



**UNIVERSIDAD
DE PALERMO**

Trabajo de Integración Final

Facultad de Ciencias Sociales

Lic. en Psicología

Trastorno de Ansiedad Generalizada Infantil

Autor: María Marta González Videla

Fecha: Julio 2011

Tutora: Dra. Gabriela Ramos Mejía.

Índice

1. Introducción.....	2
2. Objetivos.....	3
3. Desarrollo del marco teórico.....	4
3.1. Trastorno de Ansiedad.....	4
3.1.1. Ansiedad.....	4
3.1.2. Ansiedad y cognitivismo.....	5
3.1.3. Ansiedad en los niños.....	6
3.1.4. Trastornos de Ansiedad.....	8
3.1.5. Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	8
3.1.6. Trastorno de Ansiedad Generalizada en niños.....	12
3.1.7 Problemas de sueño en niños con TAG.....	15
3.2. Familia Disfuncional.....	16
3.3. Terapias Psicológicas.....	18
3.3.1. Terapia Cognitiva-conductual.....	18
3.3.2. Terapia Cognitiva-Comportamental y TAG.....	19
3.3.3 Terapia Sistémica.....	20
4. Metodología.....	21
4.1. Tipo de estudio.....	21
4.2. Participantes o muestra.....	21
4.3. Instrumentos.....	22
4.4. Procedimiento.....	23
5. Presentación y Evolución del caso.....	23
5.1. Estructura y composición familiar.....	23
5.1.1. La familia.....	23
5.1.2. La pareja.....	24
5.1.3. S.....	25
5.1.4. S durante el tratamiento.....	26
5.1.5. K.....	28
5.1.6. K durante el tratamiento.....	29
5.2. Interpretación de las técnicas administradas.....	31
5.3. Diagnóstico.....	33
5.4. Intervenciones y Pautas.....	34
5.4.1. Intervenciones realizadas con S.....	34
5.4.2. Intervenciones realizadas con K.....	41
6. Discusión y conclusión.....	44
7. Críticas personales.....	46
8. Referencias Bibliográficas.....	47

1. Introducción

El presente Trabajo de Integración Final se desarrolla dentro del marco de la materia Práctica y Habilitación Profesional, tiene como objetivo articular los conocimientos incorporados durante la cursada de la carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, como también poder cristalizar dichos conocimientos en la práctica. La institución elegida para este propósito fue un Hospital Interzonal de Agudos en el Servicio de Psicología Infantil que se encuentra a cargo de la Doctora Nora Inés Gelassen, el mismo pertenece al Servicio de Pediatría.

Cada una de las tareas realizadas en el Servicio de Psicología Infantil son supervisadas y acompañadas por la coordinadora del Servicio o de otro psicólogo matriculado del establecimiento.

K, mamá de una niña de 4 años de edad llamada S, concurre a consultorios externos pidiendo con urgencia una entrevista para su hija. El motivo: problemas de la niña para dormir sola, pesadillas, llantos desconsolados ante situaciones diversas y recurrentes quejas somáticas.

Luego de la entrevista de admisión con K, S paso a ser una paciente del servicio, con el acompañamiento y supervisión de la Doctora Nora Inés Gelassen, se le brindo atención psicológica.

Este caso será el marco utilizado para el desarrollo del presente Trabajo de Integración Final.

2. Objetivos

Objetivo General:

- Realizar la descripción del tratamiento de un caso clínico del Trastorno de Ansiedad Generalizada en una niña de cuatro años de edad que esta bajo tratamiento en el Hospital elegido.

Objetivos Específicos:

- Analizar la vinculación de los síntomas ansiosos de la madre con el desarrollo del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la niña.
- Describir la situación familiar disfuncional de la familia de origen de la niña y sus efectos en la patología.

- Describir las intervenciones utilizadas en el caso.

3. Desarrollo del marco teórico

Los Trastornos de Ansiedad pueden presentarse en todas las etapas del desarrollo, pero en la niñez adquieren una importancia fundamental. En primer lugar, porque el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado tienen como objetivo disminuir los síntomas, evitar y prevenir recaídas y recurrencias, modificando el curso de la patología. En segundo lugar, porque es muy alto el nivel de sufrimiento para él que lo padece. Y en tercer lugar, porque deteriora las posibilidades y capacidades sociales, afectivas y pedagógicas. De estas premisas nace la motivación para desarrollar en profundidad esta temática, y convertirla en el contenido del siguiente Trabajo de Integración Final.

Para lograr una correcta exposición del caso escogido, se comenzará definiendo el concepto de ansiedad, para luego vincularlo con la noción de esquema cognitivo, tomando como base, que la construcción del pensamiento influye en la etiología de los Trastornos de Ansiedad. Luego se describirá como afecta la ansiedad en los niños para seguidamente adentrarnos, ahora sí, en los Trastornos de Ansiedad (TA), más específicamente en el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) tanto en la adultez como en la infancia. Se dedicará un especial apartado a los problemas de sueño en los niños con esta patología, considerando las consecuencias negativas que tiene no sólo en el niño, sino también en la dinámica familiar. Posteriormente, se describirá la definición de familia funcional y disfuncional, y su influencia en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad. Por último, bajo el sustento que la terapia cognitiva-conductual y la terapia sistémica son las más acertadas para tratar este tipo de trastorno, y sobre todo el hecho de que las intervenciones realizadas fueron seleccionadas desde este marco, se explayará sus supuestos básicos.

3.1. Trastorno de Ansiedad

3.1.1. Ansiedad

La palabra *ansiedad* proviene del latín *anxietas*, que significa congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica es que

esta última se funda en valoraciones irreales de la amenaza. Cuando la ansiedad es leve produce una sensación de inquietud, de intranquilidad y desasosiego. Cuando es muy severa puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico (Cía, 2007).

La función clave de la ansiedad es facilitar la detección de situaciones amenazantes o peligrosas en diferentes entornos. Si bien esta detección es importante para la supervivencia, en algunos pacientes ansiosos puede estar tan desarrollado este proceso de detección del peligro, que los mismos se vuelven hipervigilantes y exageran tanto el número como la severidad de los posibles peligros que los rodean. En dichos casos, la ansiedad se vuelve clínicamente disfuncional o patológica. El paciente ansioso anticipa un posible daño a sus vínculos con otras personas, a sus propósitos y objetivos, a su habilidad para enfrentar los problemas y desempeñarse adecuadamente, y por último, a su salud o supervivencia (Beck & Emery, 1985).

La preocupación es uno de los síntomas más comúnmente informados por los pacientes con problemas psicológicos y tiene una importancia relevante respecto a la ansiedad. Sin embargo, se le ha prestado poca atención como síntoma, sobre todo porque hay desacuerdo respecto a una definición adecuada de la misma, y segundo, porque es un evento interno mental, que resulta difícil de medir o evaluar (Cía, 2007).

La preocupación es definida por Borkovec y Robinson (1993) como una cadena de pensamientos e imágenes vinculadas a un afecto negativo y relativamente incontrolable. En el proceso de preocupación se intenta resolver un problema mental el cual tiene una resolución incierta, y conlleva un posible final negativo.

3.1.2. Ansiedad y cognitivismo

Beck y Clark (1988) afirman que las estructuras cognitivas o esquemas “guían los procesos de evaluación, codificación, organización, acumulación y recuperación de la información, mediante ellos los estímulos coherentes con los esquemas existentes son elaborados y codificados mientras que la información inconsistente o irrelevante es ignorada u olvidada”.

Beck y Emery (1985) hacen predicciones acerca del funcionamiento y los sesgos cognitivos de los pacientes ansiosos, los cuales han sido comprobados experimentalmente. Uno de ellos afirma que los mismos son hipersensibles a los aspectos potencialmente dañinos de una situación, pero no tienden a responder igual a

sus aspectos positivos o benignos. También sugieren que el rango de estímulos que pueden evocar la ansiedad en el TAG puede incrementarse de tal modo, que casi todos los estímulos son percibidos como peligrosos. Otra conclusión de estos autores es que este tipo de pacientes tienden a interpretar los estímulos ambiguos de manera amenazante, y por último, afirman que el paciente ansioso utiliza gran parte de su capacidad cognitiva para escanear y percibir los estímulos amenazantes. Por consiguiente, la capacidad cognitiva disponible para atender a otras demandas cotidianas se encuentra restringida severamente. Este enfoque teórico es el primer intento sistemático para brindar una teoría cognitiva para la ansiedad en la clínica.

Beck y Emery (1979) propusieron que determinados esquemas cognitivos y pensamientos automáticos son típicos de los estados de ansiedad y juegan un rol crucial en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad. En síntesis, el modelo de ansiedad de Beck y Emery propone que los individuos ansiosos procesan selectivamente la información relevante a peligros personales, como resultado de la activación de sus esquemas asociados.

Asimismo, se ha comprobado que los elevados niveles de ansiedad tienen un efecto adverso en la eficiencia del procesamiento de la información y en el desempeño del individuo (Cía, 2007).

Según Beck y Emery (1985), la anticipación futura comprende al sistema cognitivo y a la emoción ansiosa, unidos mediante el fenómeno de la preocupación. Los contenidos de la preocupación se relacionan esencialmente con futuros estados aversivos o situaciones posibles indeterminadas: “Si..., entonces...”.

3.1.3. Ansiedad en los niños

La ansiedad, los miedos y las preocupaciones son experiencias comunes en la infancia. Los estresores de la vida moderna, como las exigencias académicas, las drogas, la violencia y las enfermedades de transmisión sexual generan presión en los niños y adolescentes. Dominar estas presiones inevitables en la infancia puede ser bastante complicado (Friedberg & McClure, 2005).

En la infancia el foco u objeto de los temores están en continuo cambio, esto es el resultado del desarrollo evolutivo en lo cognitivo-emocional, sobre todo en lo que hace a las habilidades para reconocer y comprender los peligros inherentes a diversas

situaciones. A medida que crece, el niño incrementa su capacidad para percibir los peligros potenciales en diferentes situaciones, aunque carece todavía de la comprensión total de la situación y no puede ejercer control sobre la misma, por consiguiente sus temores son adaptativos, porque constituyen respuestas protectoras a estímulos que no son ni controlables ni comprensibles. Sin embargo, este desarrollo normal puede ser perturbado por patrones de refuerzo provenientes de otros significativos. En la medida en que existan refuerzos reiterados y persistentes de los entornos procedentes de padres, familiares, amigos o medios de comunicación masiva, determinados temores tienden a persistir de manera patológica, aún después de que su valor para la supervivencia sea innecesario. Cuando esto ocurre, generan un distrés significativo, alterando su funcionamiento cotidiano y generando patologías, como las fobias u otros Trastornos de Ansiedad (Cía, 2007).

Existen al menos tres hipótesis que dan cuenta de las causas de los miedos y la ansiedad en este período de la vida.

La primera es de base biológica, basada en un temperamento genéticamente transmitido, que predispone al niño a desarrollar miedos y ansiedad.

La segunda, incluye a las conductas parentales que comprenden al modelado y reforzamiento de los temores infantiles, patrones de vinculación y autonomía específicos que van generando pensamientos y conductas ansiosas en la juventud.

Una tercera hipótesis, más plausible por su valor integrador, enfatiza la interacción entre lo genético y lo ambiental (natura y nurtura), es decir, entre el temperamento ansioso y las interacciones propias al desarrollo evolutivo, especialmente las vinculadas a la influencia parental (Cía, 2007).

Ollendick y King (1991) encontraron que en la mayoría de los niños se podía atribuir el inicio de sus temores al modelado en un 56%, y a procesos informacionales en un 39%. Muris et al. (1996) examinaron el rol del modelado de los padres en los temores de los niños, los hijos de madres que exhibían sus temores frente a ellos, con frecuencia mostraron un alto nivel de temor, mientras que los hijos de madres que expresaron no haber demostrado nunca sus temores frente a ellos, mostraron el más bajo nivel de temor. Se concluyó que los temores manifiestos de las madres influyen notoriamente sobre la actitud temerosa de los hijos.

Para Casabianca (1995), los trabajos clínicos aportan permanentemente evidencia de que un niño con temores intensos o invalidantes –más allá de su predisposición genética o de personalidad- afecta a sus seres cercanos, y éstos responden a la vez con conductas que no favorecen la evolución positiva o desaparición de los mismos, instalándose y manteniéndose con el correr del tiempo, el problema que los trae a consulta.

Los temores y la ansiedad que persisten más allá de sus desencadenantes, alterando el funcionamiento cotidiano, condicionan la aparición de Trastornos de Ansiedad. Actualmente existe un amplio consenso acerca de que los TA son los trastornos psiquiátricos más comunes en este período vital (Cía, 2007).

3.1.4. Trastornos de Ansiedad

Autores como Gómez y Marzucco (2009) explican, como en muchos casos las preocupaciones de tipo patológico pueden tener un contenido específico, por ejemplo, en el Trastorno de Ansiedad Social la persona está preocupada por su desempeño y por el temor a la crítica. En el caso del Trastorno de Pánico y la Agorafobia la preocupación refiere al miedo a padecer una crisis, al alejarse de algún lugar de seguridad, o el temor a quedarse solo. En el caso del Trastorno Obsesivo Compulsivo el temor suele estar asociado a pensamientos o ideas parásitas dando como resultado rituales o compulsiones como lavados excesivos, chequeos, etc. En el Trastorno de Estrés Postraumático la preocupación se vincula al temor de vivir nuevamente una situación donde hay riesgo de vida. Finalmente en la Fobia Específica, la preocupación se asocia a la posibilidad de encuentro con el objeto o la situación fobigéna.

