concluir que las principales intervenciones que realizan los profesionales, durante la terapia online en pacientes con TAG, desde el modelo de terapia breve focalizada son: psicoeducación, reestructuración, prescripciones, sugerencias, técnicas de relajación y comunicación paradójica.

### **5.3. Cierre de tratamiento en una terapia online desde el modelo de terapia breve focalizada**

El tercer y último objetivo del presente trabajo proponía analizar, en opinión de los profesionales, si es posible lograr un cierre de tratamiento en una terapia online desde el modelo de terapia breve focalizada.

En primer lugar, se les consultó a los terapeutas, a través de entrevistas telefónicas, acerca de si es posible lograr un cierre de tratamiento en una modalidad online, desde el abordaje terapéutico utilizado en la institución donde se llevó a cabo la práctica profesional de manera virtual. Los profesionales refieren que esto es posible si se realizan maniobras de cierre para la terminación. Asimismo, manifiestan que dichas maniobras se utilizan tanto para la finalización de la terapia desde una modalidad online como en un tratamiento presencial y, a su vez, refieren que lograr dicho cierre de terapia va a depender de la intervención del terapeuta. Al mismo tiempo, los psicólogos aluden que, si bien podría considerarse que realizar el cierre de terapia puede presentar dificultades desde una modalidad online dado el contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio por riesgo de coronavirus, en la práctica no se encuentran dificultades. De esta forma, los terapeutas afirman que es posible realizar el cierre del mismo modo que en una terapia presencial. Tal como refieren Hirsch y Rosarios (1987), las maniobras de cierre son utilizadas por el terapeuta al finalizar la terapia.

Los terapeutas aluden que, desde el modelo de terapia breve focalizada, se llevan a cabo aproximadamente entre 12 y 15 sesiones. Sin embargo, los profesionales refieren que la terminación del tratamiento puede darse con anterioridad, dado que el objetivo puede lograrse previo a dicha cantidad de sesiones, o, tal vez, puede ser posterior a esta. A su vez, los profesionales consultados refieren que, en aquellos pacientes que realizan sesiones semanales, el terapeuta puede implementar, en los últimos encuentros, extender el período entre sesiones a 15 días con el fin de corroborar si el paciente puede controlar sus síntomas por una mayor cantidad de tiempo. Al mismo tiempo, se evalúa si el

individuo puede utilizar sus recursos y herramientas para afrontar la ansiedad fuera de la terapia y sin ayuda del terapeuta. Los psicólogos aluden extender el período entre sesiones con el fin de constatar que el paciente pueda sostener en el tiempo lo aprendido en la terapia. Tal como refirió Hardy Schaefer (2013), la modalidad de terapia mencionada se encuentra orientada a la efectividad y a acotar el período de psicoterapia.

Los profesionales describen que las razones por las que una terapia finaliza están relacionadas principalmente con dos cuestiones. Por un lado, puede realizarse el cierre de tratamiento cuando el problema planteado en la terapia esté solucionado y, por otro lado, puede darse la terminación sin que el objetivo haya sido resuelto. Esto coincide con las razones de finalización planteadas por Fisch et al., (1984).

En relación con lo mencionado, se les consultó a los profesionales de qué manera se finaliza la terapia en el caso de que el problema esté resuelto. Los terapeutas refieren que, en dicha ocasión, debe reconocerse el progreso del paciente y otorgarle a este todo el crédito por el logro conseguido en el tratamiento, dado que es el propio sujeto el que cuenta con las soluciones para resolver sus problemas. En concordancia, los profesionales focalizan en que el cambio es producto del esfuerzo del paciente y, fundamentalmente, en que este ya contaba con los recursos necesarios para resolver sus propios problemas. Lo que sucede es que, a partir de la terapia, el paciente sabe de qué manera utilizar estas herramientas. Los psicólogos aluden funcionar como guía y ayuda para que el paciente encuentre la manera adecuada de utilizar dichos recursos y logre realizar conductas funcionales, confiando en sus propias herramientas y sin la ayuda del profesional. Por lo tanto, en la última sesión, el terapeuta busca consolidar la autonomía del paciente y, a su vez, realizar un breve recorrido sobre las técnicas que el paciente aprendió durante el tratamiento, detallando su funcionalidad. Tal como se describió anteriormente, el modelo de terapia breve focalizada se centra y confía en los recursos, las habilidades y las fortalezas de los individuos (Haz & Castro, 1994) y, por esta razón, es que se considera que los pacientes cuentan con las soluciones a sus problemas.

