

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**

**Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales**

Carrera: Psicología

**TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

**“Análisis de un caso de fobia desde el modelo de terapia del  
Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto”**

Alumna: Hiara Lucía Rico

Profesor Tutor: Wittner Valeria

## **Índice**

CAPÍTULO 1.....	4
1. Introducción.....	4
CAPITULO 2.....	5
2. Objetivos.....	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos.....	5
CAPITULO 3.....	5
3. Marco Teórico.....	5
Ansiedad, miedo, fobia.....	5
Definición del concepto de fobia y sus características.....	7
Clasificación de fobias.....	9
Desarrollo del modelo MRI.....	10
Intervenciones.....	14
Breve explicación del Modelo Cognitivo Conductual.....	16
La Fobia y el modelo MRI.....	17
Modelo específico de tratamiento para los trastornos fóbicos.....	19
CAPITULO 4.....	21
4. Método.....	21
Participante.....	21
Instrumentos.....	22
Procedimiento.....	23
CAPÍTULO 5.....	23
5. Desarrollo.....	23
Análisis de los objetivos.....	26
Describir la sintomatología de la fobia específica en el caso del adolescente.....	26
Describir la planificación de las estrategias terapéuticas llevadas a cabo a lo largo del tratamiento del caso.....	27

Describir las intervenciones que realiza la terapeuta en las sesiones individuales basándose en el modelo MRI.....	30
Describir la evolución de la sintomatología fóbica y los cambios que presenta el paciente a lo largo del tratamiento y a la finalización del mismo.....	41
CAPÍTULO 6.....	43
6. Conclusiones.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49

## **CAPÍTULO 1**

### **1. Introducción**

El presente trabajo, es el producto final de la práctica de habilitación Profesional que se realizó en un centro privado de psicoterapias. Este centro es una organización que brinda programas gerenciados de Salud Mental, que tiene como objetivo ofrecer un servicio de calidad a todas aquellas personas que necesitan ayuda para resolver sus problemas, partiendo de una visión integral de la persona, que busca incluir al núcleo familiar y social en el cuidado de la salud mental a partir del modelo de terapia focalizada en la resolución de problemas.

El Centro cuenta con un equipo de más de 300 profesionales distribuidos entre Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Gran Buenos Aires y varias provincias del interior del país. Además cuenta también con formación interna para sus terapeutas.

Esta Institución fue elegida para realizar la residencia, ya que maneja una orientación Sistémica y además trabaja con un gran abanico de pacientes y distintos tipos de trastornos. Dentro de las actividades que realizan los pasantes se ubican; la tarea de seguimientos que consiste en realizar llamadas a los pacientes luego de realizado su tratamiento para realizar un protocolo estandarizado y así poder evaluar el desempeño de los terapeutas; la participación en distintas investigaciones, cumpliendo las tareas que se necesiten en su momento; se trabaja también en la sección de videoteca, donde se realizan subtítulos, copia de video, traducciones, entre otras; y por último se participa en la parte de formación profesional asistiendo a cámara Gesell, a reuniones de equipo de supervisión y accediendo a las distintas historias clínicas donde se plasma la información principal de los pacientes, la entrevista de admisión, y un resumen de las entrevistas realizadas en el tratamiento.

## **CAPITULO 2**

### **2. Objetivos**

Objetivo general.

Describir cómo se desarrolla el tratamiento en un caso de un adolescente de 15 años que consulta por una fobia a los globos y a los ruidos explosivos, desde el abordaje del modelo de terapia del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto.

Objetivos específicos.

- Describir la sintomatología de la fobia específica en el caso del adolescente.
- Describir la planificación de las estrategias terapéuticas llevadas a cabo a lo largo del tratamiento del caso.
- Describir las intervenciones que realiza la terapeuta en las sesiones individuales basándose en el modelo MRI.
- Describir la evolución de la sintomatología fóbica y los cambios que presenta el paciente a lo largo del tratamiento y a la finalización del mismo.

## **CAPITULO 3**

### **3. Marco Teórico**

Ansiedad, miedo, fobia.

Los trastornos de ansiedad representan un grupo de entidades clínicas en el cual la presencia de un nivel anormal de ansiedad es el síntoma predominante. El DSM-IV-TR (A.P.A, 2002) incluye en este grupo a los siguientes trastornos; trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.

Para definir al concepto de ansiedad se seguirá lo expuesto por Alfredo H. Cia quien plantea a la ansiedad normal como una emoción psicobiológica básica que a su vez es adaptativa y aparece frente a un desafío o peligro presente o futuro, teniendo como función motivar la aparición de conductas apropiadas para lograr superar la situación y presentando a su vez una duración que dependerá de la relación de la magnitud y de la resolución del problema que desencadenó esta situación. En oposición a lo antedicho, se ubica a la ansiedad patológica la cual refleja una respuesta exagerada, que puede no necesariamente estar ligada a un peligro, situación u objeto externo y que en varias ocasiones llega a ser incapacitante y hasta puede condicionar las conductas de los sujetos interfiriendo de este modo de forma negativa en la vida laboral, social o familiar (Cia, 2003).

Kaplan, H y Sadock, B (1999) explican que la ansiedad normal es una respuesta apropiada frente a una situación que es considerada como amenazante, además advierte que este tipo de ansiedad tiene cualidades que ayudan a proteger la propia vida ya que detectan amenazas y lleva a que la persona tome medidas para prevenir las consecuencias. Y que la ansiedad patológica es una respuesta inapropiada frente al estímulo por el cual se presenta debido a su intensidad y duración desproporcionadas.

El miedo, como afirma Marks, (1987) es una sensación común que comparten todos los seres humanos, además se utiliza como una forma de adaptación para lograr el mantenimiento de la especie. Cuando se habla de miedo adaptativo, refiere a las sensaciones que aparecen como respuesta normal ante peligros reales (como se cita en Capafons Bonet, 2001). Pero por el contrario, cuando esas sensaciones se empiezan a vivir en situaciones que no presentan una amenaza real, es donde se exhibe el miedo que no es adaptativo. Por lo tanto, el concepto de Fobia, es utilizado para mencionar el tipo de relaciones donde aparece este miedo desadaptativo. De esta forma, siguen siendo aceptados los criterios referidos por Marks (1969) en su libro *Fears and phobias*, donde el autor señala que las fobias deben cumplir las siguientes características; en primer lugar, debe existir un miedo desproporcionado en relación al carácter amenazante que presenta la situación, dicho en otros términos se entiende que el miedo es superior

a la reacción que se espera frente a esa situación; ese miedo desproporcionado lleva a que el sujeto evite de toda manera posible la situación a la cual teme, siendo esta la segunda característica; en tercer lugar se presenta el carácter irracional de las fobias, donde no existe una explicación lógica para este fenómeno; además se sobrepasa el control voluntario y por último, este miedo genera un grado de malestar o sufrimiento (Belloch, Sandrin y Ramos, 1995).

Definición del concepto de fobia y sus características.

Jaure, C (2003) define a la fobia, identificando que esa palabra proviene del griego phobos el cual refleja el significado de miedo y terror. Plantea que la fobia, es un terror o miedo excesivo, irracional, incontrolable y desmesurado en función al perjuicio que el objeto temido puede llegar a ocasionar. A su vez, puede presentarse de tal forma que se relaciona con múltiples objetos o situaciones y frecuentemente está asociado a otros trastornos de ansiedad.

Siguiendo con el tema, se pasará a delimitar los aspectos entre el miedo adaptativo y el miedo fóbico, con ese objetivo se recurre a Lang (1968) quien presenta una serie de características que identifican el miedo fóbico: es un miedo desproporcionado con respecto a las exigencias de la situación, la reacción excesiva no corresponde con la amenaza real de la situación; no puede ser explicada ni razonada por el sujeto que la padece; ese malestar o miedo, lleva a evitar la situación temida, además persiste a lo largo del tiempo; puede ocurrir a cualquier edad y por último, es desadaptativa. El autor destaca que de todas las características mencionadas anteriormente, las más características y las que más ayudan a diferenciar el miedo adaptativo del miedo fóbico son, la persistencia, la magnitud y lo desadaptativo de la reacción. A esto se le suma, que ese miedo es desencadenado ante la presencia o situación de un estímulo o situación concreta, y a su vez, ese contacto o anticipación conlleva un conjunto de reacciones físicas, cognitivas y motoras (como se cita en Capafons Bonet, 2001).

Según Lacey y Lacey (1958) en el plano fisiológico, existe un aumento de la actividad del SNA, entre ellas se encuentra el aumento del ritmo cardíaco y respiratorio, sudoración, diarreas, náuseas, etc. En el plano cognitivo, se pueden

presentar un conjunto de creencias sobre la situación temida o sus propios recursos para poder enfrentarla. Por último, en el plano motor se identifica como la situación más utilizada por los individuos que padecen este problema, el hecho de huir de esa situación temida lo más rápidamente posible y evitarla lo más que se pueda en el futuro. Algunos de los sujetos pueden soportar la situación, pero lo hacen con un gran monto de ansiedad y malestar (citado en Capafons Bonet, 2001).

Según la clasificación diagnóstica DSM IV TR (A.P.A., 2002) la fobia específica es caracterizada por la presencia de ansiedad clínicamente significativa, esta aparece como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo cual suele dar lugar a comportamientos de evitación.

Dentro de los criterios diagnósticos se ubica: un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones discernibles y circunscritos (criterio A). La exposición a ese miedo desproporcionado provoca una respuesta inmediata de ansiedad (Criterio B). Esta respuesta de ansiedad puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o puede estar relacionada con una situación determinada. Aunque los adolescentes y adultos reconocen que este temor es excesivo e irracional, esto no sucede en el caso de los niños (Criterio C). En gran parte de los casos el estímulo fóbico es evitado, en otros casos puede experimentarse con un gran terror (Criterio D). El diagnóstico solo se realizará si el comportamiento de evitación, miedo o ansiedad de anticipación relacionado con el estímulo fóbico, interfiere de forma significativa con las actividades cotidianas del individuo, en su vida laboral o social, o si la experiencia de esta fobia provoca un malestar evidente (Criterio E). Cuando se trata de menores de 18 años, el diagnóstico de fobia, solo se realizará una vez que los síntomas hayan perdurado durante al menos 6 meses (Criterio F). Por último, se entiende que la ansiedad, crisis de angustia o evitación fóbica no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés post traumático, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de angustia con agorafobia o agorafobia sin historia de trastorno de angustia (Criterio G).



## Clasificación de fobias.

Reflejando lo expuesto por Vilaltella, en el concepto de fobia, se agrupan los trastornos fóbicos donde la ansiedad sola o de forma predominante se manifiesta en ciertas situaciones o frente a objetos concretos, que son externos al sujeto y que a su vez no implican en sí mismos ningún tipo de peligrosidad. A su vez, la evitación aparecerá como una consecuencia indispensable. Aunque en la ansiedad la angustia es masiva, generalizada y flotante, en la fobia, es dirigida hacia un objeto específico y concreto, es por este motivo que el sujeto elabora estrategias para evitar al objeto causante de la fobia, las cuales son las siguientes:

- Conductas de evitación, generadas para evitar enfrentarse al objeto amenazante.
- Conductas de reafirmación, como por ejemplo el tratar de utilizar a un objeto o estar en compañía de una persona que le dé seguridad.
- Conductas de huida hacia adelante, consistente en hacer un esfuerzo importante de voluntad y afrontar la situación fóbica.