Los cuadros mencionados pertenecen al grupo de los Trastornos de Ansiedad (Clasificación Diagnóstica Manual D.S.M. IV-TR) y tienen en común una reacción de ansiedad desproporcionada en relación al objeto o situación temida. Sin embargo, existe otro cuadro que pertenece a este grupo, llamado Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) donde es imposible establecer un tema específico de preocupación, pues ésta es fluida, es decir, que oscila de un origen a otro (Gómez & Marzucco, 2009).

3.1.5. Trastorno de Ansiedad Generalizada

Gómez y Marzucco (2009) relatan, como el TAG permaneció oculto mucho tiempo a nivel científico, y eran muy pocos los psiquiatras que hacían un correcto diagnóstico. Con respecto a la ansiedad, primaban los diagnósticos de pánico, trastorno por ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo; y cuando existía un cuadro que no respondía al tratamiento, se lo guardaba en un cajón de sastre y se pensaba entonces en un Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Ya Freud había descrito muy bien el cuadro refiriéndose al Trastorno por Ansiedad. Los cuadros de ansiedad crónica habían sido tratados desde antes del siglo XIX, pero sin haber llegado a una clara definición del diagnóstico. Se utilizaba entonces drogas como hidrato de cloral, bromuros y paraaldehido. También el alcohol había sido utilizado indiscriminadamente para estos casos (Gómez & Marzucco, 2009).

Cía (2007) enumera, desde el punto de vista de la sintomatología, sus diferentes componentes:

- Cognitivos
- Comportamentales
- Fisiológicos

El componente cognitivo de la enfermedad consiste en la presencia de preocupaciones irreales y excesivas durante la mayor parte del tiempo. Por ejemplo, un paciente con TAG puede estar preocupado acerca del dinero, cuando sus finanzas están bien, puede preocuparse acerca de la salud de un niño que no presenta evidencias de enfermedad, o estar excesivamente preocupado por eventos catastróficos de baja posibilidad, como un accidente aéreo ante un posible viaje en avión.

El componente conductual refiere a la incapacidad de control de la ansiedad, lo cual le provoca a las personas afectadas un distrés y una disfunción significativa en sus actividades familiares, ocupacionales y sociales.

En concordancia con los pensamientos preocupantes y restricciones de la conducta, los enfermos de TAG presentan un componente fisiológico de ansiedad, expresado por síntomas que incluyen un aumento de la vigilancia o estado de hiperalerta, dificultad o imposibilidad de descansar, tensiones motoras caracterizadas por inquietud, temblores o contracturas, hiperactividad autonómica, generalmente moderada, que se manifiesta como cefalea tensional o sensación de cabeza liviana, palpitations o disnea y sentirse irritable, al límite, o “estar con los pelos de punta”. La

preocupación y la ansiedad prolongadas pueden llevar a un estado de cansancio crónico, dificultades para lograr una adecuada concentración, epigastralgias e insomnio, sobre todo de conciliación.

En la clínica general, los pacientes con TAG pueden referir una variedad de síntomas no específicos asociados con la ansiedad, por ejemplo, tensión o contracturas musculares, distrés gastrointestinal, sudoración excesiva o mareos. Con frecuencia, estos pacientes concurren a médicos de asistencia primaria buscando alivio para sus múltiples quejas somáticas (Cía, 2007).

Gómez y Marzucco (2009) explican como los pacientes con TAG, viven hipervigilantes y requieren de la realización de reaseguros para sentirse tranquilos. Éstos pueden ser: pedir a los familiares que avisen dónde van a estar, con quién, hasta qué hora, chequear signos de salud o enfermedad propios o de seres queridos, planificar cuidadosamente a dónde van, por qué cuadras, con qué ropa, llevando remedios en el caso de que alguien se descomponga, etc.

Los reaseguros pueden ser comportamientos o acciones, o bien el acto de acarrear o llevar consigo determinados objetos. La persona suele utilizarlos con la finalidad de prevenir catástrofes, mantener el control de una situación o disminuir el grado de incertidumbre. Lo común es que su implementación genere un alivio momentáneo a corto plazo. Los reaseguros pretenden prevenir problemas, aliviar las culpas y pueden realizarse antes, durante o después de una situación percibida como problemática. Otra característica de los reaseguros es que no permiten que el paciente supere efectivamente sus temores (Gómez & Marzucco, 2009).

Otros autores han descrito el cuadro del TAG, como Beck y Emery (1979), en base a su experiencia clínica, el paciente ansioso es hipervigilante, escanea constantemente el entorno buscando signos reveladores de daño personal o de un desastre inevitable y selectivamente atiende a los estímulos que indican posible peligro, que se vuelven obvios e ignoran a los estímulos que indican que no hay peligro.

Una de las características más importantes de este trastorno, es que en la mayoría de los casos es sobreestimada la posibilidad de que ocurran hechos negativos, y la existencia de una fuerte tendencia a minimizar posibilidades de afrontamiento en el caso de que ocurriese lo temido (Gómez & Marzucco, 2009).

Como en otros TA, existe una combinación de factores genéticos, rasgos de personalidad, sucesos estresantes de la vida, o de eventos vitales, que se combinan para dar lugar a la enfermedad. En lo que hace a la genética, existen evidencias de la relación directa que se establece entre el número de personas que padecen TAG y la frecuencia de esta enfermedad como antecedente familiar (Cía, 2007).

Otros investigadores (Nisita et al., 1990), han confirmado que una historia de experiencias vitales negativas puede predecir el desarrollo posterior de un TAG. Estas experiencias provocan en el sujeto un estado de hiperalerta difuso e hipersensibilidad, lo cual lo sitúa en un espacio diferente al de las personas no ansiosas.

Por qué se mantiene el TAG una vez iniciado, es aún un tema de controversia. Diferentes autores consideran que los factores cognitivos son el mecanismo nuclear que actúa para mantener la enfermedad (Cía, 2007).

En términos epidemiológicos, debemos destacar que el TAG es una patología muy frecuente, con una prevalencia de por vida poblacional del 5 al 6% y con una prevalencia actual o corriente del 2 al 3%. Es el trastorno de ansiedad más frecuentemente visto en los centros de asistencia primaria, con una frecuencia del 5 al 9% de las consultas (Cía, 2007).

En la actualidad, los pacientes que consultan abarcan un espectro que va desde los 25 a los 55 años de edad. Pero al mismo tiempo, sorprendentemente, se observa que muchos niños han comenzado a sufrir cuadros compatibles con el diagnóstico de TAG. El autor americano Tom Ollendick, de la Nacional Comorbidity Survey manifiesta que estos han llegado a valores del 4% de la población general, con un promedio de edad de 9 años (Gómez & Marzucco, 2009).

Cía (2007) explica que el curso natural de la enfermedad tiende a ser crónico y recurrente, en algunos casos con una evolución de una o varias décadas. La cronicidad se manifiesta en el largo plazo por síntomas residuales complejos y por una gran perturbación en el funcionamiento social del paciente. Es poco probable que el TAG u otros trastornos de ansiedad, entren en una etapa de remisión espontánea. Se considera que las tasas de remisión sin tratamientos son muy bajas, variando entre el 15 y el 25%. El curso generalmente es fluctuante, caracterizado por exacerbaciones y remisiones periódicas. El TAG típicamente ocurre a edades más tempranas que la depresión mayor. A su vez, los trastornos de ansiedad suelen preceder a la depresión mayor, en 2/3 partes

de los individuos que sufren ambos trastornos. El inicio y exacerbaciones del TAG pueden estar relacionados a períodos de la vida de intenso estrés o sobrecarga emocional.

La decisión de iniciar un tratamiento farmacológico puede depender de las características del paciente, de sus tratamientos anteriores, de la comorbilidad y del grado de distrés que está experimentando (Cía, 2007).

3.1.6. Trastorno de Ansiedad Generalizada en niños

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) publicado por la Asociación Psicológica Americana (APA) (2000) se sugiere que para diagnosticar un trastorno de ansiedad generalizada, deben cumplirse determinados criterios como que exista ansiedad y preocupación excesiva, difícil de controlar, ante una amplia gama de acontecimientos y actividades; que se encuentren síntomas presentes como tensión muscular, dificultad de concentración, irritabilidad, inquietud, fatiga y alteraciones del sueño, en los niños debe estar presente al menos uno de estos síntomas, al menos durante 6 meses; debe constituir un problema para la persona o interferir en su funcionamiento normal; deben excluirse otros trastornos, enfermedad o abuso de sustancias.

El niño puede experimentar irritabilidad, tensión muscular y sensación de fatiga o falta de energía, dificultad para dormirse, sueño inquieto y poco reparador, preocupación excesiva acerca del rendimiento y la competencia, disminución de la capacidad de atención e inquietud, quejas somáticas sin causa orgánica específica, tendencia al perfeccionismo y muestra de mucha cautela. Suele mostrar aprehensión respecto a temas de adultos como la muerte, la enfermedad, la vejez, situaciones conflictivas de relaciones, problemas económicos, etcétera (Almonte, Montt & Correa, 2005).

Explican Almonte, Montt y Correa (2005) como el niño ansioso, vive permanentemente con un vago sentimiento de aprensión, como si algo terrible fuera a suceder. Así, puede observarse inquieto por su salud física, irritable o con episodios agudos de angustia, cuyo desencadenante puede ser cualquier hecho externo o interno. Cuanto más pequeño el niño, más rico es el contexto somático (vómitos, dolores abdominales, dolores de las extremidades, etc.); con el paso de la edad el niño exterioriza su angustia a la conducta, así a los 11 o 12 años, puede presentar crisis de

rabia, trastorno de conducta, fugas, demandas excesivas, etc. A medida que evolucionan los recursos cognitivos del niño, la capacidad para anticipar eventos se establece como una operación mental estable, permitiendo tener conductas preparatorias, pero a la vez experimentar incomodidad ante la posibilidad de eventos futuros desagradables.

Prado (2008), apoya la idea que los niños, como lo reconoce la APA en la actualidad, también pueden sufrir TAG. Pero hasta hace poco ha sido un trastorno infradiagnosticado que, o pasaba desapercibido, o se valoraba positivamente, queriendo ver erróneamente en la preocupación infantil un signo de madurez. Hoy se sabe que el TAG es un trastorno que merece atención clínica, y que presenta porcentajes de comorbilidad igual de elevados que los observados en población adulta: un 56% con la depresión, y un 75% con otros trastornos de ansiedad. Para evitar los falsos positivos, se aconseja hacer un riguroso diagnóstico diferencial con el trastorno de ansiedad por separación, la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo, entre otros.

En términos de prevalencia poblacional infanto-juvenil, las niñas predominan sobre los varones respecto a las fobias específicas y en el trastorno de ansiedad por separación, así como en el TAG. Las posibles razones por las cuales las niñas reportan más temores y distrés que los varones incluyen: factores biológicos temperamentales, así como diferentes estilos de afrontamiento, dado que en los varones es más probable que utilicen estrategias activas de resolución de problemas, mientras que en las niñas es más probable que tiendan a involucrarse más en rumiaciones y preocupaciones sobre un conflicto (Cía, 2007).

Incrementan el riesgo de Trastornos de Ansiedad infantil los siguientes factores Psicosociales:

- Un entorno familiar conflictivo, poco cohesionado, disfuncional o con expresividad emocional elevada (hipercrítico, con sobreinvolucración emocional).
- Exposición a psicopatología parental, en especial TA.
- Padecer eventos estresantes o traumáticos o permanecer en un contexto social desfavorable.
- La exposición a una madre con TAG predice de modo significativo TA múltiples (≥ 2) en sus hijos.

- El diseño de la investigación no puede dilucidar si esta asociación es atribuible al aprendizaje por modelado o a una mayor penetrancia genética del TAG (Hirschfeld Becker, 2003).

Otra aproximación a la etiología de los Trastornos de Ansiedad en la infancia enfatiza que distintos factores psicosociales, tales como sucesos ambientales y valoraciones cognitivas de las repuestas influyen en ella, en conjunto con las influencias parentales. Los sucesos del entorno y de la infancia temprana, así como ciertas conductas parentales que refuercen los temores o las experiencias que generen miedos específicos, pueden contribuir a desarrollar una tendencia ansiosa (Cía, 2007). Los niños de padres ansiosos tienen una probabilidad 7 veces mayor de padecer Trastornos de Ansiedad que los niños de personas que no padecen ansiedad (Turner, Beidel & Costello, 1987).

Rosebaum et al. (1988) estudiaron a niños de 2 a 7 años y demostraron que si los mismos tenían parientes con depresión o trastornos de ansiedad, era más probable que manifestaran estos cuadros. Proponen que la exposición a un padre ansioso puede dar como resultado el modelado de conductas de ansiedad y temor, dando lugar al desarrollo de un patrón similar en el niño, induciendo además un tipo de vínculo ansioso parento-filial.

También interesa el rol de los padres en las posibles repuestas infantiles; diversas investigaciones demostraron que los padres de niños ansiosos tienden a focalizarse en posibles respuestas negativas o catastróficas, lo que incrementa sus temores e inseguridad (Cía, 2007).

Existen factores ambientales que inciden en el desarrollo de trastornos de ansiedad, como la relación recíproca entre la vulnerabilidad genética del niño a exhibir altos niveles de reactividad y emotividad, y la respuesta de los padres al niño sensible (Hudson & Rappe, 2004).

Gerlsma, Emmelkamp y Arrindell (1990), concluyeron que el “control no afectivo” por parte de los padres, es decir, una mezcla de sobreprotección con frialdad, ha sido altamente asociado a la predisposición a padecer ansiedad y fobias.

En la infancia las pesadillas y las dificultades para dormir son habituales, pero en los niños que padecen Trastornos de Ansiedad estos meros conflictos, suelen

transformarse en verdaderas perturbaciones del sueño, incapacitando al niño para conciliar y mantener esta actividad.