Asimismo, los psicólogos sostienen que desde el modelo de terapia breve focalizada se elige un foco de atención sobre el cual se va a trabajar para obtener mejorías. Por lo tanto, la terapia concluye una vez logrado el objetivo del paciente. Para esto, al inicio de la terapia, los profesionales le anticipan al paciente que esta tiene un comienzo y un fin lo que genera que el cierre del tratamiento sea esperable para el paciente, permitiéndole prepararse de manera anticipada. A su vez, los terapeutas aluden que las razones por las que un tratamiento finaliza varían de acuerdo a cada consultante.

Los profesionales afirman que, en pacientes con TAG, la terapia suele concluir cuando el paciente logra controlar los síntomas de ansiedad y las preocupaciones, ya sin ayuda del terapeuta, de manera tal que puede continuar con sus actividades diarias de manera funcional. El paciente, al lograr controlar dichos síntomas, consigue realizar conductas adaptativas en las diferentes áreas del funcionamiento, ya sea en el ámbito escolar, laboral, familiar. Lo mencionado coincide con lo planteado por Fisch et al., (1984) en cuanto a que el tratamiento finaliza una vez concretado el objetivo de terapia.

Adicionalmente, los terapeutas destacan la importancia de solicitarle al paciente en la última sesión que anticipe otros problemas posibles, con el fin de mostrarle que puede enfrentarse a ellos mediante lo aprendido durante la terapia. Asimismo, los profesionales consideran importante trabajar con estos pacientes sobre la prevención de recaídas con la finalidad de evitar que el paciente se desanime si esto ocurre luego de finalizado el tratamiento. En concordancia, con el fin de evitar futuras frustraciones, los terapeutas le plantean al paciente que existe posibilidad de que mantener lo aprendido a lo largo del tiempo no resulte sencillo. Esto coincide con lo referido por Beyebach y Herrero de Vega (2016) en relación con la prevención de posibles recaídas en pacientes con TAG.

Con relación a lo mencionado, los profesionales refieren que, por un lado, una intervención a realizar en la última sesión de estos pacientes puede estar vinculada con un pedido al paciente de que anticipe y provoque la ansiedad y, de esta manera, que utilice las estrategias aprendidas durante el tratamiento para afrontarla. Dicha intervención coincide con la planteada por Beyebach y Herrero de Vega (2016).

Por otro lado, los terapeutas consultados refieren que puede resultar útil una sesión previa a la terminación del tratamiento anticiparle al sujeto el cierre de terapia y corroborar si está de acuerdo con dicho cierre. En relación con lo mencionado, los profesionales sostienen que deben consultarle al paciente si considera que se logró el objetivo planteado en la terapia y, a su vez, indagar acerca de si considera que los cambios alcanzados le permiten continuar con su vida diaria sin ayuda del terapeuta. Asimismo, los psicólogos consultados plantean realizar un recorrido sobre lo aprendido desde la primera sesión hasta el cierre del tratamiento, con el fin de mostrarle sus avances y logros. Tal como sostienen Nardone y Watzlawich (1992), resulta importante en la última sesión destacar lo aprendido en terapia.

Al mismo tiempo, los terapeutas consideran importante adoptar una posición donde se reconozca el esfuerzo y el compromiso del individuo durante el tratamiento.



Los psicólogos consultados aluden que mediante esta estrategia se busca reforzar la capacidad de cambio que posee el paciente y, a su vez, mostrarle que, si bien el profesional colabora para lograr el cambio, es el propio paciente quien hace el mayor esfuerzo. Lo referido coincide con lo que plantea Villanueva (2015), respecto a que el terapeuta funciona como ayuda para que los individuos encuentren los recursos para solucionar sus problemas.