Las fobias específicas están circunscriptas a situaciones concretas y dentro de sus distintos tipos se ubica: fobia a animales, a las alturas, a la oscuridad, a los aviones, a los truenos y tormentas, a ingerir determinados alimentos, a la sangre, a las heridas, a los espacios cerrados o a algunas enfermedades. Cuando aparecen en la infancia es fundamental tratarlas, ya que si no se tratan persisten en la edad adulta (citado en Rodríguez Sacristán, 1998).

Si bien existe una amplia gama de posibles fobias, se reconoce una subdivisión (Himle, Mc Phee, Cameron y Curtis 1989) que cuenta con un gran aval científico basado en; fobia a los animales; fobia a la sangre y heridas; y fobias situacionales (citado en Capafons Bonet, 2001):

- La fobia a los animales consiste en miedos a animales que se presentan de forma aislada. Esta supone, miedo y evitación a los animales en sí, y alcanza su máxima expresión, cuando el animal se encuentra en movimiento.
- La fobia a la sangre y a las heridas, presenta aspectos bien característicos como ser, el conjunto de reacciones psicofisiológicas que

se activan frente a la presencia del estímulo (algunas son, aumento del ritmo cardíaco, presión arterial, náuseas, sudor, palidez, entre otras). En este tipo de fobia, la ansiedad está sobretodo relacionada con la anticipación del estímulo fóbico y no tanto con la presencia del mismo.

- Las fobias situacionales están compuestas por un gran abanico de distintas situaciones que desencadenan la fobia, las más destacadas son las fobias a los aviones, a conducir, a los lugares muy concurridos, a las alturas y a los puentes.

#### Desarrollo del modelo MRI.

Hasta la década del 50 la mayoría de teorizaciones y modelos psicológicos tenían puesto el énfasis en la causalidad lineal, la cual sostenía la idea central, basada en que para arribar al cambio era necesario buscar en los orígenes del problema, investigando en el pasado de las personas (Ceberio, 1998). Pero este paradigma comienza a quebrantarse a partir de la postguerra, donde por un lado entre los profesionales de la salud mental con formación psicoanalítica comienza a existir una especie de inconformidad, ya que presentaban limitaciones en lo referido al proceso de cambio y la solución de problemas actuales; y por otro debido a la postguerra, se abría un nuevo campo de desarrollo a modelos que planteaban una acción rápida y eficaz ya que la situación y el contexto exigían una atención rápida a las situaciones traumáticas del momento. Es por este motivo que el interés puesto en el individuo comienza a desplazarse, centrándose así en la relación entre individuos (Oblitas, G 2004).

En la década del 60 aparece la creación de un nuevo modelo desarrollado por el equipo de Terapia Breve del Mental Research Institute de Palo Alto, California, USA de dos formas, en primer lugar constituyó una modalidad de aplicar las nociones de cibernética de primer orden a la práctica clínica, y en segundo lugar, logró acercar la práctica a la teoría. Este modelo de Terapia Breve del MRI, es un modelo que se refleja como sencillo, eficaz y económico ya que apunta a realizar el trabajo en pocas sesiones y de forma efectiva (Casabiana & Hirsch, 1992).

Los autores Casabianca y Hirsch (1992), a su vez plantean la existencia de ciertas características que el modelo de Palo Alto comparte con los otros modelos sistémicos, las cuales son las siguientes a mencionar:

- La conducta del sujeto es influenciada por la conducta de otros sujetos con los cuales mantiene algún tipo de relación y viceversa.
- Son miembros de un sistema los individuos que mantienen relaciones más o menos estables.
- Los miembros de un sistema significan sus conductas.
- Las conductas dentro del sistema, están organizadas en base a la interdependencia y a la jerarquía.
- En todo sistema pueden presentarse dos tendencias opuestas, una a favor del cambio, y otra a favor de la estabilidad.

Siguiendo a lo propuesto por los autores mencionados anteriormente es fundamental destacar que a su vez se pueden ubicar de forma concisa aspectos que son propios del Modelo de Palo Alto, como ser: el foco de análisis, es decir, aquello a lo que se le presta más atención es el proceso de interacción que son específicamente las secuencias de repetición de conducta en las cuales se encuentra inmerso el problema; el foco de intervención está dirigido a los miembros del sistema que el terapeuta ubica como significantes; además, el terapeuta apunta a que el cambio se experimente y realice fuera de la sesión y por último se espera realizar la terapia en un número de sesiones corto.

Se concede así, una especial importancia, a una clara identificación de la conducta problemática, poniendo el énfasis en qué es esa situación problemática, en que aspecto es considerada como un problema, y por quien, otorgándole a su vez importancia al funcionamiento de esa conducta problemática y a su persistencia. Entendiendo, que para que se constituya un problema, la conducta tiene que realizarse de forma repetida (Fisch, Weakland y Segal 1988).

Según plantean los autores Haley y Richeport-Haley (2006) las ideas que presenta la terapia estratégica si bien parecen sencillas, tienen un alto grado de complejidad, debido a esto, una manera útil de comprenderla es contrarrestando las ideas tradicionales con las ideas estratégicas. Es por eso que a continuación

se expondrán algunos de los aspectos diferenciales que hacen a la terapia estratégica.

El enfoque estratégico no pone el acento en el pasado, en lugar de empezar con la historia, centra su atención en la tarea a realizar; en cambio el terapeuta tradicional centra su atención en el pasado, sobre todo, aquellos que trabajan con una teoría que avala la idea referida a lo que sucede en el presente tiene una causa en el pasado. Por otro lado, el enfoque tradicional defiende la idea de que la persona puede cambiar si se comprende a sí misma, utilizando a la interpretación para llegar a ese fin. En su contrario el enfoque estratégico no está de acuerdo con lo antedicho, es más, considera que puede ser contraproducente, que muchas veces las personas cambian sin saber por qué sucede y que varios de los clientes no están de acuerdo con las interpretaciones. Otro de los aspectos a distinguir refiere a las directivas; el modelo estratégico trabaja con directivas, ya que considera que para lograr el cambio hay que actuar y sin embargo, el modelo tradicional trabaja con una modalidad de terapia no directiva (Haley & Richeport-Haley, 2006). Es Wainstein (2006) quien afirma que los modelos estratégicos se caracterizan por utilizar procedimientos directivos, donde la comunicación directa o implícita del terapeuta apuntará a crear un mensaje donde se busca que la otra persona haga algo.

Siguiendo con el desarrollo de los conceptos y aspectos fundamentales del modelo, se retoman las ideas de los autores Keeney y Roos (2007), quienes plantean que el modelo MRI, es uno de los más eficaces abordajes de solución de problemas. Este modelo permite que el terapeuta individualice por un lado el problema, en segundo lugar, las distintas soluciones que se han intentado a lo largo de la historia para resolver el mismo, y por último, el marco de referencia que el sujeto utiliza para considerar y conceptualizar sus problemas y soluciones. Al principio de una terapia con esta modalidad, se tienen en cuenta los problemas y soluciones intentadas, y se los especifica en función de la conducta, todas las demás cuestiones que puedan aparecer, se entienden como no pertinentes. Es aquí donde aparece el arte de conducir la terapia teniendo bien definidos estos aspectos.

Del mismo modo se entiende que el inicio de la terapia es de fundamental importancia ya que no solamente se obtiene ese tipo de información, sino que también se identifica la queja inicial y el motivo de consulta, los cuales son base para la definición del problema. Entendiendo de este modo a la queja inicial como la materia prima que los consultantes aportan, donde la queja refleja el malestar del consultante; y el motivo de consulta, el cual representa el problema que el consultante eligió como el más urgente o importante, para luego poder construir el problema (Casabianca & Hirsch, 2009).

A su vez Watzlawick y Nardone (2007) al hablar del modelo estratégico, mantienen la misma línea exponiendo las siguientes ideas; por un lado, plantean que el pensamiento estratégico centra su interés en la funcionalidad del comportamiento humano frente a los problemas referidos a la existencia y a la convivencia entre individuos. Por tanto, se pone el foco en la relación entre los objetos y los sujetos, ya que se considera que no se puede aislar a un sujeto del contexto interactivo; En lo que refiere a la tarea del terapeuta, se entiende que el modelo apunta a descubrir el funcionamiento del malestar del sujeto y como se puede cambiar esa situación. Tiene a su vez la función de ayudar al paciente a resolver su problema y ayudar para que el sujeto adquiera la capacidad de enfrentar nuevos problemas, teniendo en cuenta lo aprendido en la experiencia pasada. Para lograr lo recién mencionado, se pone el interés en la teorías de cambio las cuales fueron expuestas por Watzlawick y otros autores en 1967, donde se hace hincapié en cómo este puede aparecer de forma espontánea y como puede ser provocado de forma deliberada. Los autores exponen aquí también, la idea que defiende el modelo sobre el trastorno psíquico y comportamental, los cuales, están determinados por la forma que tiene el sujeto de percibir la realidad, es por este motivo, que el cambio de perspectiva será clave para lograr producir un cambio en la realidad del sujeto, y de esta forma se logrará un cambio de toda la situación.

Es en base a esto que la primera acción terapéutica estará dirigida a romper con el sistema perceptivo-reactivo que el sujeto ,mantiene como rígido, esto se obtiene al lograr romper con el mecanismo de soluciones ensayadas que hace que

el problema se siga manteniendo. Es después de esto que se llegará a una redefinición cognoscitiva de la situación y de la experiencia (Watzlawick y Nardone 2007).

En cuanto al sistema perceptivo-reactivo Nardone (1995) exhibe que lo que interesa aquí es la forma que tiene el problema de funcionar, teniendo en cuenta a sus dinámicas y sus procesos, centrándose en cómo funciona el problema y no en el porqué de la aparición del problema, y es éste cambio de perspectiva lo que da paso a poder centrarse en la construcción de soluciones rápidas y efectivas.

Watzlawick y Nardone (2007) apelan a la idea que refleja que desde el punto de vista estratégico y haciendo hincapié en las estrategias y en los procesos de cambio, se invierte aquí el pensamiento predominante en el resto de las psicoterapias, el cual se basa en el supuesto de que el obrar sigue al pensar, de forma que para cambiar un comportamiento erróneo, hay que cambiar primero la forma de pensar del sujeto. Por el contrario la postura estratégica apoya la idea que para cambiar una situación problemática, anteriormente, se tiene que cambiar la forma de obrar y como consecuencia de esto, se modifica el pensar.

Intervenciones.

Habiendo explorado los supuestos básicos de la teoría, es de importancia pasar a continuación a describir de forma sintetizada las intervenciones estratégicas más destacadas.