3.1.7 Problemas de sueño en niños con TAG

El momento de acostarse coincide con el fin de actividades placenteras y el comienzo de cosas desagradables. La orden “a ponerse el pijama, que es tarde” supone concluir de jugar, de ver la televisión, de estar con los mayores, y separarse de los padres para quedarse solo en la habitación a oscuras. Si el niño no se cae de sueño, intenta retrasar ese instante. Remolonea y suplica atrasando el momento de ir a su cama (Levy & Banderas, 1998).

El sueño es un proceso activo comportamental y biológico, que puede examinarse desde una perspectiva comportamental, psicológica, neuroquímica y anatómica (Cía, 2007).

Cía (2007) sostiene, que el comportamiento y la biología del sueño se encuentran generalmente alterados cuando existe una enfermedad psiquiátrica y los mismos se relacionan con las características clínicas de la patología psiquiátrica en estudio, y requieren de una intervención terapéutica específica.

Entre los trastornos psiquiátricos, los de humor y de ansiedad ocupan un lugar mayoritario como posibles generadores de distintas perturbaciones del sueño. En la mayoría de los Trastornos de Ansiedad se encuentran alteraciones o reducción de la continuidad del sueño, similares a las observadas en la depresión. Especialmente en el TAG el problema mas frecuente con el sueño, es el insomnio de conciliación y mantenimiento (Cía, 2007).

Algunos niños que padecen TA suelen tener pesadillas recurrentes. Las pesadillas son sueños pavorosos después de los cuales el niño se despierta y narra con coherencia lo sucedido, reconoce a todas las personas y objetos del lugar, no hay alucinaciones ni tiene reacción autonómica, el niño recuerda más o menos claramente su contenido y no lo olvida fácilmente (Almonte, Montt & Correa, 2005). Las pesadillas son frecuentes en la infancia y suelen aparecer entre los tres y seis años de edad (Méndez, 2003).

El dormir resulta de vital importancia, no solo para el descanso del cuerpo y las funciones mentales, sino también para la consolidación de aprendizajes, el

mantenimiento de la salud mental, la capacidad de alerta y la regulación del estado de ánimo (Gómez & Marzucco, 2009).

3.2. Familia Disfuncional

En el desarrollo psíquico normal y perturbado intervienen múltiples factores genéticos y ambientales, siendo la familia especialmente relevante en el proceso de configuración de la personalidad. Cada familia poseerá una estructura y una organización en la que se definen los papeles y reglas a los que cada miembro se debe adecuar, expresándose a través de pautas repetitivas de interacción (Almonte, Correa & Montt, 2003).

Chazenbalk (1998) define a la familia, como el espacio natural que tiene el ser humano para crecer y desarrollarse; es un sistema biopsicosocial que está en constante cambio y evolución. Es un sistema, ya que es un conjunto organizado e interdependiente que se encuentran en constante interacción.

Los niños crecen y se desarrollan en una familia, en una etapa evolutiva de gran plasticidad, en la que están especialmente sensibles para asimilar su entorno. Ellos pasan la mayor parte del tiempo en el seno de esta institución, la que asume las funciones de protección, socialización y entrega de afecto. Allí internalizarán los valores, creencias y costumbres de su propia familia y de la cultura a la que pertenecen, patrones de relación con el entorno y consigo mismo, modelos de identificación, una orientación en relación a las metas conscientes o inconscientes de sus vidas, etc., en síntesis el niño será socializado en las distintas áreas del desarrollo cognitivo, social, emocional, psicomotor, moral, modelándose un modo de “ser” y de “hacer” (Almonte, Correa & Montt, 2003).

Una familia disfuncional es aquella que no logra cumplir cabalmente las tareas que se esperan de ella y/o la que presenta una perturbación en su funcionamiento interno, que repercute en la salud mental de uno o más de sus miembros (Almonte, Correa & Montt, 2003).

Por su parte Chazenbalk (1998) explica, que una familia disfuncional es un sistema que responde estereotipadamente, sus pautas se vuelven ineficaces y rígidas, no habiendo alternativas de solución, donde las comunicaciones cesan o desaparecen a medida que los conflictos crecen.

Cuando un niño interactúa en una familia disfuncional, probablemente desarrollará trastornos en su salud mental o si éstos se gestan por otras vías, la familia igualmente tendrá que relacionarse de algún modo con su problemática (Almonte, Correa & Montt, 2003).

Cuando una familia es disfuncional es un factor de riesgo, como cuando es funcional actúa como un factor protector. Así cuando el clima es hostil, amenazante, rechazante y desvitalizado es un factor de riesgo, y cuando el clima es cálido, acogedor, empático y vital es un factor de protección. A diferencia de la psicopatología del adulto, que pone el acento en el individuo, se postula que en la psicopatología infanto-juvenil el acento se encuentra en el individuo como en la interpersonalidad relacional (Almonte, Correa & Montt, 2003).

La psicopatología grave de los padres (ej. alcoholismo, psicosis, depresiones mayores, trastornos graves de la personalidad, síndrome angustioso crónico), puede afectar en forma significativa el desarrollo psicológico de los hijos, ya que aquéllos no asumen plenamente la tarea de crianza o no constituyen modelos apropiados de identificación (Almonte, Correa & Montt, 2003).

Los sistemas familiares son organizaciones complejas que pueden presentar diferentes tipos de “alteraciones” o disfunciones, tanto a nivel estructural como organizacional, las que impactan de distinta forma a los distintos niños y jóvenes. La cronicidad de la disfunción familiar tendrá un papel importante en el moldeamiento de alteraciones más o menos severas a nivel de los subsistemas individuales que la componen. Para la comprensión del desarrollo del niño es indispensable considerar su nicho ecológico, siendo la familia el más relevante de sus componentes y por lo mismo, en toda alteración en la salud mental infantil se requiere realizar un diagnóstico de la situación familiar y, si está indicada, una intervención a este nivel (Almonte, Correa & Montt, 2003).

Gómez y Marzucco (2009) desarrollan el concepto de familia adaptativa, donde la figura de los padres se encuentra muy presente, por más que alguno de ellos ya no esté. Aquí los roles están definidos. Los padres son amigables y cálidos, pero no “amigos” de sus hijos. Los límites se establecen no solo para facilitar la convivencia, sino también para educar en la vida y para dirigir el motor del crecimiento. Tienden a estimular la autonomía y la creatividad.

No existe un modelo perfecto, estos sistemas familiares también cometen errores, pero el lado saludable o funcional de este tipo de estructura reside en que estas últimas tratan de corregir esas fallas, poder aceptarlas e intentar aprender algo de esa experiencia. El regulador del sistema es el respeto, la comunicación y la contención (Gómez & Marzucco, 2009).

3.3. Terapias Psicológicas

3.3.1. Terapia Cognitiva-conductual

La terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico y operante. La teoría del aprendizaje social se basa en la suposición de que el entorno, las disposiciones personales y el comportamiento situacional de una persona se determinan mutuamente y de que la conducta es un fenómeno dinámico y en constante evolución. Los contextos influyen en la conducta y la conducta a su vez da forma a los contextos (Friedberg & McClure, 2005).

Beck (1995) sostiene que en la terapia cognitiva hay cinco elementos interrelacionados que deben tenerse en cuenta en la conceptualización de las dificultades psicológicas humanas. Estos elementos incluyen el contexto interpersonal y ambiental, la fisiología, las emociones, la conducta y la cognición del individuo. Todos estos factores diferenciados interaccionan unos con otros, dando lugar a un sistema dinámico y complejo.

Los síntomas cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos se presentan en un contexto interpersonal/ambiental. De este modo, el modelo cognitivo incorpora explícitamente los aspectos relacionados con los contextos sistémicos, interpersonales y culturales que son de una importancia fundamental en la psicoterapia infantil. Los síntomas no aparecen en la nada, y los profesionales deben tener en cuenta el contexto, los terapeutas cognitivos intervienen en el nivel cognitivo-conductual para influir en los patrones de pensamiento, conducta, emoción y reacción corporal (Alford & Beck, 1997).

Gomez y Marzucco (2009), llaman “creencias” al conjunto de supuestos y reglas primitivas y estables que condicionan la manera en que apreciamos la realidad.

Las creencias pueden dividirse en dos grupos:

- Nucleares: son apreciaciones globales acerca de cómo creo o percibo que son los demás, el mundo y uno mismo. Establecen normas o reglas generales rígidas sobre el funcionamiento de las cosas. Conforman constructos de los cuales se desprenden los pensamientos automáticos negativos, permaneciendo solapados y activándose ante determinadas percepciones.
- Intermedias: Tienen una estructura condicional y dependen de las creencias nucleares. Se manifiestan bajo la forma: “si (...), entonces (...)”. Guían las acciones predeterminadas.

Muchas de estas creencias, fomentan la aparición y mantenimiento de estilos cognitivos de preocupación desadaptativa. Se mantienen solapadas y ocultas al punto de no estar plenamente presentes en la consciencia habitual. Son parte de nuestra forma de ser, y por lo tanto, suelen permanecer incuestionables (Gómez & Marzucco, 2009).

Friedberg y McClure (2005), creen que la forma en que los niños interpretan sus experiencias determina profundamente su funcionamiento emocional. El modo en que los niños construyen “paquetes mentales” sobre sí mismos, sobre sus relaciones con otras personas, sobre sus experiencias y sobre el futuro influye en sus reacciones emocionales. Los niños elaboran activamente los estímulos ambientales, los seleccionan, codifican y explican las cosas que les suceden a sí mismos y a los demás.

3.3.2. Terapia Cognitiva-Comportamental y TAG

Una variedad de técnicas psicoterapéuticas han sido usadas, a lo largo de los años, para el tratamiento de esta enfermedad, entre las cuales se destacan positivamente las terapias cognitivo-comportamentales (TCC) e interpersonales (Schweizer & Rickels, 1993).

Existen tres estrategias básicas para la TCC del TAG:

1. Reestructuración cognitiva de los pensamientos ansiogénicos.
2. Entrenamiento en técnicas de relajación.
3. Tareas de exposición ante las preocupaciones.

Cada una de las mismas intenta abordar diferentes elementos del ciclo de preocupaciones que disparan y mantienen el TAG (Cía, 2003).

Por otro lado, un estudio demostró que la TCC, incluyendo un programa con técnicas de relajación y técnicas comportamentales, fue superior a las terapias no

específicas y no directivas (Borkovec & Costello, 1993). Los últimos estudios mencionados han destacado que, en los pacientes que responden a dichos tratamientos, las mejorías pueden mantenerse en un seguimiento posterior, a los 6 y 12 meses.

Recientemente se han obtenido progresos con respecto a los trastornos de ansiedad en general. Kendall (1994) trató a niños con Trastornos de Ansiedad Generalizada, Trastornos de Ansiedad por Separación o Trastornos Evitativos, enseñándoles a reconocer el sentimiento ansioso y las reacciones somáticas, así como el papel de la cognición y de la auto-charla para exacerbar o atenuar las situaciones ansiosas, capacitándolos así en la resolución de problemas y en la adquisición de habilidades para manejar la ansiedad, implementando también estrategias de autoevaluación y autorrefuerzo, así como de manejo de contingencias.

Actualmente la terapia cognitiva-comportamental es considerada la psicoterapia de primera línea para el tratamiento del TAG (Gómez & Marzucco, 2009).

3.3.3 Terapia Sistémica

Durante muchos años la noción de sistema fue una teoría implícita en la filosofía y luego en la ciencia. Cuando Ludwing von Bertalanffy comunica en 1937, en la Universidad de Chicago, su Teoría General de los Sistemas, con el afán de crear una metodología de unificación transdisciplinaria de la ciencia, entre los pocos que se dieron por aludidos figuraban algunos ingenieros. Los primeros terapeutas familiares, ávidos de conceptos y establecer la conducta como un fenómeno emergente y proactivo de las relaciones interpersonales, llegaron al concepto recién en los años 50 (Wainstein, 2006).

Un sistema, para Bertalanffy, es una entidad teórica que refiere a la existencia funcional de algo como un todo de elementos en interacción. El comportamiento de un sistema depende de cómo se relacionen sus partes, más que de ellas mismas. El conjunto de las relaciones activas, o interacciones, que se establecen entre sus elementos favorece la emergencia de determinadas propiedades del sistema. Es de la interacción específica entre ellos de donde surgen. No existen causas en los elementos sino en las relaciones (Wainstein, 2006).

Según Wainstein (2006), el pensamiento sistémico estudia el todo para comprender las partes. Teniendo en cuenta las propiedades emergentes puede tratar de entender qué relaciones se mantienen entre los elementos y qué patrones de

comportamiento se establecen a través del tiempo. Más allá de sus elementos, los sistemas comparten ciertas reglas de funcionamiento. Por este motivo podemos aplicar las premisas del pensamiento sistémico a cualquier aspecto de la vida. Los mismos principios nos permiten influir sobre un individuo, un modo de pensar, una empresa, el medio ambiente o una partida de ajedrez.

Según Minuchin (1982), desde una perspectiva sistémica, la conducta de un individuo se debe considerar dentro de un determinado sistema familiar. Cada cultura imprime en la familia un sentimiento de identidad independiente. La familia es quien imprime en el individuo la matriz de identidad. Un terapeuta deberá disponer de un esquema conceptual del funcionamiento familiar que lo guíe para trabajar con el paciente que está inserto en una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales y éstas transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse; apuntalan al sistema.