Por último, los profesionales refieren que, en la última sesión, se acuerda entre el paciente y el terapeuta realizar un seguimiento luego de finalizada la terapia. Los terapeutas destacan que dicho seguimiento no es considerado como parte del tratamiento, sino que sirve como valoración del trabajo pasado. A su vez, aluden llevarlo a cabo vía correo electrónico, mediante el envío de un cuestionario. Asimismo, los psicólogos consultados refieren efectuar el seguimiento tanto en pacientes con TAG como en otros pacientes. Para realizar lo mencionado, el profesional se pondrá en contacto con el paciente pasados los tres meses y luego a los seis, con el fin de corroborar que el individuo haya logrado mantener el cambio a largo plazo. Los terapeutas aluden encontrar dificultades para cumplir con el control luego de los tres meses de la terminación del tratamiento y refieren que esto se debe a que generalmente no reciben respuesta a los mails de seguimiento por parte de los pacientes. Por otro lado, los profesionales aluden explicarle al paciente que las recaídas son esperables como parte del proceso y recordarle que cuenta con los recursos y herramientas para enfrentarlas, dado que desarrolló la autonomía para continuar con su vida sin ayuda del terapeuta. Sin embargo, los psicólogos refieren que, en caso de que el paciente falle y requiera realizar una consulta una vez finalizada la terapia, puede volver a contactarse para repasar las técnicas aprendidas y, en caso de ser necesario, se reabre el tratamiento. Lo referido coincide con lo planteado por Schlippe y Schweitzer (2003) respecto al seguimiento realizado una vez finalizada la terapia.

Por otro lado, se les consultó a los profesionales de qué manera se interviene en caso de que el consultante desee finalizar el tratamiento sin que el objetivo de terapia haya sido resultado. Los psicólogos refieren que, dicha ocasión, suele estar vinculada con que el paciente ya no se encuentra motivado para resolver el problema en el tratamiento. Al mismo tiempo, los terapeutas afirman que la principal idea es nunca contradecir el deseo de terminar la terapia por parte del paciente y que podría aceptarse la disconformidad pero no contradecirla. Lo mencionado puede vincularse con lo referido

por Fisch et al., (1984) con relación a que, en caso de que el paciente desee finalizar la terapia por dicha razón, el terapeuta debe aceptar el deseo de ponerle fin al tratamiento.

Adicionalmente, los terapeutas consultados sostienen que es recomendable, en caso de que el paciente desee finalizar la terapia, que el terapeuta realice un cierre adecuado de tratamiento. En este caso, los profesionales consideran recomendable no acceder a una última sugerencia y sólo limitarse a realizar un breve recorrido sobre los avances alcanzados a lo largo de la terapia. Los profesionales aluden que esto es conveniente para que, en caso de decidir reanudar la terapia en otro momento, el sujeto no dude en volver a consultar. Del mismo modo lo refiere Fisch et al., (1984) en cuanto a que el terapeuta debe realizar un cierre adecuado porque, de lo contrario, se disminuye la posibilidad de que el paciente consulte en otra ocasión.

Se puede concluir que es posible lograr hacer un cierre de tratamiento, en una terapia online desde el modelo de terapia breve focalizada, si el terapeuta realiza maniobras de cierre para la terminación. Asimismo, se destaca que, en un contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio, no se presentaron inconvenientes al momento de realizar dichas maniobras en la modalidad de terapia analizada.

## **6. Conclusiones**

### **6.1. Resumen del desarrollo**

Los objetivos planteados al inicio del presente trabajo se pudieron cumplir en su totalidad. Sin embargo, resulta importante destacar la existencia de ciertas limitaciones para la realización del mismo debido a que la práctica profesional se vio obligada a adaptarse a una modalidad online que no estaba prevista como consecuencia del contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio por riesgo de coronavirus.

Con relación al primer objetivo, se proponía indagar en opinión de los profesionales si la reclusión por riesgo de coronavirus afecta la sintomatología de los pacientes con TAG. En primer lugar, se pudo concluir que un contexto de aislamiento social es, de por sí, una situación que genera una base de ansiedad lógica y normal en todos los individuos que es propia del cambio abrupto que sufre la vida diaria y, a su vez, de la misma incertidumbre de no saber cuándo termina el período de cuarentena.

Por lo tanto, se considera que dicha situación de aislamiento puede producir estrés, preocupación y ansiedad en la población (Gutiérrez, 2020). En concordancia, se concluye que dicho período de reclusión influye significativamente en la cantidad, intensidad y frecuencia de los síntomas de los pacientes con TAG, tanto en niños como en adultos. De igual forma, en los individuos con dicha patología, se vieron afectadas diferentes áreas del funcionamiento, tales como laboral, escolar y social (Marjan López de la Parra et al., 2014).