Wainstein (2006) refiere que las intervenciones estratégicas son llamadas de este modo debido a que tiene su foco puesto en lograr la adecuación de medios y fines, teniendo como meta el cumplir con los objetivos consensuados entre el terapeuta y el paciente.

Se puede afirmar según Hirsch y Rosarios (1987) que el paciente cambia en la medida que acepta una o más redefiniciones, teniendo en cuenta a su vez, las correspondientes direcciones de acción. Entendiéndose por redefinición, la operación a través de la cual el terapeuta le ofrece al paciente, un nuevo sentido sobre la situación. Si el paciente llega a aceptar esta redefinición es cuando se experimenta una reestructuración. Y con dirección de acción se hace referencia a

que la visión acerca de la naturaleza de un problema determina ciertos caminos para su manejo.

Del mismo modo es Watzlawick quien presenta a la Reestructuración: como una forma de apelar al cambio del propio marco conceptual o emocional en el cual se experimenta una situación, y situarlo de esta forma en base a otra estructura que engloba los hechos que corresponden a la misma situación concreta, cambiando a su vez el sentido de los mismos (citado en Hirsch y Rosarios, 1987).

Esta intervención es una de las intervenciones claves en este modelo, la cual también es conocida en Wainstein (2006) con el nombre de reenmarcamiento, donde se plantea una modificación de la visión que se tenía hasta el momento sobre ese problema concreto.

A su vez Casabianca y Hirsh (1992) definen a la reformulación, como toda adjudicación de significado que hace el terapeuta sobre las conductas relacionadas con el motivo de consulta, y que apunten a la modificación de la percepción que el sistema consultante tenga de la misma. Si bien se manifiesta esta intervención como la más utilizada en el modelo, existen otras, entre ellas las sugerencias, las cuales son definidas por los autores de la siguiente forma; se entienden como alternativas de acción propuestas por el terapeuta, donde es el paciente el que decide si llevarlas a cabo o no; en segundo lugar las prescripciones las cuales son definidas a continuación por Wainstein.

Wainstein (2006), presenta un conjunto de intervenciones efectivas en psicoterapia, entre las cuales se destacarán a continuación alguna de ellas:

- Prescripciones directas: las cuales representan las indicaciones explícitas de comportamiento a ser cumplidas por el paciente, o en algunas ocasiones desafiadas. Su objetivo radica en solicitarle algo al paciente para que lo haga. De todas formas este tipo de intervenciones son más utilizables en pacientes colaboradores y con baja resistencia al cambio.
- Intervenciones paradójicas; donde el consultor le pide al paciente que haga algo, con el propósito de que no lo llegue a cumplir, con esto se

busca que el consultante cambia a través de la vía de la oposición ya que la influencia ejercida aquí se reconoce como indirecta.

- Actuación sobre la pauta (pattner); que apuntar a actuar sobre las pautas habituales de comportamiento las cuales son responsables de la aparición del problema. Se busca aquí, alterar las pautas establecidas.
- Utilización de anécdotas metáforas, relatos, analogías, referidas a comunicación paralela; permiten amplificar aspectos que el terapeuta quiere transmitir y a su vez logra desviar la atención consiente sobre el problema, haciendo de esta forma menos factible la resistencia. Aquí se incluyen los chistes, juegos, relatos y metáforas.
- Técnica del milagro; se le plantea al paciente la posibilidad de pensar en la situación hipotética de un posible milagro, donde por ejemplo el problema se solucionó. Esta técnica se presenta como una forma de ayudar al sujeto a concentrarse en la posible solución y no en los problemas.
- Uso de la ambigüedad; al ejercer una comunicación ambigua, aparece la posibilidad de múltiples interpretaciones, debido a que en su mayoría las personas no aceptan la ambigüedad y necesitan poner un orden, facilitando así el uso de los recursos propios.
- Técnica de la bola de cristal; es utilizada para lograr en el cliente una proyección de futuro donde se vea exitoso, el solo hecho de visualizar un futuro distinto ayuda a desarrollar una conducta que lleve a una solución.
- Escribir, leer y quemar; consiste en realizar un ritual donde se respete una hora y lugar determinado del día para escribir los pensamientos perturbadores, el paso siguiente consiste en leer lo escrito y quemarlo. En el caso en el que los pensamientos aparezcan fuera del horario señalado, se deberán retomar en el momento pactado.

#### Breve explicación del Modelo Cognitivo Conductual.

Antes de seguir con el desarrollo del trabajo, se consideró de importancia, realizar una breve reseña sobre las bases fundamentales del Modelo cognitivo conductual que se consideran pertinentes para la realización del trabajo, ya que en



el caso utilizado aquí, la terapeuta además de trabajar con el modelo MRI, utiliza herramientas y se basa en aspectos de modelo cognitivo conductual.

Beck (2000) expresa que el modelo cognitivo presenta la idea, que las perturbaciones psicológicas tienen como base común una distorsión del pensamiento, el cual tiene una influencia en el estado de ánimo y en la conducta de los sujetos. Por tanto, la posibilidad de realizar una evaluación realista, y a su vez una modificación del pensamiento llevaría a una mejoría tanto en el estado de ánimo como en los comportamientos, entendiendo, que la mejoría se alcanza por la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

A su vez, Leahy (2003) agrega, que el modelo de terapia cognitiva se basa en estados disfuncionales, los cuales son mantenidos por los pensamientos distorsionados, por lo cual, el papel del terapeuta está orientado a ayudar a los pacientes a reconocer sus estilos de pensamiento y modificarlos, utilizando para ello la aplicación de la lógica y la evidencia. Además Clark plantea que el modelo cognitivo reconoce la interdependencia que existe entre emoción, comportamiento y cognición, pero se centra en la cognición como vía principal para lograr transformaciones en el proceso terapéutico (como se cita en Riso 2006).

La Fobia y el modelo MRI.

En este apartado se pretende vincular los dos grandes temas destacados anteriormente, que son considerados la base del presente trabajo, con esto se hace referencia a la articulación sobre el trabajo con los trastornos fóbicos, en base al modelo expuesto anteriormente.

Proporcionar las causas de la aparición de un trastorno, es un aspecto que desde este modelo no se considera necesario ni útil para solucionar el trastorno, por lo tanto al tratarse de una situación fóbica no se acude a la búsqueda de las causas que generaron ese problema, ya que se trataría de una concepción de causalidad lineal, sino que se utilizaría una concepción de causalidad circular, la cual se entiende como una instancia de superación del concepto de unidireccionalidad y causalidad lineal debido a que se manifiestan retroacciones recíprocas entre las variables (Nardone 1995).

A su vez, el autor despliega una serie de supuestos desconfirmando las convicciones relativas a la formación del miedo, basándose en estudios con casos de 152 personas, estas son (Nardone 1995):

- La postura psicoanalítica que refiere a que las causas de generar formas graves de miedo tiene su inicio en traumas infantiles no resueltos.
- La explicación referida a un origen biológico de los trastornos fóbicos graves. Igualmente es válida la aclaración, al entender que con esto no se niega de forma total la presencia de alteraciones biológicas en este tipo de trastornos.
- Se rechaza a su vez el supuesto que plantea a la fragilidad psicológica y la existencia de vínculos familiares disfuncionales como causantes generadores de fobia.
- Se descarta la idea que defiende a la teoría reflexológica-mecanicista como origen del trastorno, la cual patrocina la necesidad de una relación causal lineal que se genera entre la experimentación de estímulos perturbadores y la aparición de respuestas fóbicas.

Teniendo en cuenta esto, y exponiendo la postura del modelo propuesto, se puede entender que el origen de las fobias no está determinado por el hecho inicial, sino por todo lo que el sujeto efectúa para evitar sentir miedo. Es decir, son las soluciones ensayadas las que agravan el cuadro. Esas soluciones ensayadas que el sujeto elabora para tratar de combatir el miedo terminan siendo las que le proporcionan a la fobia una gravedad mayor, en la medida que terminan convirtiéndose en una generalización completa de las percepciones y reacciones fóbicas del sujeto frente a la realidad, que tiene la característica de ser recursivas, y con una estructura de retroacción que ayuda a mantener su equilibrio y estabilidad. Por tanto, y a modo de resumen, el aspecto que se destaca aquí, acentúa, que lo que determina la aparición y persistencia de la sintomatología fóbica no son las causas originarias, sino las soluciones que el sujeto crea para tratar de enfrentar su miedo. Es por este motivo que para deshacer este sistema, se tienen que poner en práctica intervenciones que den paso a cambiar las

reacciones comportamentales, la organización cognitiva, y las percepciones del sujeto frente a la realidad (Nardone 1995).

Es a su vez Nardone quien presenta un modelo para el tratamiento de las fobias; de este modo, plantea que para cambiar una situación fóbica es de fundamental importancia investigar cual es la modalidad de funcionamiento del sistema preceptivo-reactivo del sujeto, que se presenta en la realidad actual del mismo y de qué manera persiste este sistema. Esta teoría, como se expresó anteriormente, no enuncia una modalidad explicativa, sino que centra su interés en una teoría cibernética del miedo (Nardone 1995).

En la medida que se ha consolidado el sistema de percepción-reacción frente a la realidad, el sujeto se encuentra en condiciones de organizar las percepciones o la información a través del filtro y la lente deformante del miedo, es así que se generan traducciones de la realidad al lenguaje del miedo, transformando la realidad para que se presente de forma congruente con las organizaciones perspectivo-cognitivas. A su vez el autor insiste en que es necesario romper con ese rígido sistema perceptivo-reactivo, y para esto es fundamental una intervención que permita al sujeto un cambio en el modo de percibir y por consiguiente de funcionar frente a la realidad. Esta intervención tiene que tener las siguientes características; capacidad de romper el circuito vicioso entre persistencia e intentos de solución del problema; la capacidad de hacer cambiar el sistema sin que el sujeto se dé cuenta de ello, es decir reduciendo la aparición de la resistencia; producir experiencias concretas de cambio en la percepción y reacción en cuanto a la realidad temida; y por último, lograr, luego del cambio, que el sujeto pueda recuperar sus recursos personales emotivos y comportamentales, además de su autoestima (Nardone 1995).

Modelo específico de tratamiento para los trastornos fóbicos.

Para llegar a obtener un cambio que logre un salto cualitativo en la interacción entre sujeto y realidad, la intervención debe poder cambiar las modalidades reactivo-comportamentales (que son las soluciones ensayadas subjetivas), las percepciones y formas de elaborar datos, y las interacciones sociales del sujeto.

A su vez, las intervenciones deben provocar experiencias concretas de diferentes percepciones y reacciones y también las intervenciones deben guiar al sujeto a cambiar la elaboración cognitiva de estas experiencias. Las intervenciones funcionan como estrategias, donde se utiliza la sugestión, paradojas y engaños bienintencionados, que funcionan como una forma de obligar al sujeto a ensayar modalidades alternativas perceptivo-reactivas (Nardone 1995).