Barrett, Dadds y Rapee (1996) reportaron la eficacia de un tratamiento familiar para niños de 7 a 14 años con Trastornos de Ansiedad por Separación, Ansiedad Generalizada o Fobia Social, reconociendo con ello la importancia del contexto familiar, en particular de las influencias parento-filiales, en el desarrollo de estos trastornos. Se les enseñó a los padres habilidades para manejar la ansiedad de sus hijos, específicamente se les enseñaba a recompensar las actitudes de coraje o valentía de sus niños, para así extinguir la ansiedad excesiva, utilizando alabanzas y recompensas tangibles, contingentes al afrontamiento de las situaciones temidas. También se les recomendó que ignoraran deliberadamente las quejas excesivas y conductas ansiosas o temerosas de sus hijos.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo, estudio de caso único.

4.2. Participantes o muestra

Se trabajó con una niña de 4 años de edad, que se llamara S con el fin de resguardar su verdadera identidad. S presenta un Trastorno de Ansiedad Generalizada,

que llega de forma espontánea a consultorios externos del Servicio de Psicología Pediátrica traída por su madre.

4.3. Instrumentos

Dibujo de la Figura Humana (DFH): Es un test gráfico proyectivo que a través del dibujo vehiculiza aspectos de la personalidad ligados al autoconcepto, a la imagen corporal, que es la idea y el sentimiento que cada persona tiene respecto a su propio cuerpo. A través de este test se puede ver como se siente la persona respecto a su medio ambiente, su habilidad para adaptarse al ambiente, el buen criterio con que lo evalúa y la objetividad y forma en que se relaciona con los demás (Koppitz, 1984).

Consigna: se sienta a la niña en una mesa, con una hoja y un lápiz y se le pide que “dibuje una persona entera, puede ser cualquier clase de persona que quiera dibujar, siempre que este completa”. La observación fue no participante.

Familia Kinética: El test gráfico proyectivo evalúa los aspectos emocionales en el niño, como percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia y como se incluye él en ese sistema considerado como un todo. Además, permite investigar acerca de los aspectos de la comunicación del pequeño con otros miembros de su familia, y de los miembros restante entre sí (Esquivel, Heredia & Lucio, 1999).

Consigna: se le da una hoja en forma horizontal y un lápiz y luego se le pide que “dibuje a su familia realizando una acción”. La observación fue no participante.

Juego no estructurado y directivo: Requiere de un ambiente con muchos juguetes, de manera que el niño pueda escoger tanto el tipo de juguete como el juego que desee realizar. En el tratamiento cognitivo se suele utilizar fundamentalmente con fines diagnósticos, aunque se pueden implementar en este contexto lúdico diferentes intervenciones dirigidas a la reorientación, reorganización y reinterpretación de sucesos e interacciones que resultan conflictivos (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

Consigna: se dispone diferentes materiales lúdicos encima de la mesa del consultorio, luego se invita a la niña a que juegue un rato con lo que ella desee. La actitud del terapeuta es activa una vez que se hizo la elección del juego, en el momento que el niño manifiesta temas de conflicto, el terapeuta puede reorientar el juego en una dirección terapéutica. La observación fue participante.

Test de la Persona Bajo la Lluvia (PBL): se busca obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en los que la lluvia representa el elemento perturbador.

En este test gráfico proyectivo la persona bajo la lluvia, agrega una situación de estrés en la que el individuo ya no logra mantener su fachada habitual, sintiéndose forzado a recurrir a defensas antes latentes (Chaves Paz & Querol, 2000).

Consigna: se le da una hoja y se le pide que “dibuje una persona bajo la lluvia”. La observación fue no participante.

Grillas de registro: se utilizarán para identificar en que momento, lugares y ante que estresores la niña se siente mayormente preocupada y angustiada, también se debe expresar cual es la reacción de Soledad y la actitud de la persona presente durante el episodio (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

Consigna: se da la grilla con sus correspondientes casillas para cada uno de los datos que debe anotar y se le pide a la mamá que escriba cada episodio donde la niña se encuentre angustiada. La observación fue no participante.

4.4. Procedimiento

S concurrió a un total de doce sesiones de psicoterapia de 45 minutos con una frecuencia de una vez por semana, en un período de tres meses. Las intervenciones realizadas pertenecen al marco cognitivo-conductual y sistémico. Se complementó el tratamiento con entrevistas semidirigidas con la mamá con el objetivo de recolectar información y orientarla en el trato con la niña. Podemos diferenciar dos momentos en el tratamiento, en una primera instancia, se trabajó en establecer el vínculo con la niña y se tomaron los tests psicológicos; y en la segunda etapa se realizaron las intervenciones.

5. Presentación y Evolución del caso

5.1. Estructura y composición familiar

5.1.1. La familia

S con 4 años es la mas pequeña de sus hermanas, J con 12 años es la mayor y N la sigue con 10 años; las niñas viven en una casa con sus padres, K de 37 años y T de 35. La casa pertenece a la familia de T y la comparte con su hermana menor que vive en

el fondo de la misma con su esposo e hijos, ambas familias mantienen una relación distante y cordial.

K tiene muy buena relación con sus padres y hermanos, los visita siempre que puede. En los momentos difíciles suele apoyarse en su hermano mayor, R. La casa de sus padres se ha convertido en los últimos tiempos en un refugio donde puede acudir cuando la situación familiar se ha vuelto insostenible. La relación con sus suegros es distinta, después de una pelea de varios años volvieron a hablarse el año pasado, pero todavía percibe un cierto rechazo de la familia política, cree que los padres de T hacen diferencia entre las niñas y el resto de los nietos y que desplazan a su hijo continuamente. Ella se siente mal por esta situación ya que ve sufrir a sus hijas y a su marido.

J y N, según su mamá, son niñas que “aparentemente” no tienen problemas, les va muy bien en la escuela, tienen amigas y ayudan mucho en la casa tanto con las tareas del hogar como con su hermana menor. J se encarga de cuidar a S cuando sus padres no están, también es la que más ayuda con los quehaceres del hogar a K, sobre todo cuando no puede hacerse cargo por encontrarse muy deprimida. Cuando J tenía 4 años la mamá debió consultar en el mismo Servicio de psicología ya que lloraba todo el tiempo, no quería ir al jardín y también tenía problemas para dormir; después de dos meses de terapia, la niña había mejorado bastante y sin aviso previo dejó de concurrir al Servicio dejando inconcluso el final del tratamiento psicoterapéutico. N juega mucho con S, también ayuda en los quehaceres domésticos y nunca ha presentado síntomas parecidos a los de sus hermanas, aunque según K es la más introvertida de las tres y nunca manifiesta sus emociones.

5.1.2. La pareja

T y K se casaron después de dos años de noviazgo, al poco tiempo de casados recibieron felices la noticia de que esperaban un hijo, T quería un varón y se decepcionó al enterarse de que tendría una niña. A partir de su nacimiento, la relación cambió y comenzaron a tener problemas, ella comenzó con períodos depresivos, donde se encontraba muy angustiada y todo le daba miedo, él a su vez se puso muy violento, la empujaba y la insultaba continuamente, sobre todo cuando K debía tomar medicación recetada por el psiquiatra. Se quiso separar en ese momento pero finalmente no lo consumó ya que tenía miedo de estar sola con la niña y no tener ni donde, ni de que

vivir; él prometió cambiar y lo logró por un tiempo. El embarazo de N fue una sorpresa para ambos que gradualmente fueron aceptando, esto trajo nuevamente desestabilización y problemas en la pareja. Luego de varios años sin buscarlo K queda nuevamente embarazada, la pareja transitaba por un período tranquilo y la noticia fue recibida con calma, pero no transcurrió mucho tiempo para que las cosas volvieran a encontrarse inestables. Al poco tiempo de nacer S, regresaron los episodios depresivos de la mamá, retomó la terapia y le indicaron nuevamente medicación, consecuentemente el marido comenzó a insultarla de nuevo y ponerse cada vez más agresivo.

Su relación se ha caracterizado desde sus comienzos por ser muy inestable, oscilan entre períodos buenos y muy malos (prevaleciendo estos últimos) con violencia física y verbal.

Hoy la pareja esta pasando uno de sus peores momentos, T trabaja desde las 7 de la mañana hasta las 8 de la noche, cuando vuelve a su casa, relata K, llega enojado, la insulta, arroja los juguetes que están tirados en el piso contra las paredes y las niñas comienzan a llorar. Hace meses que no tienen relaciones sexuales, ya que ella ha expresado que “no tiene nada de ganas, que solo la idea le produce rechazo”, el marido cada vez se enoja más por los continuos rechazos de su mujer.

Tienen como proyecto comenzar terapia de pareja, pero la psicóloga que consultaron indico la búsqueda de otro terapeuta ya que ella se encontraba demasiado involucrada en el caso por ser la psicóloga de K y todo quedó en suspenso.

En este clima conyugal transcurren los días de la niña.

5.1.3. S

S, de contextura pequeña, con ojos grandes y curiosos color almendra, de pelo rubio ceniza que no contrasta mucho con su pálido rostro, inicia el tratamiento psicológico con 4 años, es una niña sumamente agradable, dulce, respetuosa, cariñosa, madura, de aspecto frágil, un poco tímida, prolija y se ríe nerviosamente la mayoría del tiempo. El vocabulario es excelente teniendo en cuenta su edad.

S tiene colesterol alto, no sabe lo que es (nadie se lo ha explicado), pero sabe que lo tiene, eso implica que debe hacer una dieta que restringe todo tipo de golosinas, dulces y grasas, por esta razón a la hora de la merienda en el jardín no puede comer alfajores y galletitas como sus compañeros, este año tampoco tuvo torta de cumpleaños por la misma causa, circunstancia que la entristeció mucho. Le encanta jugar al dominó,

al memotest y dibujar, pero su juego preferido son las muñecas tipo Barbie, se jugó mucho con ellas en las consultas y a través de este juego se pudo recrear situaciones y obtener trascendente información.

Disfruta ir al jardín, se lleva muy bien con su señorita y tiene muchas amigas, aunque cuando tiene algún episodio desagradable con algún compañero no se puede defender. Esta situación se repite con sus primas, sobre todo con V a quién ella admira mucho, ésta la pelea constantemente y S no se defiende.

La hora de dormir es un momento vivido con mucha angustia por la niña ya que cuando se acuesta comienza a dolerle la cabeza y la panza, se imagina cosas feas que no puede controlar, luego cuando consigue conciliar el sueño tiene pesadillas con distintas temáticas, la más recurrente se trata de “un lugar feo donde se pelean los grandes, ella les grita que paren, que le hace mal, pero nadie la escucha”. A la noche reza, cuenta que se sabe todo el padre nuestro y que va seguido a la Iglesia, allí llora y le pide a la virgencita de Lourdes que la ayude a no tener miedo a la noche y que su mamá se ponga bien.

En el último tiempo los miedos han dejado de ser exclusivos del momento de acostarse y se han extendido a otras situaciones como cuando se despide de su mamá al llegar al jardín, cuando sale del jardín camina llorando hasta la casa aferrada a la pierna de su mamá, también llora sin una razón aparente en diferentes situaciones. La relación con sus hermanas es muy buena, la mayoría del tiempo está con ellas, juega mucho con Natalia y ambas la protegen, cuando le pasa algo en el jardín o con su prima, se los cuenta a ellas, ya que tiene miedo de que sus padres la reprendan. A S le gustaría pasar más tiempo con sus padres, pero cuenta que el papá “esta poco en la casa y cuando llega siempre se enoja con ellas o con la mamá”, ella “siempre lava los platos y cocina, no tiene tiempo para jugar” y S se siente sola.

5.1.4. S durante el tratamiento

Tímidamente y con una sonrisa nerviosa dibujada en la cara entra por primera vez Soledad en el consultorio, silenciosa, sin saber bien que hacer, luego de las presentaciones y los saludos se la invita a que se siente, se le pregunta si sabe porque esta aquí, la niña continua riéndose y con voz suave contesta que sí: “son doctoras”, se le explica la diferencia entre doctora y psicóloga y que este va a ser un espacio donde ella va a venir a charlar y a jugar, que puede contar lo que quiera y que se va a intentar

ayudarla en lo que necesite. A la pregunta si sabe cual es la razón por la que concurre al Servicio responde que llora mucho y que a veces esta muy triste, además tiene un excesivo miedo a dormir sola por eso se pasa a la cama de sus padres y ellos se enojan mucho. S parece tener bastante idea de cual es la causa que la trae a terapia y expresa estar contenta de venir.

Cuando se le muestran los juguetes y se la invita a que juegue con lo que desee, tarda unos minutos hasta que se anima y toma muñecas tipo Barbie recreando situaciones. En una oportunidad, muestra mediante el juego una escena interesante donde tres amigas juegan, en un momento dos se unen para atacar verbalmente a la tercera, ésta no se puede defender y se siente triste. Más tarde la niña cuenta que tiene dos primas, una C y otra V que las quiere mucho y le gusta jugar con ellas, a veces juegan un rato bien pero luego Valentina comienza a insultarla llamándola “fea y tonta”, S no se defiende, no puede, no sabe como hacerlo.

Durante los encuentros se indaga sobre la hora de dormir, esto la angustia mucho, explica que cuando se acerca ese momento comienzan los dolores de cabeza y de panza, ganas de llorar y la inunda un gran miedo a la oscuridad, a soñar cosas feas, a que le pase “algo”.

El primer objetivo fue establecer un vínculo con la niña por medio del juego, dibujos y charlas, S habló sin problemas de lo que siente, cuenta sus pesadillas; las peleas con sus primas; sobre el jardín; sobre su mamá, sus hermanas y su padre; sobre su cumpleaños y el desconsuelo que sintió cuando se enteró de que no tendría torta; expresa sus sentimientos sin problemas pero siempre con un tono de voz nervioso y expectante, como si estuviera esperando aprobación concerniente al relato. Cada semana que pasa S viene con más ganas, así se la ve y así lo confirma su mamá, realmente necesita este espacio.