Con respecto al segundo objetivo, se proponía describir las intervenciones que realizan los profesionales durante la terapia online en pacientes con TAG desde el modelo de terapia breve focalizada. Se pudo concluir que las principales intervenciones que realizan los profesionales son: psicoeducación (Bulacio, 2006), reestructuración (Mitte, 2007), prescripciones (Nardone & Watzlawick, 1992), sugerencias (Fisch et al., 1984), técnicas de relajación (Mitte, 2007) y comunicación paradójica (Nardone & Watzlawick, 1992).

En relación con el tercer y último objetivo, se proponía analizar en opinión de los profesionales si es posible lograr hacer un cierre de tratamiento en una terapia online, desde el modelo de terapia breve focalizada. Se concluye que es posible realizarlo si el terapeuta realiza maniobras de cierre para la terminación (Hirsch & Rosarios, 1987). Asimismo, se concluye que dicho cierre no presentó inconvenientes al momento de realizarlo, en dicha modalidad de terapia, en el particular contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio.

## **6.2. Limitaciones**

Con respecto a las limitaciones para la realización del presente trabajo, se pueden destacar las problemáticas descritas a continuación.

En primer lugar, debido al contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio, la práctica profesional se realizó mediante una modalidad online. Dicho contexto generó que las instituciones intervinientes (institución educativa y centro terapéutico) debieran modificar su modalidad de trabajo habitual, adaptándose a un formato virtual. En consecuencia, la información recolectada resultó inferior en comparación con la que podría reunirse en una práctica presencial, dado que no pudieron realizarse observaciones y que el contacto con los terapeutas de la

institución fue significativamente menor. Adicionalmente, dicha situación dificultó la adaptación a la terminología del modelo teórico utilizado en la institución donde se llevó a cabo la práctica profesional.

En segundo lugar, para la elaboración del trabajo, hubiera sido de mucha utilidad poder acceder a historias clínicas con el fin de obtener información más detallada de los síntomas que presentan los pacientes. De igual modo, hubiera sido conveniente presenciar sesiones mediante Cámara Gesell, dispositivo que utilizan en la institución, dado que hubiera permitido observar las intervenciones de los terapeutas. Asimismo, hubiera sido de utilidad poder realizar entrevistas más extensas o a un mayor número de profesionales con el fin de ampliar la información sobre la temática en cuestión.

Por último, se hallaron limitaciones teóricas vinculadas con la búsqueda bibliográfica ya que se limitó únicamente a internet, sin tener posibilidad de incorporar información en bibliotecas. A su vez, se vio imposibilitado el acceso al material bibliográfico disponible en la institución ya que este no se encuentra digitalizado.

### **6.3. Perspectiva crítica y aporte personal**

Por un lado, resulta importante mencionar que desde el modelo de terapia breve focalizada, una vez finalizada la terapia, se acuerda entre paciente y terapeuta realizar un seguimiento unos meses posteriores al cierre de tratamiento (Schlippe & Schweitzer, 2003). Dicho seguimiento se efectúa con el fin de obtener información acerca de cómo se encuentra el paciente y corroborar si ha podido mantener los resultados obtenidos en el tratamiento (Hirsch & Rosarios, 1987). De acuerdo a la información recolectada mediante las entrevistas a los terapeutas, se han encontrado dificultades para cumplir el control luego de los tres meses de la terminación del tratamiento. Los profesionales aluden que esto se debe a que generalmente no reciben respuesta a los mails de seguimiento por parte de los pacientes. Por lo tanto, no logran llevar a cabo el control correspondiente.

En relación con lo mencionado, como aporte desde una perspectiva crítica, para lograr realizar dicho control una vez finalizado el tratamiento, podría considerarse contactar a los pacientes por otros medios, como puede ser mediante llamadas telefónicas. Asimismo, podría solicitarse el número telefónico de otro individuo cercano al paciente, como puede ser un familiar, con el fin de poder concretar el seguimiento.

Por otro lado, desde un aporte personal, respecto al vínculo terapéutico en la terapia online, se considera que puede establecerse una buena alianza terapéutica. Si bien es distinto el vínculo en comparación con la terapia presencial, este se puede conseguir. Para establecerlo, se considera que debe trabajarse principalmente con las emociones del paciente. Esto puede vincularse con González Peña et al., (2017), quienes mencionan que la modalidad de terapia online no presenta dificultades al momento de generar una buena alianza terapéutica.