El modelo de tratamiento para los trastornos Fóbicos propuesto por el autor, se presenta dividido en cuatro estadios, que se presentan de forma breve a continuación (Nardone 1995):

- En el primer estadio, se busca obtener una definición clara del problema, investigando a su vez el sistema perceptivo-reactivo del paciente y se hace una redefinición sobre este, además se busca llegar a un acuerdo sobre los objetivos; es en base a esto que se ponen en marcha las primeras maniobras. Las estrategias más utilizadas aquí son, reestructuraciones, metáforas y prescripciones indirectas.
- Segundo estadio: Los objetivos principales apuntan aquí a la ruptura del sistema perceptivo-reactivo rígido, y ruptura de los intentos de solución desarrollados; además se basa en incentivar al sujeto para lograr cambios posteriores, y lograr un cambio de la percepción frente a la realidad. Las estrategias más predominantes en esta etapa son, las reestructuraciones, las prescripciones, redefiniciones cognitivas y metáforas.
- Tercer estadio: los objetivos apuntan a, experiencias directas de situaciones de superación del problema; aumento de cambios posteriores hasta llegar a los objetivos acordados considerado como solución del problema; redefinición de la percepción del sujeto, de la relación con el mismo, con los demás y con el mundo; consolidación de resultados alcanzados; obtención de flexibilidad perceptivo-reactiva frente a la realidad. Las estrategias en esta etapa son, prescripciones de comportamiento; reestructuraciones; imposiciones paradójicas de

recaída; redefiniciones explicativas de los cambios y aumento de autonomía.

- Cuarto estadio: se busca, total asunción de autonomía personal y flexibilidad perceptivo-reactiva por parte del paciente. En las estrategias se apunta a explicar el trabajo llevado a cabo y se responsabiliza al paciente por los cambios logrados.

## **CAPITULO 4**

### **4. Método**

Tipo de estudio: estudio descriptivo de caso único.

Participante.

Es un caso clínico de un adolescente de 15 años, al cual se le asignará el nombre ficticio de “Pablo” para proteger la identidad del paciente. Vive con su madre de 45 años, quien es docente, su padre de 47 años el cual es vendedor y la hermana de 13 años que es estudiante. La ocupación de Pablo es la de estudiante. Por protección y política de la institución en la cual se realizó la residencia, no se pudieron registrar más datos sobre el paciente.

El paciente, se dirige a consultar debido a una sugerencia del psiquiatra el cual plantea la idea de que Pablo, tendría que realizar Terapia Cognitivo Conductual, para poder recordar estrategias de manejo de la fobia, aprendidas en el tratamiento anterior realizado varios años atrás. Es de importancia aclarar, que más allá de la recomendación del psiquiatra, el paciente, inicia el tratamiento en el centro, el cual trabaja con el modelo MRI y a su vez, utiliza herramientas de otros modelos como ser por ejemplo el Cognitivo Conductual, sobre todo para el tratamiento de las fobias como en este caso.

La admisión en el centro se realiza en el 2009 y luego es derivado a un terapeuta. El trabajo con el terapeuta es de 20 sesiones. A la primera sesión asiste con su madre y su padre. El motivo por el cual consulta, refiere a que Pablo, tiene miedo a ruidos de globos, petardos o cosas que explotan y consultan para ayudarlo a que pueda afrontar sus miedos cuando deje la medicación.

En la historia clínica de Pablo, se puede apreciar que desde chico tuvo miedo a ruidos fuertes, como ser globos. Su familia refiere, que en casos de ruidos fuertes se encierra en el baño para no escuchar, y si está en presencia de globos, se tapa los oídos y quiere retirarse del lugar. A su vez, se reconoce que de chico fue muy miedoso a situaciones que él consideraba como peligrosas, por ejemplo ir a nadar en la pileta.

En las fiestas familiares aislaban y sacaban los globos, debido a su dificultad. Pablo ha dejado de ir a eventos por miedo a enfrentarse con globos

Instrumentos.

- Historia Clínica

Se realizara un análisis de la historia clínica que se registra de forma computarizada. La institución utiliza una forma de registro estandarizada, propia del modelo de terapia focalizada en la resolución de problemas.

De la historia clínica se obtendrán los datos personales del sujeto, la entrevista de admisión y las distintas sesiones del tratamiento.

El registro de la entrevista de admisión brinda la siguiente información: Queja inicial; ¿Por qué ahora?; Motivo de consulta; Historia y circunstancia actual del motivo; tratamientos actuales y por último, Tratamientos previos.

En el registro de la 1º entrevista se puede acceder a los siguientes datos: Queja inicial; ¿Por qué ahora?; Motivo de consulta; Historia y circunstancia actual del motivo; Tratamientos anteriores; Posiciones y lenguaje del consultante y/u otros significativos; Diagnostico; Objetivo del consultante; Objetivo del terapeuta; Intervenciones principales; Estrategia y Observaciones.

Y por último, en el registro de Sesión por sesión se obtiene la siguiente información: Apertura de la sesión; Respuesta a las intervenciones anteriores; Eje temático de la sesión; Intervenciones Principales; Predicciones; Planificación (¿en que insistir? ¿Qué evitar? ¿Qué hacer diferente?), y finalizando, ¿Quiénes son invitados a la próxima entrevista?

- Entrevista Video grabada

Otro de los instrumentos que se utilizaron para la realización del trabajo se enmarca en la posibilidad de acceder a un video que refiere a la 15° sesión, donde el adolescente aprueba ir a cámara Gessell con su madre y su padre ya que quiere dejar el tratamiento.

Procedimiento.

Para el relevamiento de los datos se hizo hincapié en la entrevista de admisión la cual fue realizada en el mes de enero del año 2009 a cargo de uno de los terapeutas integrantes del equipo de admisores del centro.

De igual modo, se utilizaron los datos extraídos de la primera entrevista y de algunas sesiones significativas del tratamiento, las cuales se enmarcan dentro del período que abarca desde marzo del 2009 hasta enero del 2010 y fueron realizadas y registradas por el terapeuta a cargo del tratamiento. La totalidad de entrevistas es de 20 encuentros, la mayoría realizados solamente con el paciente identificado y algunas en presencia de sus padres.

A su vez, se utiliza un video de una de las sesiones donde el paciente asiste con su madre y su padre para registrar y analizar datos significativos, la misma fue la sesión número 15.

## **CAPÍTULO 5**

### **5. Desarrollo**

En el presente apartado se procederá a analizar y responder a los objetivos propuestos anteriormente, de forma que se sustraerá la información registrada por la terapeuta en la historia del paciente y la información obtenida del video. Antes de comenzar puntualmente a responder los objetivos se realiza una descripción de datos relevantes obtenidos tanto en la admisión como en la primera entrevista.

La Admisión se realizó en enero del 2009 y cabe destacar que fue telefónica y que la que respondió a las preguntas fue la madre del paciente identificado, luego se derivó al paciente a un terapeuta. El proceso terapéutico tuvo una duración de

20 sesiones, que abarca el período desde finales de marzo hasta principio de enero de año siguiente, es decir duró entre 9 y 10 meses.

Comenzando con el desarrollo del proceso terapéutico, se destacarán datos relevantes obtenidos de la admisión.

En la admisión se registra el motivo de consulta, el cual se basa en que el chico tiene miedo a ruidos de globos, petardos y en general a cosas que explotan, así como también la queja inicial, la cual plantea la madre del p.i. (paciente identificado) de la siguiente forma: “Él tiene fobia a los globos y a todo lo que es explosivo, entonces para las fiestas tenemos un drama...”

En la misma constan los tratamientos anteriores del PI y los actuales, entendiendo así que en el 2004 realizó un proceso terapéutico con otra de las profesionales del centro terapéutico y que anteriormente había hecho tratamiento fuera del centro pero que este último no había resultado para nada ya que se centraba mucho en el pasado según lo expresado por la madre. En cuanto a los tratamientos actuales a la fecha de interés para el desarrollo del presente trabajo, se entendió que el P.I realizaba tratamiento paralelo con un psiquiatra el cual le suministraba Fluoxetina y Clonazepam. La Fluoxetina se usa para tratar la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, algunos trastornos de la alimentación y ataques de pánico en trastornos de ansiedad. Actúa aumentando las concentraciones de serotonina, una sustancia natural del cerebro que ayuda a mantener el equilibrio mental. El Clonazepam se usa solo o en combinación con otros medicamentos, para controlar determinados tipos de convulsiones. También se usa para aliviar ataques de pánico (ataques súbitos e inesperados de miedo intenso y la preocupación que dichos ataques generan). Actúa disminuyendo la actividad eléctrica anormal del cerebro.

Otro de los datos fundamentales refiere a la interrogante ¿Por qué ahora? A la cual se responde explicando que se debe a las fiestas de navidad y fin de año y además por sugerencia del psiquiatra quien piensa que una terapia sería de mucha utilidad y ayudaría al P.I a afrontar sus miedos cuando deje la medicación. Se refleja de esta forma lo expuesto por Casabianca y Hirsch (1992) quienes



mencionan la importancia que tiene el preguntarle al paciente por qué motivo consulta en este momento y no en otro, ya que permite co-crear el motivo de consulta y a su vez identificar la motivación del paciente.

En cuanto a la primera sesión, los datos que se consideraron relevantes fueron los que se presentan a continuación.

A este primer encuentro asiste el P.I, la madre y el padre del mismo.

Aquí la terapeuta retoma la información obtenida en la admisión y se encarga de investigar de forma más profunda los datos. Es así que dentro del eje de la sesión aparece información vinculada con la queja inicial donde se agrega que en las fiestas pasadas el P.I se puso muy mal, incluso antes de las fiestas ya que no quería salir por si escuchaba explosivos.

A su vez la terapeuta obtuvo datos sobre la historia y circunstancias del motivo de consulta, los cuales fueron registrados en la historia por ella misma y reflejan lo siguiente: desde chico el P.I tuvo miedo a ruidos fuertes, a globos, no quería salir y se encerraba en el baño para no escuchar, y si está cerca de globos se tapa los oídos y quiere irse, lo mismo sucede cuando está en un partido de básquet y hay globos, por más que le guste el deporte se quiere ir, evita, le tiembla el cuerpo, transpira. En las fiestas familiares avisaban y sacaban los globos, también se sabe que ha dejado de ir a eventos por ese motivo. Actualmente vieron al psiquiatra ya que el P.I pedía medicación porque no aguantaba estar más así.

En esta primera entrevista, la terapeuta realizó un diagnóstico teniendo en cuenta el circuito que consiste en lo siguiente, miedo a los globos o ruidos explosivos- otros que ayudan a evitar- de esta forma el joven evita más- y se genera así más monto de miedo. Retomando la idea de Keeney y Roos (2007) se entiende que las preguntas iniciales sirven para lograr compilar la información que ayude a construir el diagnóstico: una vez recabada la información suficiente la terapeuta diagnostica la índole del problema y pasa a crear una estrategia de tratamiento. Como se puede observar aquí, la primera entrevista es fundamental ya que trae consigo un caudal de información sumamente importante para luego poder diagramar la continuación del proceso. Es de este modo que se tiene en

consideración lo planteado por Casabianca y Hirsch (1992) al hablar de la primera entrevista, la cual consideran de fundamental importancia ya que es aquí donde se establecen las bases vinculadas con el diagnóstico, la estrategia y la meta, entre otras, sobre las que se trabajaran durante el curso de la terapia.