Algo que sorprende de la niña es lo cariñosa que es, siempre llenando de besos y abrazos, necesitando cariño y contención de figuras adultas que le brinden seguridad. El vocabulario que utiliza, las frases, las ideas y el modo de expresarlas concuerdan más con una persona mayor que con una niña de su edad.

Todas las actividades propuestas son acatadas sin el más mínimo cuestionamiento, respetuosa y complaciente, así fue la conducta de S en todos los encuentros, y a pesar de venir siempre contenta a las reuniones, el rostro y el tono de voz denotan ansiedad y nerviosismo.

En dos ocasiones la niña se mostró verdaderamente perturbada, la primera vez fue luego de venir de la Iglesia con su mamá y sus hermanas, comenzó a contar como habían ido a la Iglesia con su familia y como había llorado su mamá, ella se quería llevar a la virgen de Lourdes a su casa, así su mamá no estaría más triste, la carga de angustia era muy grande. El segundo episodio transcurrió durante el relato sobre una riña con su prima V, donde ambas habían discutido y no pudo defenderse, lloró mucho durante la sesión y preguntaba reiteradamente por qué su prima no la quería.

5.1.5. K

K y S comparten el color del pelo y la palidez del rostro, como también la misma mirada. A pesar de ser una mujer joven el cansancio de sus facciones hace que parezca mayor.

En la entrevista de admisión la mamá de S comenzó el relato con un episodio sucedido a los 15 años; su hermanito de 6 años estaba jugando en la cocina cuando tropezó y traspasó una puerta de vidrio que al romperse provocó una herida en el cuello generando un traumatismo con laceración de la carótida; en el medio del caos con el fin de salvarle la vida K tomó a su hermano y se subió a un taxi, el niño murió por una hemorragia en sus brazos antes de poder llegar al hospital. A K este hecho le cambió la vida. Desde ese momento cambio su mirada del mundo y comenzó a percibirlo como un lugar demasiado peligroso donde debe estar atenta a cada variable, ya que cualquier lugar y situación por más inofensiva que parezca es potencialmente peligrosa.

Hoy K presenta el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Depresivo, está medicada con Rivotril, aunque la medicación va variando, pero no recuerda los nombres de las otras drogas. Comenzó terapia en el mismo Hospital Interzonal de Agudos en el Servicio Psicológico para Adultos hace más de 8 años, ha abandonado y comenzado el tratamiento muchas veces, acude al Servicio cuando se encuentra atravesando un mal momento. Luego de tomar medicación y algunas sesiones de terapia mejora y ahí es cuando renuncia nuevamente el proceso terapéutico hasta la próxima recaída.

K no está trabajando en este momento, lo hacía hasta hace un mes atrás pero decidió dejarlo ya que le traía problemas con su marido. Básicamente K está todo el día con las tres niñas, las lleva al colegio, las va a buscar, les da de comer, las baña y

también realiza los quehaceres domésticos de su casa, por lo menos siempre que su ánimo se lo permite.

La relación con las niñas es buena, “hace lo que puede” manifiesta ella, pero hay días que se encuentra tan angustiada que a pesar de encerrarse en su cuarto a llorar, las niñas la escuchan y se ponen muy mal, esos días está tan mal que no puede salir de su casa, y hay semanas que por miedo a que le pase algo a las niñas no las lleva ni siquiera a la escuela ya que tiene temor hasta de cruzar la calle. Ella sabe que les trasmite sus miedos a sus hijas pero expresa que no lo puede evitar, todo le parece peligroso y relata sucesivas experiencias donde realmente sufre por el temor de que pase algo, como por ejemplo, cuando las niñas se hamacan, cruzan las calle, salen a la vereda a jugar, cuando andan en bici, es decir todas las situaciones son potencialmente riesgosas; ésta es la razón por la cual K va muy seguido a la Iglesia con las niñas y reza y pide para que no le pase nada a sus hijas, a su vez éstas rezan y piden para que su mamá mejore y ya no este triste.

5.1.6. K durante el tratamiento

Posteriormente a la primera entrevista con la niña, se decide realizar encuentros con la madre cada quince días con el objetivo no sólo de obtener información sino de brindar pautas que ayuden a consolidar lo trabajado en terapia. Estos son los fundamentos por los cuales se decide citar a K independientemente de su tratamiento individual, no es el cometido que sea un espacio terapéutico para ella, sino una herramienta más para trabajar con la niña. Esto le fue explicado directamente.

K está profundamente angustiada, pero su pena no es exclusiva de la situación de la hija más pequeña, para esta mujer todo es motivo de inquietud. Se abordó preguntando sobre algunos datos que quedaron inconclusos en la primera entrevista, como detalles sobre el embarazo, los primeros meses de la niña, etc., K contesta lo que se le pregunta pero en seguida tiende a expandir su relato con sucesos que no se relacionan con lo indagado, es continua la labor que debe hacerse para mantener la narración en los límites de lo que se indaga. Le resulta muy dificultoso no hablar sobre ella misma, con cualquier tema que se inicie la conversación siempre encuentra la manera de vincularlo con su historia.

Otro de los rasgos llamativos es su mirada trágica sobre la vida, toda situación cotidiana es una situación potencialmente peligrosa. En uno de los encuentros comienza

relatando con los brazos encogidos, las cejas arqueadas con expresión afligida como tuvo que sacar el otro día a S de una hamaca de la casa de su cuñado, ya que mientras la miraba comenzó a pensar que las cadenas se podían cortar, caer sobre la cabeza de la niña y ésta lastimarse gravemente; contesta a la pregunta sobre el estado de las mismas que son nuevas. En otra oportunidad cuenta que unos días atrás se sentía muy deprimida al punto de que no podía salir de su casa, como no había nada para que las niñas merendaran, decidió pedirle a la hija mayor que vaya al almacén de la esquina (que queda a media cuadra cruzando la calle) a comprar unas galletitas, ni bien la hija salió de su casa su cabeza se llenó de pensamientos catastróficos; ideas como que violarán y matarán a J irrumpieron su mente, o si al cruzar la calle la pisaba un auto, con el paso de los minutos se sintió cada vez peor y para cuando la niña había regresado ella estaba casi al borde de un ataque de nervios.

Sin dudas el tema en el cual K reincide cada vez que puede es el de la relación que tiene con su marido, explica como T se enoja cada vez que ella toma la medicación recetada por el psiquiatra, y como S la defiende diciendo “¿qué querés? que termine internada en el hospital, mamá tiene que tomar los remedios”. La psicóloga que atiende a la mujer le ha aconsejado que realicen terapia de pareja independientemente del tratamiento que esté realizando, así la pareja se lo ha propuesto, pero al momento no lo han efectuado.

Cuando se le da recomendaciones sobre el manejo con la niña escucha atentamente, pero en el siguiente encuentro en la interrogación sobre como funcionó la aplicación de dichas indicaciones, se evidencia que no es consecuente con los consejos dados por el profesional, que se consideran (así se le ha explicado) imprescindibles para la evolución positiva del tratamiento. La mamá se excusa que realmente no tiene tiempo para cumplir con lo acordado. No existe un compromiso en el cumplimiento de las pautas acordadas por ambos, profesional y madre. Se solicitó varias veces tener un encuentro con el padre pero este nunca concurre al Servicio de Psicología Infantil.

Una condición para atender a S fue que su mamá realice terapia simultáneamente con un especialista, la mujer estaba desbordada de angustia, sin este requisito cualquier intento o avance para realizar en el tratamiento con la niña no resultaría igual de beneficioso. K trajo al Servicio un certificado de estar realizando terapia en el mismo Hospital en el Servicio Psicológico de Adultos, en el cual incluía su diagnóstico.

5.2. Interpretación de las técnicas administradas

DFH: Siguiendo las formas de puntuación para el dibujo de la figura humana¹ de Casullo (1991), Soledad está dentro del promedio madurativo esperado de los niños de su mismo género y edad.

Según los indicadores emocionales S es una niña tímida, insegura, con retraimiento y depresión. La presencia de nubes en el dibujo expresa un nivel alto de ansiedad con dolencias psicosomáticas, se siente amenazada por el mundo adulto, por sus padres.

Familia Kinética²: S dibujo en su familia a sus dos hermanas, la primera que dibujo fue a J, la más grande, según los autores Esquivel, Heredia y Lucio (1999) el niño dibuja en primer lugar al personaje que considera más importante, al que admira, envidia o teme. El hecho de pensar en él primero, indica que se identifica con él. Esto corresponde con los relatos de S sobre sus hermanas, sobre como la cuidan y la protegen, así como el grado de confianza que tiene en ellas.

La mamá esta dibujada en último lugar, para Esquivel, Heredia y Lucio (1999), esto constituye una de las maneras posibles de desvalorización; y la supresión de algún miembro de la familia indicaría ser una defensa conciente para negar la realidad que produce ansiedad o conflicto; como una desvalorización hacia ellos y la presencia de problemas importantes en el vínculo, en este caso el padre. Igualmente es llamativo el dibujo de S, ya que no es frecuente que a su edad suprima la figura de alguno de los padres y/o las dibuje en último lugar.

Luego de finalizado el dibujo, cuando se le preguntó por el papá, S explicó que él estaba trabajando. Las niñas estaban jugando y se divertían, la mamá las miraba de lejos, en realidad era una flor que las miraba, allí se puede ver la imagen pasiva y poco contenedora que tiene S de su madre.

Juego estructurado no directivo: Se utilizo en el primer encuentro con la niña, luego de la entrevista a la mamá. Se eligió trabajar con juguetes con el fin de establecer un vínculo y alejarlo de los materiales de evaluación que pueden ser un poco intimidantes para el niño.

¹ Ver anexo 1.

² Ver anexo 2.

Entre los materiales lúdicos expuestos se encontraban juegos de mesa con diferentes temáticas, hojas y lápices de colores, temperas, pizarrón y tizas, dinosaurios, animales de granja y muñecas. Se escogió las muñecas y recreo una situación donde dos muñecas se unían y peleaban a la otra, esta no sabía como defenderse y se ponía triste, luego nos contó que sus primas a veces la peleaban a ella. A través de esta técnica se pudo evidenciar una de las problemáticas de la niña, que es el no poder defenderse cuando otros la atacan. También se pudo establecer a través del juego un vínculo de confianza con la niña, indagar sobre sus preferencias lúdicas e intereses, como sus preocupaciones, y así también ubicarla en un momento evolutivo que fue acorde a su edad. Se trabajó con los muñecos en la reestructuración cognitiva y en el desarrollo de habilidades sociales y de afrontamiento.

Test de la persona bajo la lluvia³: El dibujo se encuentra ubicado en el medio de la hoja y con líneas armónicas denotando estar bien ubicado en el espacio. El dibujo se realiza de forma espontánea y continua, no hay retrasos en comenzar el dibujo ni dificultad para finalizarlo.

La persona se encuentra mirando al frente pero de forma inclinada, demostrando un comportamiento presente pero inestable, con falta de equilibrio. La escasez de detalles y los ojos sin pupilas muestran la sensación de vacío y rasgos depresivos.

La presencia de nubes muestra presión y amenaza, la lluvia en forma de gotas revela angustia. Las flores ubicadas en el margen izquierdo inferior expresan obstáculos relacionados con el vínculo materno, rasgos depresivos, desaliento, debilidad. La ausencia de paraguas denota la falta de recursos para enfrentarse con la adversidad del mundo.

Los dedos dibujados como líneas rectas manifiestan agresión por falta de amor, y la ausencia de pies en la persona simboliza el desaliento, la falta de ilusión, tristeza, resignación e inseguridad, falta de confianza en si mismo.

Grillas de registro⁴: La tarea pedida por parte del terapeuta a la mamá no fue realizada, alegó haber perdido la grilla, en vez de ésta trajo una hoja con anotaciones sobre el comportamiento de S en general. Se le explico que estaba bien haber traído eso pero que sería conveniente utilizar la grilla para poder tener una información más exacta

³ Ver anexo 3.

⁴ Ver anexo 4.

sobre los momentos donde S se sentía angustiada, K tomo la grilla nuevamente pero nunca más la trajo a la consulta, cada vez que se le preguntó por la misma, explica que no tuvo tiempo de completarla.

5.3. Diagnóstico

Luego de las primeras entrevistas realizadas a S, de los datos recopilados con su madre, de la realización de algunos de los tests propuestos, se llega finalmente a una conclusión respecto a su diagnóstico: Trastorno de Ansiedad Generalizada. Se tiene en cuenta para el objetivo el diagnóstico diferencial con Trastorno de Ansiedad por Separación y Fobia Social.

S se encuentra la mayoría del tiempo preocupada y angustiada, su angustia no tiene que ver con un tema específico, su preocupación tiene una gama de diferentes temas como por ejemplo, su salud, que le pase algo, que le pase algo a su mamá, pelearse con sus primas y que la traten mal, monstruos, brujas que vengan en la noche, miedo a soñar cosas feas, a que nadie la quiera, o que nadie vaya a su cumpleaños, a que alguien se robe la imagen de la virgen de la Iglesia, muchas veces se siente mal y no sabe bien la causa, etc.; estos pensamientos gobiernan su mente la mayoría del tiempo y no puede controlarlos, así concluyen en ataques de llanto o dolores somáticos de piernas, cabeza, panza hasta llegar a vomitar en algunas oportunidades. Por eso si bien en un momento se dudo de un Trastorno de Ansiedad por Separación se pudo constatar que la separación o el miedo a quedarse sola por el hecho de que a sus seres queridos les sucediera algo, es un conflicto más en su repertorio de preocupaciones. Estos pensamientos si bien no han generado un deterioro en el ámbito del jardín, son un problema cada vez que llega al mismo y también cuando regresa, se descarta cualquier evento traumático que haya sucedido o esté sucediendo en el mismo. Los síntomas presentados en la niña han agregado otro conflicto más a la pareja de los ya existentes, aumentando las discusiones y el deterioro familiar, como por ejemplo el hecho de que S duerma con sus padres, genera reiterados altercados conyugales.