Adicionalmente, se considera que, hasta la actualidad, no hay estudios que demuestren que una terapia online resulte más o menos efectiva en comparación con una terapia presencial. Ambas terapias son igual de funcionales en pacientes con TAG. Por lo tanto, lo que va a determinar si un tratamiento es más efectivo que otro va a estar vinculado con la particularidad del caso y, a su vez, con el entrenamiento del terapeuta para atender en la modalidad online. Tal como mencionaron Macías Morón y Valero Aguayo (2018), se considera que, en pacientes con trastornos de ansiedad, realizar una terapia de modalidad online obtiene mejorías comparables con las de una terapia presencial.

Por último, si bien se sostiene que no puede garantizarse cierta efectividad del tratamiento de acuerdo al rango de edad en pacientes con TAG, en la práctica se observa que los nativos tecnológicos ven más natural una terapia online porque se encuentran más alejados de prejuicios. Lo mencionado puede vincularse con lo referido por Baños et al., (2011) acerca de que los sujetos que utilizan con frecuencia la tecnología suelen acomodarse más fácilmente a la modalidad de terapia online.

#### **6.4. Nuevas líneas de investigación**

Para el desarrollo de nuevas líneas de investigación, podrían destacarse principalmente tres cuestiones.

En primer lugar, como se mencionó anteriormente, hasta la actualidad no hay estudios que demuestren que en pacientes con TAG una terapia online resulte más o menos efectiva que una terapia presencial, sino que se considera que obtienen mejorías comparables (Macías Morón & Valero Aguayo, 2018). En consecuencia, podría realizarse un análisis exhaustivo acerca de si una modalidad es más funcional que otra en estos pacientes con el fin de aumentar la eficacia de los tratamientos.

En segundo lugar, si bien se considera que los sujetos que utilizan con frecuencia la tecnología suelen acomodarse más fácilmente a la modalidad de terapia online (Baños et al., 2011), hasta el momento no hay estudios que garanticen que exista una efectividad de acuerdo al rango de edad. Por lo tanto, podrían realizarse investigaciones para corroborar o refutar lo mencionado con el fin de obtener tratamientos más exitosos.

Adicionalmente, por la situación de aislamiento social resulta fundamental que terapeutas que no utilizaban la modalidad de terapia online adquieran flexibilidad con el fin de asistir a la población (Gutiérrez, 2020). Por lo tanto, podría investigarse si el número de profesionales de la salud mental que utilizan dicha modalidad de terapia durante el período de aislamiento, continúan empleándola una vez finalizado el mismo.

Por último, una vez finalizado el período de aislamiento social, podría investigarse sobre los efectos de la pandemia en diferentes poblaciones y, a su vez, determinar si existe un aumento de patologías ansiosas una vez finalizada la emergencia sanitaria, tanto a nivel nacional como a nivel global.

## 7. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ª ed)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Baños, R. M., García Palacios, A., Quero, S., & Botella, C. (2011). Las nuevas tecnologías en el tratamiento. *Información psicológica*, 102, 28-46.
- Belloch, A., Sandín. B., & Ramos. F. (2009). *Manual de Psicopatología. V. II*. Madrid: Mc.Graw Hill.
- Beyebach, M., & Herrero de Vega, M. (2016). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Biglieri, R. R., & Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Bulacio, J. M. (2004). *Ansiedad, estrés y práctica clínica*. Buenos Aires: Akadia.
- Bulacio J. M. (2006). *Factores Inespecíficos en Psicoterapia, desde el modelo cognitivo constructivista realista*. Buenos Aires: Akadia.
- Bunge, E., López, P., Mandil, J., Gomar, M., & Borgialli, R. (2009). Actitudes de los Terapeutas Argentinos hacia la Incorporación de Nuevas Tecnologías en Psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8 (3), 209-216. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921775002>
- Casablanca, R., & Hirsch, H. (2009). *Como equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo M.R.I*. Rosario: Centro de Publicaciones Universidad Nacional del Litoral.
- Ceberio, M. R. (2013). El desafío de construir un diagnóstico sistémico. *Revista mexicana de investigaciones en psicología*, 5 (2), 155-161.
- Cía, Alfredo H. (2000). *Estrategias para superar el pánico y la agorafobia: Manual práctico de recursos terapéuticos*. Buenos aires: El ateneo.
- Cía, Alfredo 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), 29-33. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921832003>
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