Análisis de los objetivos.

Describir la sintomatología de la fobia específica en el caso del adolescente.

Es aquí que se contesta al primer objetivo propuesto en el trabajo, el cual refiere a describir la sintomatología de la fobia específica en este caso en particular, entendiendo que el P.I evita situaciones donde haya globos ya que la presencia de los mismos le generan temblores, transpiración y a su vez comienza a limitar su vida dependiendo de la presencia o no de globos o explosivos ya que deja de asistir a eventos o se encierra en el baño. Es así que esta idea se sostiene en lo expuesto en DSM IV TR (A.P.A ,2002), donde se presentan los criterios diagnósticos ya mencionados, entre los cuales se ubica un miedo intenso y persistente, la exposición a ese miedo provoca una respuesta inmediata de ansiedad, lo cual lleva a evitar esa situación fóbica y de esta forma termina por interferir en la vida del sujeto. A su vez, en esta idea se refleja la noción de ansiedad patológica planeada anteriormente por Kaplan y Sadock (1999), en donde se manifiesta que este tipo de ansiedad desemboca en una respuesta exagerada, incapacitante o inapropiada, la cual termina por interferir en la vida del sujeto. Y por último, es en Lacey y Lacey (1958) donde se habla del plano fisiológico, en el cual existe un aumento en la actividad del SNA, la cual se refleja en aumento de ritmo cardíaco y respiración, presencia de sudoración o transpiración, entre otras. Se tiene en cuenta que esta información es extraída de la primera entrevista y se expone aquí solamente la sintomatología que manifiesta el paciente, es por este motivo que no se ponen en primer plano toda la sintomatología que presenta la fobia, solamente aquella a la cual el paciente hace referencia.

En la sesión número 3, el P.I, haciendo referencia al síntoma dice: “Es como que siento un daño interno, como que soy débil, me hace sentir mal porque no

puedo festejar en momentos donde están todos felices... me siento una basura, un excluido social". Si bien esta descripción no corresponde específicamente con las características universales para describir la sintomatología de la fobia, se considera importante ya que es aquí que el mismo P.I, explica su vivencia con respecto al síntoma.

Describir la planificación de las estrategias terapéuticas llevadas a cabo a lo largo del tratamiento del caso.

Finalizando la admisión y la primera entrevista el terapeuta registra las primeras estrategias pensadas para llevar a cabo este caso, dentro de las cuales se pretendía apelar a la utilización de reestructuraciones cognitivas, registros, así como a recurrir a explicarle al P.I a través de la psicoeducación que quizás por momentos no sienta tanto miedo pero que debe aprender para cuando le vuelva el miedo y también utilizar algunas técnicas cognitivas. De esta forma es que se comienza a responder al segundo objetivo propuesto en este trabajo que refiere a describir la planificación de las estrategias terapéuticas que se llevaron a cabo en el tratamiento.

En el período entre la segunda sesión y la séptima, las estrategias con las cuales la terapeuta quiere plantear para seguir el proceso apuntan a, seguir con la psicoeducación, a su vez, insistir en entrenarlo para cuando llegue el momento en que pueda con la situación, donde se requerirá de entrenamiento y ensayo de herramientas. Del mismo modo pretende evitar que el P.I se exponga abruptamente, y además explicarles a los padres que es necesario que ayuden a su hijo a afrontar. También, insistir en que el P.I, pueda relajarse mientras está ansioso, ir probándose de a poco. Tratar de evitar que se entusiasme con que va a poder hacer todo. Y además ir pasando escalones y niveles de complejidad. Todas estas estrategias terapéuticas tienen la finalidad de poder romper con el sistema perceptivo-reactivo que el sujeto mantiene de forma rígida.

A partir de la octava sesión la estrategia apunta a la necesidad de insistir con el refuerzo de logros, pero de igual forma ir despacio. Además, la estrategia elegida para continuar con el proceso, está basada en este momento a pasar a

realizar desafíos que cuesten poco, y además bajar expectativas con la posibilidad de prescribir posibles recaídas. En la sesión número 9, la terapeuta plantea como intervención, una prescripción que apunta a que en el período de 21 días, el P.I, haga la relajación explotando un globo que esté afuera, lejos de él. Esta tarea fue difícil de realizar para el P.I, trató de hacerla pero no pudo. En base a esto, la terapeuta apunta a ir un poco más lento, realizando pruebas difíciles pero que sean posibles de alcanzar. Además pretende evitar estar a favor del pro cambio y tratar así de no apresurarse. Como plantea Fisch; Segal y Weakland (1988), el indicarle al paciente que no se apresure en conseguir la solución del problema es una de las intervenciones que el modelo maneja con más frecuencia, donde lo fundamental de la intervención consiste en ofrecer razonamientos creíbles que justifiquen el no ir de prisa.

En las dos próximas sesiones, el P.I, demuestra cierto avance ya que presenta dos situaciones donde pudo manejar mejor la ansiedad, y además pudo realizar de forma muy satisfactoria la tarea encomendada, la cual apuntaba a realizar la relajación con exposición imaginaria cinco veces durante la semana. Teniendo en cuenta esto, la estrategia terapéutica se orienta en bajar las expectativas, en trabajar más detalladamente las desventajas del cambio, haciendo también que los otros dejen de ayudar a evitar, en seguir insistiendo en que el P.I afronte y que analice sus pensamientos. A su vez se comienza a trabajar por la vía de la posibilidad de que las fiestas se hagan en la casa de él, así puede jugar de local y preparar el terreno.

En la sesión número 14, la terapeuta tiene que cambiar la dirección de la estrategia ya que es aquí donde el P.I, plantea dudas referidas a la continuación del proceso terapéutico, a raíz de que durante un cumpleaños había globos y no pudo poner en práctica las técnicas. Es en este contexto que la estrategia de la terapeuta se inclina a pasar por una supervisión en manos del grupo de terapeutas, y además citar a la familia a una sesión de cámara, para que el equipo pueda observar y supervisar para dar opiniones, teniendo en cuenta que es la segunda terapia donde el chico abandona en el momento en que se cansa de apostar al cambio; donde si renuncia y quiere seguir viviendo con el miedo que por

lo menos esté conforme con esa decisión, para que no se repita con futuros terapeutas volver a hacer las técnicas y terminar en el mismo lugar.

Como resultado se puede observar que en la sesión número 15, y en las siguientes, la estrategia utilizada apunta a dejar en manos del P.I la responsabilidad de las decisiones y de esta forma encontrar la motivación que sujeto necesita para continuar con el tratamiento, ya que sin motivación no hay posible mejora. Como explica Hirsch, y Rosarios (1987) a la motivación se la entiende como una disposición a lograr ciertas cosas que se buscan o se desean, y aclarando a su vez que la motivación es variable, ya que puede aumentar, disminuir, cambiar de dirección entre otras. Es por este motivo que la terapeuta en vez de planificar la próxima cita dice: "puede llamarme cuando tenga motivación para hacer las técnicas, quizás a fin de año o quizás no...". Es por este motivo también, que para buscar la motivación en el P.I, la terapeuta buscará unir la combinación PASIÓN-MIEDO, tratando así de que se afronte el objeto fóbico, en situaciones que le generen pasión al paciente, como ser los partidos de básquet.

Llegando a las últimas sesiones, las cuales se ubican dentro del periodo que abarca la semana anterior a las fiestas de noche buena y el comienzo de año nuevo, la estrategia presentada y registrada por la terapeuta apunta a la prescripción de recaída debido a que se presenta una mejora importante en la problemática del paciente, lo cual se registrará de forma detallada en la contestación al tercer objetivo. La misma fue entendida por Haley (1980) donde planteaba que en ocasiones, cuando el paciente está mejorando de forma muy rápida se prescribe la recaída para evitar la resistencia.

En la sesión número 20, identificada como la última sesión, se registra una última estrategia, donde se indica sesión de control el año que viene o de lo contrario, que el P.I cuente con el centro cuando crea que es necesario. De esta forma se cierra el proceso terapéutico pero dejando a su vez una posibilidad de volver si se considera necesario.

Teniendo en cuenta las estrategias utilizadas por la terapeuta en el correr del proceso terapéutico, se puede identificar de forma general, la utilización del modelo específico para el tratamiento de las fobias presentado por Nardone (1995) en el apartado “Marco Teórico”, donde se refleja aquí el paso por los cuatro estadios planteados, en los cuales, se representa en cada uno objetivos y estrategias específicas de cada momento.

Describir las intervenciones que realiza la terapeuta en las sesiones individuales basándose en el modelo MRI.

Durante todo el proceso terapéutico, la terapeuta realiza un gran número de intervenciones, las más frecuentes son sin duda las reestructuraciones, de todas formas se presentan a su vez prescripciones y sugerencias, como así también otro tipo de intervenciones como ser aquellas dirigidas a romper el circuito que mantiene el problema, o aquellas que apuntan más a estrategias cognitivo conductuales. Algunas de las intervenciones relevantes son reflejadas a continuación:

- En la 2° entrevista La terapeuta comienza a explorar sobre los cambios que se fueron presentando debido a la fobia, a los cuales el P.I. responde:

“Hubo cambios en mi personalidad, las navidades para mi eran horribles, para mí era como una guerra en mi contra, yo antes de las fiestas me preparaba, trataba de escribir como me iba a manejar para protegerme, me ponía el MP3, usaba tapones en los oídos, con la medicación estuve mejor”.

Todas estas conductas corresponden a soluciones intentadas por el paciente para poder enfrentar la situación problemática, es así que es fundamental la exploración de las mismas ya que son necesarias para determinar el circuito del síntoma y poder de esa forma romperlo. Esta es una intervención fundamental por parte de la terapeuta. Teniendo en cuenta esto es que Watzlawick y Nardonne (2007) refieren a que la primera acción terapéutica está dirigida a comprender y así romper con el sistema perceptivo-reactivo que se encuentra rígido el cual se

mantiene por las soluciones intentadas del sujeto, lo cual fue expuesto en el marco teórico.

Siguiendo con la 2° entrevista se registró otra intervención la cual refleja una reformulación la misma fue registrada en la historia clínica por la terapeuta y plantea lo siguiente: “Cambiaste y la medicación te ayudó, pero tenés que empezar a tener más herramientas para dar esos pasos de a poco y para después cuando no tengas la medicación” Aquí también explica modelo cognitivo-conductual. La respuesta inmediata de Pablo (P.I) es la siguiente: “Si entiendo, mi pensamiento me dice, esto me hace un mal interno y siento así palpitaciones, sudoración”.