La característica central de este trastorno es que existe una preocupación excesiva que aparece en múltiples contextos, en ausencia de una alteración orgánica que explique los síntomas, con una incapacidad de controlar el grado de preocupación, alterando el desarrollo normal del niño o adolescente y generando deterioro social o académico. Estas alteraciones pueden exacerbarse por períodos (Almonte, Montt & Correa, 2005).

5.4. Intervenciones y Pautas

5.4.1. Intervenciones realizadas con S

Las intervenciones en la terapia cognitiva con niños generalmente se encuentran basadas en un enfoque experiencial, centrado en el aquí y el ahora. Como los niños están orientados a la acción, están predispuestos por naturaleza a aprender haciendo. Conectar habilidades de afrontamiento a acciones concretas suele ayudar a los niños a prestar atención, a recordar y a ejecutar la conducta deseada. La acción da vitalidad a la terapia. Además la motivación de los niños mejora si se están divirtiendo (Friedberg & McClure, 2005).

En los niños más pequeños se recomienda utilizar técnicas más sencillas, como las autoinstrucciones e intervenciones conductuales, ya que se obtienen mejores resultados si están entretenidos (Friedberg & McClure, 2005).

Particularmente con S se trabajó bajo el marco teórico-práctico de la corriente cognitiva-conductual, cuidando que cada intervención este acorde a su edad y persona. Las técnicas elegidas fueron sencillas y tuvieron como objetivos aliviar el síntoma, aumentar los recursos personales, mejorar la calidad de vida y desarrollar un autoconcepto positivo.

- **Identificación de Emociones y Pensamientos:**

Muchos niños no diferencian emociones como ser tristeza, aburrimiento o enojo. Por ello uno de los primeros pasos será poder diferenciar y nombrar estas emociones para luego ocuparse de otros aspectos. El uso de caritas dibujadas con acertijos referidos al tipo de expresión resulta común a estos fines (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

Se procedió a mostrarle a la niña diferentes caras donde debía nombrar en voz alta las emociones que le correspondían a cada expresión. Soledad no tuvo problema en reconocer ninguna expresión: tristeza, alegría, enojo, miedo, fueron estas cuatro emociones con las que se trabajaron dada su corta edad.

Luego se añadió al ejercicio el poder diferenciar los pensamientos de las emociones, siguiendo las instrucciones recomendadas por los autores Friedberg y McClure (2005). Así el profesional comenzó en voz alta a ponerle pensamientos correspondientes con la emoción dibujada en las caras, luego fue Soledad la encargada de la tarea y con la ayuda de los profesionales rápidamente entendió la diferencia entre

ambos. Una vez entendido este paso, se continuó el trabajo con ejemplos de la vida de la niña, donde se constató que había entendido perfectamente la idea.

Según Friedberg y McClure (2005) se les debe enseñar a los niños y a la familia una forma directa y sencilla de diferenciar pensamientos y emociones. En primer lugar, se les debe decir que los pensamientos son las cosas que se les pasan por la cabeza y que suelen tener forma de frases (p. ej.: “Algo malo va a pasarme”). Y a continuación se le dice que las emociones son sus sentimientos y que lo habitual es que se puedan comunicar con una sola palabra (p. ej.: “asustado”). Los pensamientos contienen juicios subjetivos, evaluaciones, conclusiones, explicaciones o valoraciones. Estar triste, enfadado, frustrado, confuso, son descripciones bastante objetivas.

La identificación de emociones y pensamientos es la base en la que se apoya la terapia cognitiva con niños. Como terapeuta, se debe enseñar a los niños a dirigir su atención hacia sus emociones y sus diálogos internos (Friedberg & McClure, 2005).

- **Pregunta del milagro:**

Con la intención de poder resaltar objetivamente cuál es la molestia de la niña, se utilizó la pregunta del milagro para poder obtener más datos.

Así fue como se le relató a la niña lo siguiente: “Imagínate que una noche mientras estas durmiendo, ocurre un milagro y tus problemas desaparecen. Al despertarte a la mañana siguiente ¿qué te gustaría que hubiera cambiado? ¿Qué diferencias habría? ¿Cómo te darías cuenta?”

Se respondió a esta pregunta que le gustaría no ver más mal a su mamá, y que sus padres no discutieran más. También que le gustaría no tener más miedo a la noche, dejar de pensar cosas feas y poder defenderse cuando la peleaban.

Las respuestas de la niña dieron un panorama más certero hacia donde apuntar las siguientes intervenciones.

- **Relajación:**

Teniendo como objetivo otorgarle a la niña herramientas que puedan tranquilizarla cuando se encuentra en una situación que le genera ansiedad y angustia se procedió a explicarle la técnica de la relajación.

El entrenamiento en relajación está indicado en los niños ansiosos que presentan quejas somáticas. La relajación requiere que los niños se fijen en su respiración y en la

tensión de sus músculos, y los niños rumiativos suelen tener dificultades para centrar su atención en las señales corporales. El entrenamiento en relajación suele implicar el uso de unas instrucciones bastante elaboradas. Se debe dar instrucciones tan concretas y comprensibles como sea posible, especialmente cuando se trabaja con niños pequeños (Friedberg & McClure, 2005).

La relajación debe ser presentada al niño de forma interesante como sugieren Friedberg y McClure (2005), entre otras esta el ejercicio de apagar las diez velas. El niño debe imaginar una fila de diez velas y se le da la instrucción que debe apagar una cada vez que expulsa el aire. Esta técnica es muy útil porque la forma que tenemos de soplar cuando apagamos una vela encaja con la forma de inhalar y exhalar aire en el entrenamiento en relajación. Además, visualizar que apagan una vela anima a los pequeños a hacer más esfuerzo cuando exhalan. Por último, la visualización hace que los niños se impliquen y les mantiene ocupados. Cuando se están forzando para visualizar las velas, tienen menos espacio mental para rumiaciones.

Se le pidió a S que siguiera los siguientes pasos, siguiendo las indicaciones de Bunge, Gomar y Mandil (2008):

- 1) Imagínate que enfrente de ti hay 10 velas que debes apagar. Luego debes poner tu cuerpo blandito, como si fuese un muñeco de trapo. Los brazos tienen que estar colgando, bien blanditos, como si el viento pudiese moverlos.
- 2) Ahora respira profundamente, llevando el aire a la panza. Imagínate que esta es como un globo, a la que puedes inflar. ¿Sentís cómo se hincha?
- 3) Debes pensar una palabra que te tranquilice y decírtela a vos mismo mentalmente, antes de largar el aire. A otros chicos le sirvieron palabras como: “tranquila”, “basta”, “despacio”.
- 4) Ahora larga todo el aire por la boca y apaga una velita, tus músculos siguen relajados, cada vez más blanditos. Debes repetir esto hasta apagar las 10 velitas.

Este ejercicio se practicó varias veces con la niña en esa sesión y en sesiones posteriores. En la primera oportunidad se utilizaron burbujas de jabón cada vez que espiraba para hacerlo más divertido. También se le explicó todo a la mamá para que ayudara a la niña a aplicar esta herramienta cuando la percibiera nerviosa o angustiada,

ya que este tipo de técnica puede ser muy útil con la práctica, pero al principio suele costar, sobre todo con niños pequeños. Se hizo hincapié con K en la importancia de que al incorporar esta técnica, si la niña la internalizaba luego sería un instrumento que podría aplicar ella sola sin la necesidad de estar acompañada.

Los resultados fueron buenos, la niña lo aplica cuando se siente angustiada, expresa que le da tranquilidad, pero explica que no siempre logra concentrarse. La mamá no colaboró en la incorporación de esta técnica, pero se siguió trabajando en sucesivos encuentros.

- **Uso de la Metáfora:**

Se utilizó una intervención que Friedberg y McClure, (2005) llaman “Mis pensamientos mariposas”. Es un ejercicio que utiliza una analogía natural. Emplea el símil de una mariposa para ilustrar el concepto del cambio. Los niños aprenden rápidamente que las orugas se convierten en mariposas. Esta analogía es una forma de sembrar la idea de que puede haber metamorfosis personales. La analogía de la mariposa y el ejercicio que la acompaña hacen divertido el trabajo con las autoinstrucciones.

Se comenzó presentando el concepto de mariposa. El siguiente paso fue nombrarle pensamientos negativos que tiene sobre sí misma y pedirle que trate de transformarlos por pensamientos positivos sobre ella:

“¿Sabes lo que es una mariposa? Pues una mariposa empieza siendo una oruga. Entonces cambia y pasa a ser una mariposa. ¿No es fantástico? La oruga se convierte en una mariposa. Es importante saber que se puede cambiar las explicaciones que te das a ti mismo cuando te sientes mal, como “Soy tonta”, “Nadie quiere jugar conmigo”, “Algo malo va a pasar”.

Luego se le pidió a S que cambie esos pensamientos orugas por otros pensamientos mariposas, y así lo ejecuto. Logró pensar cosas como “Soy linda y buena”, “Muchos chicos quieren jugar conmigo en el jardín” y “Nunca pasan cosas feas en realidad”. Se le explicó que cada vez que un pensamiento feo aparecía ella tenía el poder de transformarlo en un pensamiento lindo.

- **Técnica del role playing:**

Se eligió esta técnica para trabajar con el objetivo de otorgarle a S herramientas para preservarse cuando otros niños la atacan, como en el caso puntual de sus primas, también se espera que al incorporar otra actitud pueda generalizarla en otras situaciones donde necesite defenderse.

El role playing es una técnica que facilita el entrenamiento en habilidades sociales y permite elicitar emociones y pensamientos significativos. Hay que procurar que la simulación sea lo más realista posible. Se debe realizar preguntas concretas a los niños para obtener la mayor cantidad de información del papel que representamos (Friedberg & McClure, 2005).

S trajo a la sesión un tema que la angustiaba mucho, como reiteradas veces cada vez que se encontraba con sus primas, una de éstas la insultaba diciéndole tonta y fea, le sacaba la lengua, y no la dejaban participar de los juegos. La niña responde con llanto y silencio, y se queda mirándolas mientras su prima la burla, otras veces directamente se vuelve con sus padres. Se decidió trabajar con role playing, así luego de recolectar información, se dividen los papeles entre la niña y las dos psicólogas, los papeles fueron rotativos con el fin que la niña interpretara ambos papeles. Soledad primero interpretó a Valentina la prima que la intimida, mostrando su versión de los hechos y así también se pudo mostrarle alternativas de respuesta ante la agresión de la otra niña. Se intentó que S responda con indiferencia y también que pueda responder a la agresión con respuestas como “no me importa” y “no soy tonta ni fea, eso lo decís para que me sienta mal y yo sé que no es verdad”. Luego de realizar varias veces este juego, se vió como la niña cada vez tomaba más confianza e imitaba las posturas y gestos de los terapeutas, y podía comenzar a decir lo que pensaba cada vez de manera más sólida. Se trabajó luego con los sentimientos que habían surgido durante los diferentes papeles realizados, y pudo ver como la actitud de pelear la hacía sentir con poder a esa persona, y asimismo incorporar alternativas de respuesta que la hicieron sentir fuerte ante ésta situación.

En los posteriores encuentros, S cuenta que aunque a veces su prima la sigue peleando ella puede responder con indiferencia a las agresiones, y que realmente ya no le duele ni la hace sentir mal. Como consecuencia también las agresiones de sus primas han disminuido notoriamente, lo cual le ha servido como aprendizaje para darse cuenta de que es capaz de defenderse, y también ver como su conducta puede influir en las conductas de los demás.

- **Medalla de valor:**

Es fundamental reforzar los esfuerzos que hace el niño en la exposición. Se debe valorar sus logros. A los niños más pequeños se les entrega una medalla de valor. Cuando se hace entrega de esta medalla se le pregunta ¿A qué miedo se ha enfrentado? Se enseña al niño a registrar el miedo de un modo concreto. La concreción es muy importante, porque el objetivo es que el niño pueda recordar cuál fue exactamente su logro sólo con ver la medalla (Friedberg & McClure, 2005).

Se decidió recompensar a S por el hecho de haber podido afrontar a su prima cuando la peleaba. Más allá del resultado positivo que tuvo en la niña el haber enfrentado esta situación, se recompensó el coraje de haber hecho frente y vencer el miedo a no poder defenderse. Se le dio una varita mágica con una estrella como representación de una medalla.

- **Lectura de cuentos:**

Hasta hace poco, la terapia cognitiva había ignorado el potencial del uso de las narrativas y la lectura de historias en el trabajo con niños. Hoy existe evidencia de que las historias pueden ser una buena forma de hacer modelado encubierto. Las historias son sin dudas “el material” que utilizan los niños. Aparecen de forma natural en los juegos infantiles. Las fiestas de té, las guerras, las peleas domésticas en las casas de muñecas y los goles heroicos celebrados por multitudes imaginarias son historias en miniatura con argumentos, personajes y diálogos. El interés natural de los niños por la simulación, la imaginación y los juegos en los que se fingen situaciones hace que el uso de historias les resulte especialmente familiar (Friedberg & McClure, 2005).

Con el fin de otorgarle herramientas que tranquilicen a la niña al momento de dormir se escogió un libro infantil llamado “Ramón Preocupón” de Anthony Browne.