- Distefano, M. J., Cataldo, G., Mongelo, M. C., Mesurado, B., & Lamas, M. C. (2018). Conocimiento y uso de tecnologías digitales en psicoterapia entre los psicólogos de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 15 (1), 79-89. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483555971007>
- Etchebarne, I., Juan, S., & Roussos, A. J. (2016). El abordaje clínico de la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada por parte de terapeutas cognitivo conductuales de Buenos Aires. *Anuario Anxia*, 22, 6-20. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11336/90934>
- Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1984). *La Táctica del Cambio*. Barcelona: Herder.
- Fosha, D. (2004). Breve terapia integradora llega a la mayoría de edad: un comentario. *Revista de integración de psicoterapia*, 14 (1), 66–92. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.14.1.66>
- Gálvez Lara, M., Corpas, J., Moreno, E., Venceslá, J. F., García Torres, F., & Moriana, J. A. (2018). Aproximación a un modelo de intervención psicológica en atención primaria basado en la terapia breve. *Información Psicológica*, 115, 25-38. doi: [dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2018.115.10](https://doi.org/10.14635/IPSIC.2018.115.10)
- González Peña, P., Torres, R., Del Barrilo, V., & Olmedo, M (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>
- Gutiérrez M., R. (2020). Propuesta de atención para los servicios de psicoterapia en línea (telepsicoterapia) derivados del Covid-19 en México. *Psicología y Salud*, 30 (1), 133-136. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i1.2640>
- Haley, J. (1973). *Terapia no convencional, las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- 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.
- Haz, A. M., & Castro, S. (1994). Enfoques de soluciones. En búsqueda de los recursos y habilidades de los clientes. *Psykhe*, 3 (1), 45-52. Recuperado de: <http://www.psykhe.cl/>
- Hirsch, H., & Rosarios, H. (1987). *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales. La organización del cambio*. Buenos Aires: Nadir.



- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida J. M., Vicente. B., Andrade. L., Caraveo Anduaga, J. J., Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18 (4-5), 229–40. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n4-5/229-240/>
- Langarita Llorente, R., & Gracia García, P. (2019). Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática. *Rev Neurol*, 69 (2), 59-67. doi: 10.33588/rn.6902.2018371.
- Lewis Fernández, R., Hinton, D., Laria, A., Patterson, E., Hofmann, S., Craske, M., Stein, D., Asnaani, A., & Liao, B. (2010). Culture and the anxiety disorders: Recommendations for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 27, 212-229. <https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc351>
- Macías Morón, J. J., & Valero Aguayo, L. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36, (1-2), 107-113. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/11441/85212>
- Marjan López de la Parra, M., Mendieta Cabrera, D., Muñoz Suarez, M. A., Díaz Anzaldúa, A., & Cortés Sotres, J. F. (2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud Mental*, 37 (6), 509-516.
- 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*, XVI (1), 69-74. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921832009>
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Navas Orozco, W., & Vargas Baldares, M. (2012). Trastornos de Ansiedad: Revisión dirigida para Atención Primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 69 (604), 497-507.
- Newman, M., & Anderson, N. (2007). Una revisión de la investigación básica y aplicada sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (1), 7-20. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921832001>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Rochlen, A., Zack, J., & Speyer, C. (2004). Online therapy: Review of relevant definition, debates, and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (3), 269-283. <https://doi.org/10.1002/jclp.10263>
- Rovella, A., & González Rodríguez, M. (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en Humanidades*, 9 (17), 179-194. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18417109>
- Sánchez Ortiz, J., Aguirre Ibarra, M.C., & Rodríguez López, C.A. (2013). Opinión de la terapia online por estudiantes de la Licenciatura en Psicología de la UABC, Campus Tijuana. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 10, 1-12.
- Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2003). *Manual de terapia y asesoría sistémica*. Barcelona: Editorial Herder.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3 (1), 10-59. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S. E., Medina Mora, M. E., Benjet, C., Aguilar Gaxiola, S., & Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vértex*, 29 (142), 275-299. Recuperado de: <http://www.editorialpolemos.com.ar/vertex142e.php>
- Vallejo, M. A., & Jordán, C. M. (2007). Psicoterapia a través de Internet. Recursos tecnológicos en la práctica de la psicoterapia. *Boletín de Psicología*, 91 (2), 27-42.
- Vallejo, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (8ª ed)*. Barcelona: Editorial Masson.
- Villanueva Flores, L. (2015). Terapia centrada en soluciones: un triángulo equilátero. *Revista de Psicología*, 9 (1), 121-125.
- Virues Elizondo, R. A. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Revistapsicología científica.com*, 7 (8). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>