- En la 3° entrevista, el P.I plantea que se siente débil, y que esta situación lo hace sentir mal porque no puede festejar en momentos donde todos están felices debido a su miedo. Teniendo en cuenta esto, las intervenciones principales registradas en la historia clínica por la terapeuta fueron las siguientes:
  - ✓ La primera reformulación propuesta por la terapeuta se presenta de la siguiente manera: “Es como que a vos te funcionara la ansiedad a 100 cuando te enfrentas con situaciones de explosiones o globos, es 100 la ansiedad y sabes que no tendría que ser así, pero es como las alarmas del auto cuando funcionan mal y suenan por cualquier cosa”. Esta intervención fue aceptada por el P.I.
  - ✓ La segunda reformulación; “El miedo te jugó tal partida que pareciera que el miedo, como un monstruo se apodera de vos, cuando en realidad vos también podrías tener algo de control sobre eso, porque esto está en la forma en que pensás”.
  - ✓ Prescripción directa: se solicita que haga un registro de pensamientos.
  - ✓ Por último la terapeuta brinda psicoeducación sobre pensamiento-emoción-conducta y también psicoeducación sobre la ansiedad.

- En cuanto a la 5° sesión la información que disparó las intervenciones se vincula a cuando el P.I, comenta una situación que le sucedió en la pasada semana Santa donde fue a Cariló y había payasos con globos y él tuvo que irse al auto, pensaba que los globos iban a explotar, que él se iba a debilitar: “Yo ya sé que el globo no me tiene porque hacer eso...tengo que dominar mi mente”. En base a esto, las intervenciones registradas por la terapeuta fueron las siguientes:
  - ✓ Reformulaciones: “El miedo es como un monstruo que te tilda, como una pc cuando está tildada, y hasta te hace pensar de maneras que no pensarías si analizás racionalmente”. Respuesta del P.I: asiente.
  - ✓ Otras: Se hacen con el P.I columnas de pensamiento racional e irracional. Pensá y escribí que cosas te podes decir a vos mismo en los momentos en que el pensamiento irracional te invade (se retoma idea de cómo influye lo racional en los sentimientos). A esta intervención, el P.I, contestó con los siguientes pensamientos: “Los globos no pueden debilitarme”. “Quiero disfrutar este momento y no puedo”. “Esto no es real, los globos no me pueden dañar”.
  - ✓ Sugerencias: La terapeuta sugiere empezar a entrenar además de la mente el cuerpo con relajación. En base a esta sugerencia el P.I, aporta un dato, que refiere a que a él le gusta el jazz y lo relaja.
- En la 6° sesión se hace una devolución sobre lo que vienen trabajando hasta el momento y se les pide a los padres que ayuden a que el P.I, no evite situaciones así las comienza a enfrentar. En cuanto a la información precedente, se podría decir que se presenta una intervención de suma importancia, la cual refiere al trabajo de la terapeuta donde la misma comienza a intentar quebrar el circuito sostenido por la familia, la cual ayuda al P.I a reafirmar la evitación del objeto fóbico. De todas formas es válido aclarar que esta intervención no fue registrada como tal en la historia del P.I por la terapeuta.



- Con respecto a la sesión número 7, El P.I comenta, que trató de hacer la relajación 3 o 4 veces pero que le costó y que en una oportunidad se quedó dormido. También cuenta una situación: “Estaba en la escuela y había personas con un tetrabrik que iban a explotar, entonces hice algo diferente, en vez de salir corriendo me tomé el colectivo que vino, a pesar de que ese no me convenía, ya sé que me tendría que haber quedado pero por lo menos pude pensar”. Teniendo en cuenta la información precedente las intervenciones fueron las siguientes:
  - ✓ Prescripción: “Imagínate que tenemos que avanzar escalones de acá a 15 días, la idea es que sepas que va a haber ansiedad al mismo tiempo que te relajes”. En base a esto pensaron ideas entre los dos y al final concretaron que el P.I hará la relajación en su habitación, sabiendo que en otra habitación hay un globo.
  - ✓ Sugerencias: “Luego cuando estés canchero con la relajación es importante que te imagines afrontando esas situaciones con éxito”.
  - ✓ Otra: le manda a padres psicoeducación sobre ansiedad. La cual es enviada a través del paciente.
  - ✓ Prescripción paradójal: Contrato de meta mínima, por lo menos 1 vez (él quiere hacerlo más veces), a lo sumo 2 veces pero con 1 ya es suficiente, más te diría que no lo hagas 2 veces. Respuesta inmediata del P.I a esta prescripción: “Si lo voy a hacer me va a salir”. La meta mínima es pactada con el consultante y se trata aquí de focalizar o parcializar algún aspecto del motivo de consulta y pactarlo, como próxima meta a lograr Casabianca y Hirsh (1992).
- En la sesión número ocho, las intervenciones fundamentales fueron:
  - ✓ Reformulación: “Vemos las causas de porque se continúa la ansiedad, no enfrentar, estar pendiente de lo que asusta, evitar, etc.”. A lo que el P.I. responde: “Si es verdad me pasa que no enfrente a lo temido, que me escape”.
  - ✓ Prescripciones: en los próximos 15 días hacer relajación sabiendo que existe la posibilidad de que el globo explote.

- En la sesión número nueve se comienza a hablar sobre futuros objetivos, más específicamente haciendo referencia a las fiestas, y es así que se comienzan a bajar expectativas. Además el P.I, refiere que el fin de semana hizo la tarea, pero que fue igual que la vez anterior, aunque cree que estaba más seguro. Dice, que el globo no explotó, que la hermana jugaba con el globo, pero se mentalizó que no pasaría nada. A su vez comenta que fue a scout y había un niño con un globo y que sus amigos lo quisieron sacar con rapidez y él les dijo que no hacía falta que sea tan rápido, que él podía, y luego se alejó del lugar poco a poco. De esta forma, él observa que está reaccionando mejor. Con respecto a las intervenciones principales se presentó lo siguiente:
  - ✓ Reformulación: “Pero si no te cuesta tanto estamos en problemas, es como un músculo que para que quede marcado tiene que doler en algún punto”. En respuesta el P.I dice: “claro, entonces tendría que explotar el globo”.
  - ✓ Otra: si no te sale no te preocupes tanto, es muy normal que no te salga, va a ser difícil. De esta forma la terapeuta trata de bajar expectativas y tener maniobrabilidad en caso de que no pueda hacer lo esperado, consiguiendo así que no aparezca la frustración.
  - ✓ Prescripciones directas: en el período de 21 días hacer relajación explotando un globo que esté afuera lejos. Aquí se identifica claramente la prescripción directa, la cual según Wainstein (2006) refiere a indicaciones explícitas de comportamiento a ser cumplidas por el paciente como se expresa en el marco teórico.
- En la sesión número 10, el P.I comenta que no pudo realizar la tarea encomendada en donde tenía que explotar un globo tratando de hacer relajación y que eso lo hacía sentir que no tenía fuerza. En base a esto las intervenciones registradas por la terapeuta fueron las que se presentan a continuación:
  - ✓ Reformulación presentada por la terapeuta: “Yo te avisé que es muy difícil pero que tengas una recaída no significa que hay que empezar desde cero, es totalmente normal que no te sientas

preparado para asumir una recaída, es más esto sirve mucho para poder poner en práctica las herramientas”.

- ✓ Se realizan técnicas de relajación durante la sesión y además se trabaja sobre la exposición imaginaria. El P.I, plantea luego de esto que sintió ansiedad de todas formas pero no tanta al estar relajado.
- ✓ Sugerencias: tratar de hacer el ejercicio que se planteó hoy en la sesión.
- ✓ Prescripción directa: volver a realizar las dos pruebas anteriores, para que se sienta más seguro ya que es algo más conocido.
- En la sesión número 12 a la cual asiste el P.I, la madre y el padre, se desprende la siguiente información, el P.I, realizo la tarea, que constaba de hacer la relajación con exposición imaginaria cinco veces durante la semana pasada. La madre comenta, que Pablo, hoy agarró el globo que estaba en el garaje y dijo: “Traje a un amigo”; y estuvo tres horas en la cocina con todos, a lo que el P.I comenta: “pero eso fue fácil, yo tengo que superar el de los petardos”. Es así que minimiza sus logros. A su vez manifiesta dos situaciones en el centro, la primera, en un negocio donde había globos y él se quedó. Y la segunda en un evento donde había globos, él logró quedarse y luego una prima lo sacó para que él se sintiera mejor. Otro de los temas que se tocaron en esta sesión, fue sobre la navidad, donde el P.I. comenta que quiere que sea en su casa.

Las intervenciones registradas por la terapeuta son las siguientes:

- ✓ Reformulación: “No minimices tus logros, eso es un montón y es el paso necesario para conseguir lo otro, además hasta mereces premiarte por eso”. Como expresa Nardone (1995), dentro de las intervenciones es muy importante, tratar de que el P.I recupere la autoestima, eso facilitará el mantenimiento del cambio.
- ✓ Reformulación: “Para tus respuestas impulsivas como el salir corriendo, está la respiración, pero para lo otro, el tratar de quedarte y exponerte y enfrentar el miedo, está lo cognitivo, lo mental, las cosas de las cuales te tenés que convencer y razonar”. La respuesta que da el P.I a esto es la siguiente:

“Bueno entonces lo que se me ocurre es que cuando esté en un momento así, me vaya, piense las razones y después vuelva a afrontarlo”. Aquí la terapeuta respalda su intervención en aspectos del modelo cognitivo conductual, el cual se centra en la modificación de la cognición para lograr modificar la conducta tal como se expuso anteriormente en el marco teórico haciendo referencia a lo expuesto por Leahy (citado en Riso 2006).

- ✓ Reformulación: “Parece que es verdad que se pone un poco vago y necesita de un empujón de ustedes..., cuantos mimos tenés en este síntoma, tu prima, tu tía... cuanta demostración de afecto, ¿será esto lo bueno de seguir teniéndolo?”. El Padre del P.I contesta diciendo que cree que eso es así. Esto se presenta como posible desventaja del cambio. Esta intervención es una variante de la intervención no apresurarse, en donde el objetivo es preguntarle al paciente si se encuentra en condiciones de reconocer los peligros inherentes a las solución del problema (Fisch, Segal y Weakland, 1988). Además esta intervención apunta a su vez a quebrar el circuito que mantiene la fobia.
- ✓ Sugerencias: si festeja las fiestas en su casa puede preparar el campo de batalla, pero la terapeuta no cree que sea posible que el P.I, pueda mirar los fuegos artificiales como si nada. El P.I, a esto responde diciendo que de esta forma por lo menos puede intentar comer con todos.
- ✓ Prescripción: seguir exponiéndose.
- En la sesión número 13, un tema fundamental que trae el P.I, refiere a que explica que cuando se presenta dice: “Soy Pablo, le tengo fobia a los globos”, luego agrega: “es una etiqueta para mí, me da alivio que otros lo sepan”. Las intervenciones registradas por la terapeuta presente en esta sesión son:
  - ✓ Sugerencias: “¿Cómo pensás que podrías cambiar esa etiqueta? ...quizás podrías decir: hola soy Pablo y estoy intentando superar mi fobia a los globos”. Pablo responde diciendo, claro podría ser así.