El libro trata sobre un niño llamado Ramón que cada vez que se iba a dormir se empezaba a preocupar, le preocupaban muchas cosas, sombreros, zapatos, nubes, la lluvia, los pájaros enormes. Sus papás intentaban tranquilizarlo, explicándole que esas cosas sólo sucedían en su imaginación, y que nunca dejarían que nada le suceda, pero aún así, Ramón seguía preocupándose por todo. Lo peor era cuando debía dormir en otra casa. Un día en lo de su abuela no podía dormir de lo preocupado que estaba y decidió contárselo, ella lo calmó diciéndole que a su edad le pasaba lo mismo y que tenía la solución para su aflicción. Le dio unos muñecos de tela llamados “quitapesares”

explicándole que ya no tenía que preocuparse más, solo debía contarle a esos muñecos lo que lo afligía y ellos se preocuparían por él. Así Ramón lo hizo, y esa noche como sucesivas noches comenzó a dormir muy bien. Pero con el tiempo comenzó a preocuparse por sus quitapesares, les había cargado todas sus penas. Ramón tuvo una idea por la mañana y la llevo a cabo, crear más quitapesares para sus quitapesares, así fue como esa noche Ramón y sus muñecos durmieron bien. Desde entonces Ramón dejó de preocuparse.

Hace un tiempo, los niños de Guatemala empezaron a hacer los muñequitos “quitapesares” para contarle sus penas o preocupaciones a cada uno de ellos antes de colocarlos debajo de la almohada a la hora de dormir. Creían que al despertar estarían menos preocupados pues los muñecos se habrían llevado todas sus penas mientras dormían. Los “quitapesares” están hechos de pequeños trozos de madera, retazos de tela e hilo. Todavía los niños de Guatemala creen en el poder de los “quitapesares”. Esta tradición se ha extendido a todo el mundo, sobre todo a Centro y Sudamérica (Browne, 2006).

S se mostró profundamente interesada en el relato, luego de su finalización, se mantuvo una charla sobre el mismo, para asegurarnos de la internalización del mensaje correcto. Inmediatamente se paso a presentarle a la niña sus muñecos “quitapesares”, a los cuales le puso a cada uno un nombre: Luz, Matías y Sol. Se trabajo para que a partir de esa misma noche comience a contarles a sus “quitapesares” cualquier preocupación o tristeza, y que luego los guarde debajo de su almohada. Se fue muy contenta con sus nuevos amigos.

Previamente a ésta intervención se había trabajado con la madre en la realización de una rutina para dormir que incluya la labor realizada con “Ramón Preocupón”. Se le dieron a K todas las instrucciones necesarias para su correcta ejecución.

Se valoró de forma positiva la introducción de la lectura de cuentos, dió excelentes resultados, aún cuando su madre dejó de aplicar la rutina programada con el terapeuta, S expresó que desde que tiene sus “quitapesares” no se siente sola a la hora de dormir, y que le hace bien poder contarles sus cosas a ellos. Se sigue trabajando con ellos para que sigan siendo un recurso que le dé paz.

- **Rutina para dormir:**

Los hábitos y las rutinas, sobre todo a la hora de dormir, brindan seguridad y tranquilidad a los niños, bajo esta premisa se decide comenzar a trabajar en la creación de pautas que la niña deberá realizar antes de acostarse. La estrategia tuvo como fin aminorar todos los síntomas y malestares que atacaban a la niña cuando el día estaba finalizando y la hora de ir a la cama se acercaba; para eso se trabajó en conjunto con la madre, la cuál debía crear una rutina antes de dormir y cumplirla rigurosamente, con la cuál se pretendía brindarle confianza y serenidad a Soledad creando un ambiente lo más cálido posible.

En la entrevista con K se trata de pautar dicha rutina dentro de sus posibilidades y de las tareas y realidad del hogar. Así se concluye que S se bañara a la tardecita, luego cenará en familia como todas las noches, mirará un rato de dibujos animados hasta las 11 de la noche, horario regular que se acuestan las niñas, y se irá a la cama con sus hermanas, rezará con su mamá como siempre, se le leerá un cuento preferentemente con contenidos alegres y simples, saludará a sus *quitapesares* y se le dejará la luz del pasillo prendida durante toda la noche hasta que la niña pueda volver a dormir con tranquilidad.

Esta intervención dio resultados muy positivos durante el tiempo que la madre pudo sostenerla, alrededor de 15 días, durante ese tiempo disminuyeron las pesadillas, logró dormir sola la mayoría de las noches en su cama sin pasarse con su madre o con sus hermanas, y los malestares físicos recurrentes en la noche desaparecieron. Ante la mejoría de la niña la mamá dejó la rutina y aunque no totalmente, los síntomas regresaron.

Se trabaja actualmente en la importancia de sostener en el tiempo las conductas pautadas entre el profesional y la madre, y que su finalización sea una decisión del terapeuta basada en el estudio y evaluación del momento que se considere más conveniente dejar de realizar el trabajo pactado.

5.4.2. Intervenciones realizadas con K

En el tratamiento con niños y adolescentes se incluye el trabajo con la familia, debido al rol determinante que cumplen los factores contextuales en todo motivo de consulta.

Para los autores Bunge, Gomar y Mandil (2008), los niños dependen de sus padres, tutores y allegados significativos. Sus esquemas cognitivos y estilos de afrontamiento están en formación y son particularmente permeables a sus influencias.

Algunas familias cuentan con recursos para facilitar los cambios, contribuir a la adherencia, al tratamiento de los pacientes, modelar comportamientos y estilos de atribución de significados y procesamiento de información. Los terapeutas pueden ver facilitada su tarea si se incluye estos aspectos en la terapia, ya que pueden contribuir a las soluciones del problema.

- **Derivación a un tratamiento psicológico individual:**

En ciertas ocasiones es pertinente considerar la intervención sobre la posible psicopatología parental. Esto puede hacerse mediante la orientación a padres o la derivación para tratamiento individual si es necesario (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

Se decide invitar a la madre a realizar terapia individual dado su estado de profunda angustia. Se considero imprescindible este punto no sólo por la salud mental de K, sino también por la de S y toda la familia. Al mismo tiempo se decide trabajar paralelamente con ella para brindarle orientación en el manejo de la niña y pedirle su cooperación en muchas de las intervenciones.

Bunge, Gomar y Mandil (2008) explican que al incorporar a las figuras significativas en la crianza del niño, se pretende potenciar y generalizar los resultados a los ambientes usuales donde los problemas se presentan. Acreditar a los padres como co-terapeutas tiende a transformar al hogar en un contexto terapéutico donde los aprendizajes conjuntos continúan.

- **Devolución del diagnóstico:**

Una vez concluido el diagnóstico de la niña y con la coincidencia de compartir el mismo con su madre, Trastorno de Ansiedad Generalizada, se llega a la conclusión de realizar la devolución de éste a K con el objetivo que el impacto que cause esta intervención la haga reflexionar sobre su patología y la necesidad de reponerse.

La madre escuchó atentamente lo que el profesional le dijo, y preguntó si tenía relación con su Trastorno, se le explicó que sí, que muchas conductas son aprendidas, modeladas por las personas significativas que nos rodean. Sin culpabilizar a nadie, las recomendaciones y explicaciones tienen el fin de ayudar a la resolución de problemas y a la concientización por parte de la madre en la urgencia de solucionar tanto su situación conyugal como personal, ya que esto tiene un impacto negativo en su hija.

Para el modelo cognitivo la devolución diagnóstica funciona como intervención base que define el marco del tratamiento y el sentido de las operatorias posteriores. Este intercambio de información debe realizarse con especial cuidado (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

- **Refuerzo**

El refuerzo puede definirse como cualquier estímulo que se presenta a continuación de una conducta logrando que se incremente su frecuencia. Hay dos tipos de refuerzo, el positivo y el negativo, pero nos centraremos en el primero. El refuerzo positivo implica la utilización de una conducta para obtener una consecuencia deseada (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

Se trabajó con K en la aplicación de refuerzos con su hija cuando ella alcanzara objetivos como dormir sola, no llorar en el camino de ida y vuelta del jardín, cuando estuviera con sus primas y pudiera defenderse. Se realizó una lista de refuerzos: un halago, un chupetín, media hora de juego con su madre, poder ver una película en la computadora, un abrazo. Puesto que la mamá no lograba cumplir siempre con este objetivo, se escogió un tiempo limitado, 2 horas después del jardín para que lo aplicase, con el fin de que luego lograra generalizarlas en otros momentos. Esto resultó más efectivo y funcionó como refuerzo ya que K misma notó como esta conducta motivaba a la niña a seguir esforzándose.

Enseñando a los padres a utilizar refuerzos diferentes podemos mejorar su eficacia y evitar que el niño se habitúe a los reforzadores. Un refuerzo puede ser algo tan sencillo como una mirada y una sonrisa. Las recompensas verbales no deben contener juicios y deben aplicarse de manera inmediata. El refuerzo debe constituir una recompensa, por lo que no puede ir acompañado de críticas. Los halagos deben describir la conducta que le ha gustado al padre, no juzgar al niño. Aumentando la frecuencia de los refuerzos se pueden obtener cambios conductuales rápidos y efectivos (Friedberg & McClure, 2005).

- **Tiempo de juego (no contingente)**

S exteriorizó en reiterados encuentros la necesidad de compartir más tiempo con su madre. Desde allí y explicando todas las consecuencias positivas que tiene esta tarea,

se decidió conjuntamente con K que le dedicase 10 minutos por día durante una semana exclusivamente a jugar con su hija. La idea era ir aumentando 10 minutos por semana, hasta lograr media hora y que esto sea mantenido el mayor tiempo posible, idealmente que forme parte de la rutina diaria de la mujer.

Esta intervención no se llegó a completar y quedó pendiente para revisar cuando retomara el tratamiento. Más allá de no consumir el total de la tarea si se pudo apreciar los comentarios de la niña de que su mamá había jugado un poquito con ella y que le había encantado.

El “tiempo de suelo” es simplemente un tiempo que los padres o los cuidadores dedican a jugar con sus hijos y a seguir las orientaciones de los niños. Se anima a los padres a dedicar unos 10 minutos al día al “tiempo de suelo”. Los padres que dedican tiempo a estar con sus hijos les refuerzan y fortalecen el vínculo que tienen con ellos. Las interacciones cuando juegan con ellos les permiten reforzar sus conductas positivas y mejorar su autoestima centrándose en sus puntos fuertes y habilidades. El niño siente que el padre le valora, lo que suele mejorar su obediencia, y esto se generaliza a otras situaciones. El tiempo de juego también puede representar una buena oportunidad para practicar y modelar la resolución de problemas con el niño (Friedberg & McClure, 2005).

- **Otras intervenciones**

Más allá de las intervenciones detalladas anteriormente, se trabajó en todos los encuentros con K en la recolección de información, en la importancia de su acompañamiento en la casa con las tareas consignadas a la niña y a ella, en que no sólo debe reponerse ella, sino también intentar algún tipo de terapia de pareja o familiar que optimice las relaciones de los integrantes del hogar, además de la posibilidad de que el padre pueda concurrir a alguno de los encuentros con S. Otro eje fundamental estuvo enfocado en el valor de entender como las conductas parentales son imitadas y actúan como modelo en el accionar de los niños.

6. Discusión y conclusión

En el mes de diciembre S dejó el tratamiento con la prescripción de retomar el mismo en el mes de febrero-marzo. Se trabajó con la madre sobre la importancia de

insistir con las pautas dadas en el manejo de su hija, ya que la respuesta a las intervenciones había sido muy buena. Además se destacó el valor de que la niña continuase con su terapia para poder seguir trabajando y dar el correcto cierre al proceso terapéutico cuando se considere conveniente. Ni K ni S regresaron al Servicio de Psicología hasta el momento.

Durante el tratamiento y a modo de conclusión se encontraron varios inconvenientes, entre los cuales podemos citar algunos como los más relevantes:

1. Una gran dificultad fue el insuficiente compromiso por parte de K en el tratamiento de su hija. La falta de constancia en el acompañamiento de las tareas para el hogar de la niña, no contribuyó positivamente en la internalización de lo trabajado en las diferentes intervenciones. S es una niña que respondió de forma muy positiva a todas las tareas que se le fueron proponiendo, aprovechando el potencial de cada una de ellas, por esto, si su familia se hubiera comprometido más, los resultados hubieran sido más provechosos.
2. La conflictiva familiar fue otro impedimento en la terapia. Mientras en la casa predomine un clima hostil, reiteradas discusiones entre los padres y éstos resuelvan sus problemas frente a sus hijas, es difícil que S no siga sintiéndose angustiada y generando distintos síntomas.
3. La patología materna, su conducta ansiosa, evitativa y depresiva actúan como modeladora en el accionar de la niña. Para Werhenberg y Prinz (2007), una respuesta tranquilizadora (rostro) ante un accidente le enseña a reaccionar con calma ante el peligro. Por el contrario, padres ansiosos, agresivos o temerosos, incrementan la respuesta infantil al estrés y lo vuelven intolerable. Un estilo dramático de personalidad en alguno de los progenitores incrementa aún más el estrés. En estos casos el infante internaliza un modelo de hiperrespuesta negativa parental y se crea un estado aversivo de hiperalerta ante expresiones faciales y actitudes negativas repetidas de sus mayores. La incapacidad de manejar el estrés en el infante lo predispone a futuros trastornos de ansiedad y de humor.
4. La ausencia del padre en el tratamiento fue otro de los inconvenientes, su presencia hubiera sido fundamental ya que podría haber brindado otra visión sobre el panorama familiar y ofrecido información no solo de la

niña sino también de su madre, y de esta forma tener una mirada global sobre la situación. Además podría haber contribuido en las tareas dadas para el hogar.