- ✓ Prescripciones: se pactó que conviviera con el globo, o pasar un escalón más y que alguien juegue con el mismo.
- En la sesión número 14, se presentan el P.I y sus padres ya que Pablo, quiere terminar tratamiento, a raíz de que durante un cumpleaños había globos y no pudo poner en práctica las técnicas, teniendo en cuenta esto, la intervención de la terapeuta en este sentido, apunta a convocar para la próxima una sesión de cámara y supervisión con otros profesionales, donde asistan los tres, para ayudar a resolver esta disyuntiva.
- Sesión N° 15, sesión de cámara y supervisión donde asiste el P.I, y sus padres; Es válido aclarar que es sobre esta sesión con la que se pudo contar con el video para la recolección de datos, además se aclara que a la sesión va a entrar un segundo terapeuta encargado de la supervisión del caso. Dentro del eje temático que se expone en este encuentro se destaca por un lado que los padres quieren recibir algún tipo de orientación de como poder ayudar a su hijo. Por otro lado se abordan los avances y retrocesos que se presentaron en el tratamiento. Además se habla sobre la situación actual de Pablo de no querer intentar más el afrontar lo que le sucede, donde él comenta que está acostumbrado y que no sabe si luego va a querer volver a enfrentarlo.

Intervenciones presentes en este encuentro:

- ✓ Reformulación: (realizada por el supervisor), “¿Hace cuánto que estás acostumbrado a que el miedo te visite?”, luego para continuar con la intervención cuenta un cuento (en tono hipnótico) el cual se trataba de una persona muy valiente que afronta el miedo porque creía que en ese momento valía la pena, enfrentó su miedo por una gran oportunidad de trabajo. “Vení cuando creas que valga la pena pasar por el sufrimiento” a todo esto el P.I responde: “Eso es lo que necesitaba escuchar”.
- ✓ Otra: dirigida a que él debe decidir cuándo es el momento.
- En cuanto a la sesión número 16, se aprecia que, se inicia la sesión con una reflexión del P.I, sobre la sesión de cámara pasada, donde comenta que se quedó aliviado luego de la sesión porque escuchó lo que

esperaba, haciendo referencia a que esto dependía de él, además también influyó el cuento sobre la valentía, donde dice que eso le tocó un poco el orgullo. Aquí expone que decidió seguir con el tratamiento: “Decidí seguir con la terapia para seguir teniendo recursos para zafar, no sé, venir una vez por mes, ahora tengo las razones de porque me pasa esto; por la valentía, por el inconsciente (el psiquiatra le dio una explicación psicoanalítica sobre lo que le pasaba), entonces ahora puedo seguir”.

Las intervenciones principales registradas por la terapeuta son:

- ✓ Reformulación: “Que este espacio no sea un como si..., si querés podemos probar venir 1 vez al mes pero vamos a ver”
- ✓ Reformulación: “Por lo que me contás, cuando vas a la cancha de River no te molestan los petardos, porque hay una pasión más fuerte que hace desdibujar lo otro.
- ✓ Prescripciones: entre ambos pensaron que durante un entrenamiento de básquet probar si puede jugar estando un globo cerca. La terapeuta agrega: “Esto implicaría tener valentía, engañar al inconsciente y disfrutar de lo bueno de la vida, la pasión por el básquet”. A lo que el P.I responde: “lo voy a hacer”.
- En la sesión número 17, al preguntar por la tarea encomendada el P.I comenta que no hizo lo del entrenamiento con los globos, pero hizo algo inesperado; estuvo tres horas en scout y porque creía que valía la pena, se quedó aunque había fosforitos haciendo ruido afuera, aunque al principio caminaba por las paredes. Cuenta a su vez que luego en scout le cayó un fosforito a su lado y que se asustó y se encerró en un ambiente y luego se tuvo que ir a su casa, leyó el material de terapia pero no podía sentirse tranquilo. También comenta que está pensando dejar scout porque cree que él no le hace bien al grupo porque están muy pendientes de que él esté bien.

Intervenciones principales registradas por la terapeuta:

- ✓ Reformulación: “primero no te estás dando cuenta de lo que sí lograste... ¡tres horas!”
- ✓ Reformulación: “No querés ir más a scout..., hace lo que quieras pero no me parece que la fobia te saque algo tan importante,

además ¿Qué posibilidad hay de que te vuelva a pasar lo del fosforito?”. A lo que el P.I responde: “esto que me decís me sirve para ver las cosas buenas, pero es como que yo me cierro”.

- ✓ Prescripciones: que el busque las distintas razones que otros le podrían llegar a decir para seguir en scout. Que el miedo ya no le saque más cosas.
- En cuanto a la sesión número 18, es importante aclarar debido a la importancia del caso, que esta sesión se realizó a tres días de la fiesta de noche buena. El P.I refiere que odia la navidad por los explosivos y fuegos artificiales, que se quiere sacar esto de encima. Dentro de las intervenciones principales se encuentran las siguientes:
  - ✓ Reformulación: “no sé cuántas ganas tenés ahora de superar esa fobia, más si crees que es una fiesta sin sentido, que no te motiva”. A lo que el P.I responde: “si, igual quiero que sea un poco diferente, ya es distinto porque estoy saliendo de mi casa a esta altura del año, que es algo que no hacía antes”.
- Sesión número 19. Este encuentro se realiza cinco días después de noche buena y navidad. El P.I dice: “la pasé de diez”. En navidad se preparó sus taponés con una bincha, cenó con la familia, a las 23 y 30 fue a su cuarto, a las 00:10 llamó por teléfono a una persona y como no había señal tuvo que acercarse más a donde estaban todos. Terminó jugando a la WI con sus primos. A su vez cuenta que se puso de novio con una chica, que la acompañó a rendir un examen, la invitó a tomar un helado y había globos, pero que entró igual. Y después en la calle pasó por un lugar donde había personas tirando fosforitos, cayeron tres cerca de él pero pudo estar tranquilo. Dice: “me acorde de Hugo (refiriéndose al terapeuta que entro a la sesión durante el encuentro en cámara), porque valía la pena, además yo tenía que comprobar todas las cosas que hablamos en terapia..., las cosas surgieron de improvisó y pude, tomé valentía, confiaba en mi potencial, esto es un trofeo de vida”. Como plantean Casabianca y Hirsch (1992) es de suma importancia en este modelo de terapia que el cambio se experimente y realice fuera de

la sesión.

Intervenciones principales:

- ✓ Reformulación y prescripción de recaída: “Acodarte que si bien lograste algo que en años no pudiste, el miedo va a estar acompañándote siempre. Ahora le ganaste vos”.
- ✓ Reformulación: “Hubo un conjunto de cosas que ayudaron; tu valentía, la pasión, tu novia; pero esto no quiere decir que la batalla haya terminado. Es más yo creo que vas a poder, por momentos te va a costar pero vas a poder”. A esto el P.I responde: “Si es verdad que el 31 (fin de año) me va a costar más porque es en mi barrio, pero yo ya sé que puedo”.
- La sesión número 20, se lleva a cabo una semana después de noche buena, y es la última sesión del tratamiento. El P.I cuenta que el 31 fue un día más, que la novia lo incitaba de forma disimulada para que se exponga. Acompañó a su novia a la casa a las 18hs y volvió por la calle, sabiendo que en el barrio de su casa hay muchos explosivos pero se preparó tranquilamente. Fue a las 21 a la casa de su abuela (antes iba más temprano a esconderse). Cenó en familia, y desde adentro se animó a ver los fuegos artificiales, pero tenía los tapones puestos. Dice lo siguiente:

“Fui yo a saludar, no vinieron ellos a saludarme al baño, estaba ahí con ellos”. “me di cuenta que tengo huevos porque AHORA ME ANIMO, TENGO VALENTÍA, YO DEMOSTRÉ QUE PUEDO”.

“Ahora te puedo decir que la navidad es algo lindo, aprendí una lección de vida. Soy el director de mi propia película, en realidad veo que todos se ganaron un Martin fierro, todos los que me ayudaron a salir de esto y mi novia fue el último empujón; no voy a bajar los brazos”.

“Me saqué el hábito de huir”.

Las intervenciones principales fueron:

- ✓ Reformulación: “Dejaste de ser el rey que iban a servir para ser un gladiador, y además tenés una doncella, tu motivación”. A lo que el P.I responde: “si ella es mi motivación, me dijo que tengo



- valentía, y yo me di cuenta que tengo huevos porque ahora me animo”.
- ✓ Reformulación: “Y tu fobia seguirá, esto no se termina acá, van a haber momentos donde te va a volver a pasar, siempre vas a ser fóbico, no va a ser fácil”. En respuesta a esto: “Si pero yo ya voy a tener la cabeza preparada, me banqué cosas peores”. “Pero yo ya cambié mi carta de presentación: yo era fóbico”.

Describir la evolución de la sintomatología fóbica y los cambios que presenta el paciente a lo largo del tratamiento y a la finalización del mismo.

En base a los objetivos respondidos anteriormente y a su desarrollo, se llega finalmente al último objetivo propuesto en este trabajo el cual es considerado como una forma de cierre del mismo. Es por este motivo que se pasará a continuación a presentar la evolución y los cambios que fue presentando el P.I, en el transcurso del tratamiento.

A partir de las declaraciones del P.I, y teniendo en cuenta lo registrado en la historia del P.I por la terapeuta, se entiende que el mismo refiere sentirse mejor en este momento del proceso (sesión número 2) que en el momento de realizada la admisión. Esto comienza a demostrar que las estrategias e intervenciones pensadas y aplicadas por la terapeuta comienzan a tener un efecto positivo en el paciente.

En la sesión número 5, el P.I comenta que vivió una situación donde había payasos y globos, pero él se tuvo que ir al auto porque tenía miedo a que explotaran, por lo tanto aquí se ve cómo es que el P.I sigue evitando el objeto fóbico. De todos modos unas sesiones después, más específicamente en la sesión número 7, se ve una pequeña evolución positiva con respecto a la evitación y se destaca un cambio de conducta donde frente a la situación temida en la cual habían explosivos en la escuela, el P.I, en lugar de salir corriendo y evitando sin pensar, logra darse un momento para razonar y decide tomarse el colectivo y no huir desesperado.

Con respecto a la sesión número 8, se presenta lo siguiente: aquí comenta el P.I, que el psiquiatra lo ve mejor y que él también lo considera de ese modo, además el psiquiatra le bajó la dosis de clonazepam y antidepresivos. Del mismo modo comentó que en una fiesta de scout había globos y que no se alteró demasiado y pudo hablar y decirles lo que le pasaba: “No me apuré para irme como en otras veces”. También refiere en la sesión número nueve una evolución positiva donde el P.I, sigue utilizando la misma modalidad para enfrentar el objeto temido, referida a tratar de no huir desde el primer momento. A esto se le suman las distintas tareas que la terapeuta le manda a realizar, las cuales apuestan a ir poco a poco conviviendo con el globo, lo cual ayuda al paciente a tolerar su presencia y bajar la ansiedad.