5. Por último, la edad de S se puede tomar como un límite en el proceso terapéutico, ya que al ser tan chiquita, restringe la elección de las intervenciones y asimismo la concreción de éstas es más compleja. Desde una perspectiva cognitiva Bunge, Gomar y Mandil (2008), explican que en la terapia cognitiva con niños se registran dificultades como la escasa motivación para realizar el tratamiento, el desarrollo intelectual, y la capacidad de comunicación que presentan los pequeños pacientes. Esto resulta evidente en los niños que se encuentran entre 2 y 7 años. Con niños más grandes se pueden realizar intervenciones más complejas.

S es una niña llena de recursos y con muchas ganas de estar bien, aunque su respuesta al tratamiento fue sumamente satisfactoria, es incierto su bienestar mientras viva en una familia que no la contiene, ni la acompaña como ella necesita.

Un niño necesita mucho más que alimento, ropa limpia y satisfacción de necesidades materiales; necesita un vínculo emocional seguro, cálido y estable con padres que sintonicen con él en la misma longitud de onda, para que puedan percibir lo que al niño le pasa y darse cuenta de cuándo precisa ser calmado y contenido, o cuándo le hace falta un límite. Un niño que no satisface estas necesidades puede sentirse huérfano aunque los padres estén con él todo el día (Levy & Bandera, 1998).

Es extraordinario lo permeable que son los pequeños y como en muchas oportunidades en el marco de un contexto terapéutico de confianza y cariño se puede lograr extraordinarios adelantos. La mirada, el abrazo y el pedido infinito de ayuda por parte de un niño refuerzan y alientan el compromiso como terapeuta en cualquier tratamiento, pero para que ese arduo trabajo tenga grandiosos resultados es fundamental contar con el apoyo de su familia, sin esto, el resultado de cualquier proceso terapéutico se vuelve totalmente fortuito.

7. Críticas personales

La pasantía realizada en el Servicio de Psicología del Hospital fue una experiencia enriquecedora, única, que permitió ser testigo del saber adquirido durante la

carrera de Psicología. Ampliando los horizontes de mi conocimiento tanto en la teoría, como en aquellos aprendizajes que solo se alcanzan en la práctica, como lo es el trato con el paciente y su familia, la aplicación de la dosis justa de sensibilidad y determinación que requiere cada caso particular, y la enseñanza de que cada paciente, más allá de la patología, es un individuo, con características propias, inserto en una determinada familia con una historia construida que gobierna su visión del mundo, y que solo entendiendo este universo se puede llegar a conocer y darle el tratamiento conveniente a cada ser humano.

Durante la práctica siempre estuvo disponible el espacio para las dudas y el acceso al material de lectura tantas veces recelosamente guardado por tantos profesionales. También creo que hubiera sido más enriquecedor, que las supervisiones estuvieran mejor organizadas con el espacio necesario para discutir criteriosamente y de forma más profunda cada caso particular, del mismo modo la instauración de ateneos regulares para estudiar y exponer diferentes patologías, intervenciones y otras cuestiones relacionadas a distintos puntos pertinentes a la psicoterapia cognitiva, hubiera sido muy favorable. Por último dadas las condiciones del modo operativo de trabajo, unido al Servicio de Pediatría y al de Trabajo Social, considero que un intercambio más fluido de información, hubiera sido muy útil. No quiero dejar de expresar que las difíciles condiciones en que se trabaja, dado la cantidad de gente que requiere tratamiento, los pocos profesionales disponibles, la gravedad de muchos de los casos, y el bajo presupuesto, entre otros, no siempre favorecen y simplifican esta forma de trabajo.

Esta aproximación a un futuro profesional tangible me valió para una vez más, corroborar que hice una correcta elección de mi carrera, como también para confirmar que es mucho lo que se puede ayudar al otro. Esto es lo más maravilloso de esta profesión.

8. Referencias Bibliográficas

- Alford, B. A. & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. Nueva York: Guilford Press. En: Friedberg, R. & McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós.

- Almonte, C.; Correa, A. & Montt, M. (2006). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (2ª Ed.). Chile: Mediterráneo.
- American Psychiatry Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition-Text Revision (DSM IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatry Association.
- Barret, P. M.; Dadds, M. M. & Rappe, R. M. (1996). "Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial". *Journal of consulting and clinical psychology*, 64:333-342.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basic and beyond*. Nueva York: Guilford Press. En: Friedberg, R. & McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A. T. & Clark, D. A. (1988). *Anxiety and depression: An information processing perspective*. *Anxiety Reser.* 1:23-36. En: Cía, A. H. (2007). *La Ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Buenos Aires: editorial Polemos.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of Anxiety and Phobic Disorders*. Philadelphia, PA: Center for Cognitive Therapy. En: Cía, A. H. (2007). *La Ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Buenos Aires: editorial Polemos.
- Beck, A. T.; Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorder and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Borkovec, T. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 61(4):611-619. En: Cía, A. H. (2007). *La Ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Buenos Aires: editorial Polemos.
- Borkovec, T. D. & Robinson, E. (1983). *Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes*. *Behavioral Res. And Ther.* 21:9-16. En: Cía, A. H. (2007). *La Ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Buenos Aires: editorial Polemos.

- Browne, A. (2006). *Ramón Preocupón*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bunge, E.; Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos*. Buenos Aires: Akadia.
- Casabianca, R. (1995). “Qué vemos en las familias con niños fóbicos”. Investigación presentada al IV Foro Internacional de Investigación en Psicoterapia. Buenos Aires, Argentina. En: Casabianca, R.C. (2010). Las ansiedades infantiles como Conductas Interaccionales. *Revista Argentina de Clínica psicológica*, XIX (1), 57-73.
- Casullo, M. M. (1991). *El test del dibujo de la figura humana*. Normas regionales. Buenos Aires: Guadalupe
- Chaves Paz, M. I. & Querol, S. M. (2000). *Adaptación y aplicación Del test de la persona bajo la lluvia* (2ª ed.). Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Chazenbalk, L. (1998). *Psicología Cognitiva: enfoque teórico- práctico*. Buenos Aires: E.C.U.A.
- Cía, A. H. (2007). *La Ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Esquivel, F.; Heredia, C. & Lucio, E. (1999). *Psicodiagnóstico clínico del niño* (3ª Ed.). México: Manual Moderno.
- Friedberg, R. & McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós.
- Gerlsma, C.; Emmelkamp, P. M. & Arrindell, W. A. (1990). “Anxiety, depression, and perception of early parenting: A meta analysis”. *Clinical Psychology Review*, 10:251-277. En: Cía, A. H. (2007). *La Ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Buenos Aires: editorial Polemos.

- Gómez, M. C. & Marzucco, V. D. (2009). *¡No puedo dejar de preocuparme!*. Buenos Aires: Galerna.
- Hirschfeld Becker, D. (2003). Trabajo presentado en la ADAA Conference, Toronto, Canada, Marzo de 2003. En: Cía, A. H. (2007). *La Ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Buenos Aires: editorial Polemos.
- Hudson, J. L. & Rappe, R. M. (2004). From anxious temperament to disorder: An ethiological model. En: Casabianca, R.C. (2010). Las ansiedades infantiles como Conductas Interaccionales. *Revista Argentina de Clínica psicológica*, XIX (1), 57-73.
- Kendall, P. C. (1994). "Treating anxiety disorders in children: A controlled trial". *Jour of Consulting and Clinical Psychology*, 62:100-110.
- Koppitz, E. (1984). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Levy, R. & Banderas, L. (1998). *Cuando es preciso ser padres*. Buenos Aires: Opción Editorial.
- Méndez, F. X. (2003). *Miedos y temores en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Minuchin, S. (1982). *Familias y Terapia Familiar*. Bs. As.: Gedisa.
- Muris, P.; Steerneman, P.; Merckelbach, H. & Meesters, C. (1996). "The role of parental fearfulness and modeling in children's fears". *Behav. Res. and Therapy*, 34:265-268. En: Cía, A. H. (2007). *La Ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Nisita, C.; Petracca, A.; Akiskal, H.; Galli, L.; Gepponi, I. & Cassano, G. (1990). "Delimitation of generalizad anxiety disorder: Clinical comparisons whit panic and major depressive disorders" *Comprehensive Psychiatry*, 31:409-415. En: Cía, A. H. (2007). *La Ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

Ollendick, T. H. & King, N. J. (1991). "Origins of childhood fears: An evaluation of Rachman's theory of fear acquisition" *Behav. Res. and Therapy*, 29: 117-123. En: Cía, A. H. (2007). *La Ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

Prado, J. M. (2008). *Ansiedad Generalizada*. Madrid: Síntesis.

Rosenbaum, J. F.; Biederman, J.; Gersten, M.; Hirshfeld, D. R.; Meminger, S. R.; Herman, J. B.; Kagan, J.; Reznick, J. S. & Snidman, N. (1988). "Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia. A controlled study". *Archives of General Psychiatry*, 45:463-470.

Schweizer, E. & Rickels, K. (1993). "The treatment of generalized anxiety disorder in patient with depressive symptomatology". *Jour of Clin. Psychiatry* 54 (1supl.) 20-23.

Turner, S. M; Beidel, D. C. & Costello, A. (1987). "Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients", *Jour of Consulting and Clinical Psychology*, 55:229-235.

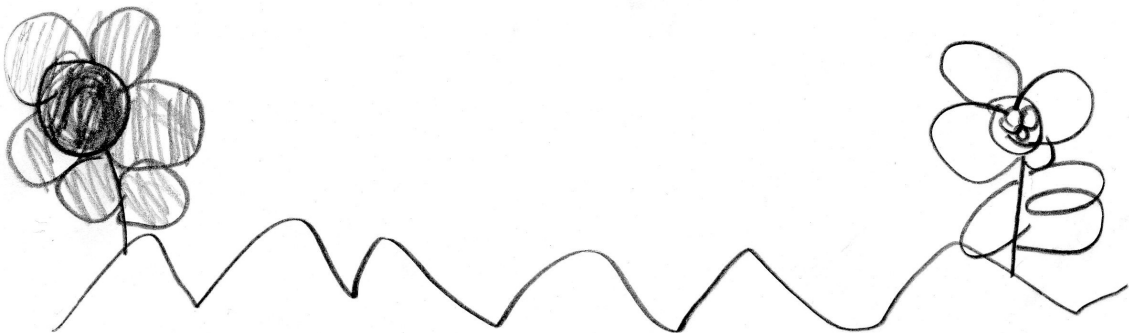
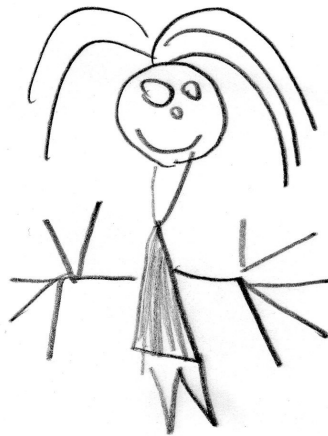
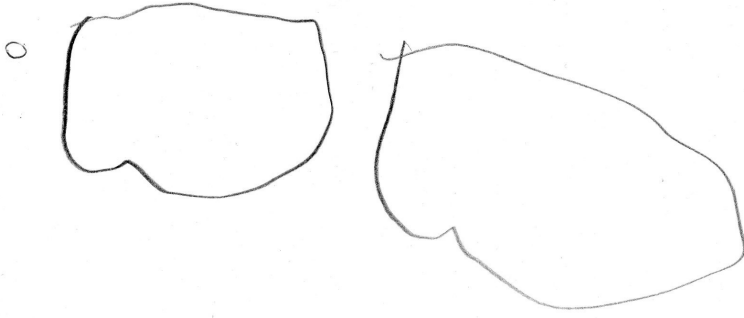
Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Werhenberg, M. & Prinz, S. (2007). *The Anxious Brain* Pags.62-64 – Norton, New York.

9. Anexos

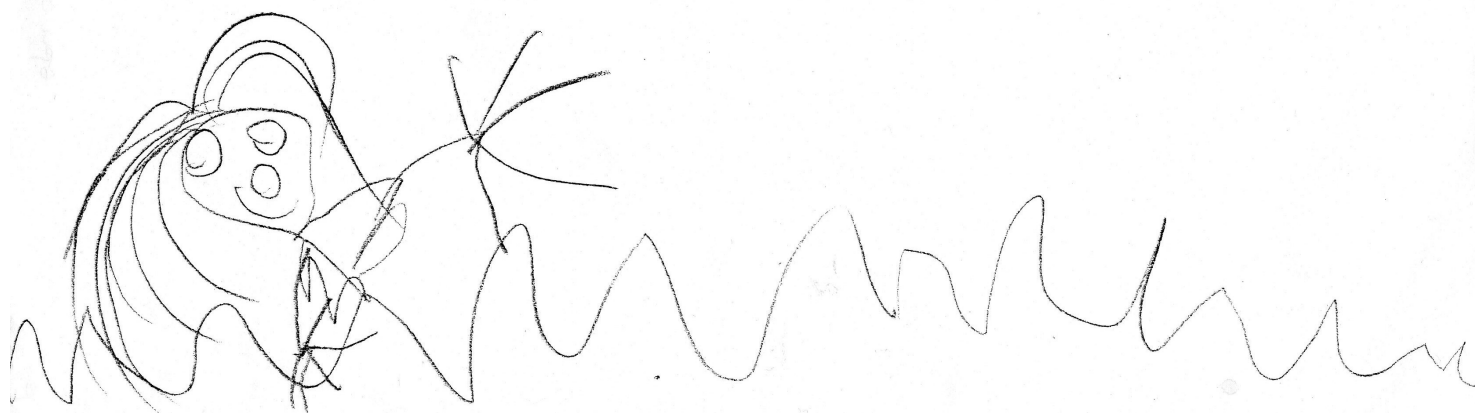
Anexo 1

DFH - 20-10-08.



Rochi

FAMIA KINETICA - 03-11-08





Grilla de registro:

Situación	Conducta	Emoción	Pensamiento	Respuesta parental