A través de estos comentarios y sucesos, se puede ir observando una evolución en la sintomatología que presenta el P.I y a su vez se van presentando cambios en su accionar con respecto a la fobia, ya que como lo declara aquí, es capaz ahora de empezar a enfrentar la situación de miedo y por lo menos dar el tiempo y lugar para razonarlo un poco más antes de evitar por completo la situación como lo hacía antes.

En la sesión número 10, se aprecia un cierto estancamiento por parte del paciente, ya que no pudo realizar una tarea encomendada por la terapeuta la cual estaba dirigida a realizar el ejercicio de relajación y al mismo tiempo explotar un globo que estuviera lejos. El P.I refiere: “Quería y no podía, no me siento más fuerte...”. De todas formas, por más de que existan momentos de estancamiento se ve una evolución positiva con respecto a la sintomatología y el cambio de conductas, es así que en la sesión número 13, el P.I comenta que estuvo mejor aunque hubo una fiesta en donde había un globo y le dio miedo cuando lo agarró un niño, de igual modo el niño lo terminó sacando.

Comenta a su vez que la tarea que realizó fue convivir con el globo todos los días hasta que se desinfló, en sus palabras refiere lo siguiente: “Convivía con el globo, al principio me costó, pero fui sintiendo confianza y menos miedo, lo llevaba de un ambiente a otro”. “Subí un escalón”.

Es en la sesión 14 y 15, que se registra un estancamiento en el proceso terapéutico ya que el paciente quiere dejar el tratamiento debido a que se presentaron situaciones en las cuales se encontraba el objeto fóbico y él no las pudo resolver y no pudo aplicar las técnicas aprendidas, esto le generó una gran angustia y frustración. Es por este motivo que en la sesión número 15 se recurre a una sesión de cámara y supervisión como se describió anteriormente, como resultado de la misma el paciente decide seguir adelante tratando de luchar contra su problema, esto se debió a las intervenciones realizadas en cámara por el supervisor del caso, las cuales generaron un efecto positivo y ayudaron para que el paciente vuelva a encontrar la motivación.

A partir de aquí y en las sesiones restantes se entiende que la sintomatología está siendo más controlada por el P.I y que cada vez logra con mayor éxito afrontar las situaciones amenazantes, consiguiendo de este modo poner en practica habilidades aprendidas y logrando así enfrentar esas situaciones. Por este motivo, se identifica una evolución positiva sobre la sintomatología, logrando de cierta forma controlar la ansiedad que generaban las situaciones fóbicas, planificando las posibilidades de exposición y además logrando afrontar esas situaciones donde aparece la fobia.

## **CAPÍTULO 6**

### **6. Conclusiones**

En el presente trabajo se expuso el caso de un adolescente con fobia a los globos y los ruidos explosivos. Con el mismo se pretendía desarrollar el proceso terapéutico llevado a cabo, el cual se basó en el modelo MRI. De todas formas es conveniente aclarar que en el proceso terapéutico, la terapeuta utilizó herramientas del modelo cognitivo conductual, fue por ese motivo que se expuso una breve reseña sobre este modelo. Este proceso se inició con la finalidad de mejorar la situación de ansiedad del P.I para de esta forma lograr repercusiones positivas para la vida del mismo, ya que consideraba que debido a esta problemática, se encontraba cada vez más evitando situaciones y limitándose. De

todas formas se tiene presente que el proceso fue iniciado a su vez por recomendación del psiquiatra. Esto se considera un punto importante ya que en el modelo del MRI, se investiga dónde está ubicada la motivación, debido a que sin motivación del P.I los resultados de tratamiento no tienen los mismos efectos favorables.

A su vez, en este proceso terapéutico se intentó desde un primer momento delimitar cual era el problema específico para el P.I, el cual se comentó anteriormente, y cuál era la meta a alcanzar. En base a eso se fueron planteando metas mínimas en forma de contrato entre terapeuta y P.I para luego llegar al objetivo final propuesto de antemano. Teniendo en cuenta esto, se entendió que la meta final estaba orientada a lograr que el P.I, en primer lugar enfrentara las situaciones temidas utilizando las herramientas aprendidas en el tratamiento, y en segundo lugar, que en las próximas fiestas navideñas pudiera pasar más tranquilo y más integrado a su familia, ya que en las fiestas anteriores se presentaba la situación contraria.

Al mismo tiempo, se realizó un diagnóstico teniendo en cuenta el circuito donde se refiere lo siguiente: miedo a los globos o ruidos explosivos- otros que ayudan a evitar- de esta forma el joven evita más- y se genera así más monto de miedo. Esta forma de diagnosticar en circuito, es propia del modelo trabajado aquí, y es así que se entiende como fundamental la investigación de conductas intentadas del sujeto para solucionar el problema, ya que el objetivo está puesto en quebrar ese circuito rígido que maneja el sujeto. Para esto es que se utilizan como mayor forma de intervención las reformulaciones debido a que son las que ayudan a cambiar la percepción y las conductas, las cuales se pudieron registrar en este caso y fueron descritas en el apartado “desarrollo”.

Además de la descripción del proceso terapéutico del caso como, objetivo general, en este trabajo se plantearon cuatro objetivos específicos a ser cumplidos. Los cuales refieren a describir la sintomatología fóbica del caso; describir la planificación de las estrategias terapéuticas que se llevaron a cabo en el tratamiento; describir las intervenciones que realizó la terapeuta en las sesiones

y por último describir la evolución de la sintomatología fóbica y los cambios que se presentaron a lo largo del tratamiento y finalización del mismo. Cada uno de estos focos, fue desarrollado y analizado sesión por sesión. En primer lugar se puede decir que la sintomatología fóbica fue descrita en base a como se presentó en este caso teniendo en cuenta lo explicado por el P.I, y a su vez fue sustentada de forma teórica. En segundo lugar, se describió y desarrolló la planificación de las estrategias terapéuticas teniendo en cuenta el material que se presentaba sesión a sesión (traído muchas veces por el P.I) y en base a ello se determinaba la ruta a seguir, planificando de este modo los puntos importantes en los cuales se debía seguir insistiendo y los puntos a evitar para avanzar en el proceso terapéutico de forma positiva. En tercer lugar se entiende que las intervenciones realizadas por la terapeuta en el presente caso, fueron descritas y desarrolladas, las cuales se sustentaron con el marco teórico presentado en su momento. Y por último, se pudo describir la evolución de la sintomatología y los cambios que presentaba el P.I con el correr de las sesiones, basándose aquí en los propios dichos del paciente, los cuales traía a colación en los distintos encuentros. En base a esto se puede concluir que a lo largo del trabajo se ha cumplido con los objetivos propuestos.

En cuanto a mi opinión personal con respecto al caso puedo decir que considero que la terapeuta realizó un muy buen trabajo debido a que fue muy específica en la definición del problema y en su postura referida a plantear la meta final y así mismo metas mínimas para alcanzar un objetivo. Esto es fundamental a la hora de trabajar con un modelo de terapia breve estratégica porque es la base del proceso ya que esto ayuda al paciente a saber en qué dirección va dirigido el tratamiento y sabe hasta donde se quiere llegar. Del mismo modo creo que las herramientas que utilizó fueron muy acertadas, en primer lugar porque respetó las intervenciones principales que presenta el modelo, entre ellas reformulaciones, sugerencias, prescripciones; y a su vez utilizó técnicas que ayudan a una exposición progresiva (técnicas de desensibilización) para trabajar sobre la fobia. Además, considero que fue muy oportuno de su parte evaluar en todo el proceso la motivación que tenía el P.I, y fue de este modo que en el momento que el

mismo presentó dudas por la continuidad del tratamiento, se lo respetó y se dejó que fuera él mismo el que decidiera si quería continuar o no con el proceso.

En su totalidad el proceso se realizó de forma exitosa, la terapeuta supo llevar el caso de una forma clara y precisa, y se lograron cumplir con las metas establecidas, más allá de esto, y estando en una posición de estudiante, es posible que desde una perspectiva personal se hubiesen hecho algunas cosas distintas a las realizadas por la terapeuta. Alguna de ellas se centra en la posición que se hubiese tomado con respecto a la evolución del proceso, donde se trataría de no estar en una posición que apoyara al cambio todo el tiempo, en muchas de las ocasiones se hubiese tratado de prescribir recaídas con mayor fuerza y mucho antes de lo que lo hizo la terapeuta. Por otro lado también se hubiese tratado de incluir en las técnicas de relajación la música jazz, ya que el mismo paciente refirió que era una música que lo relajaba, y teniendo en cuenta además que este tipo de técnicas le costaban al paciente realizar ya que le aburrían, es por esto motivo que se trataría de hacer la relajación más placentera para el paciente, utilizando sucesos de su interés

Por otro lado también se hubiese recalcado bastante las veces que el paciente no cumplía con las tareas, teniendo en cuenta que gran parte del trabajo terapéutico en este modelo consiste en la realización de tareas fuera de sesión ya que es en ese momento donde el P.I ensaya las herramientas y donde se llegan a producir los cambios.

A su vez se trataría de investigar y trabajar de forma más profunda en las soluciones ensayadas por el P.I para enfrentar su problemática, ya que es aquí donde se encuentra la clave para romper con la conducta circuito problemática que mantiene la rigidez. Además, se hubiese tratado de incluir más intervenciones que apunten a la utilización de anécdotas ya que en el momento que se utilizó este tipo de herramientas en la supervisión fue muy beneficioso para el P.I. Otra de las intervenciones que se hubiese tratado de incluir sería la técnica de la bola de cristal y la técnica de escribir, leer y quemar; la primera se hubiese utilizado en los momentos que el P.I se sentía muy mal y sin fuerzas, con la intención de poder

imaginarse un futuro mejor, y la segunda, se utilizaría en momentos donde el P.I se sintiera con muchos pensamientos negativos, sería una forma de ayudarlo a aliviar esa sensación. De todos modos el trabajo realizado por la terapeuta en mi opinión fue fantástico, solamente se hubiese tratado de aportar además de las utilizadas por la terapeuta, estrategias de este tipo.

Teniendo en cuenta las limitaciones del presente trabajo se considera que el hecho de no haber podido observar de forma directa el proceso, sino a través de registros en la historia clínica y solamente una filmación de video de una sesión, restringió la experiencia vivencial del caso concreto y a su vez, el desarrollo del trabajo, ya que siempre estuvo de por medio la visión y lo registrado por la terapeuta. El no poder observar al sujeto, a su vez, limitó la posibilidad de un desarrollo más prolongado del objetivo N°1 debido a que en el registro no había un buen caudal de información con respecto a ese tema; de todos modos, se entiende que desde la perspectiva del modelo utilizado, lo fundamental son las conductas que mantienen el circuito y no los síntomas concretos los que permiten crear un diagnóstico y la posibilidad de luego trabajar para lograr una mejoría del mismo. Del mismo modo, fue una limitación, el no poder entrevistar a la terapeuta para realizarle preguntas más específicas sobre el caso, y poder así, entender de forma completa su punto de vista sobre el mismo, como una manera de tener una visión más general de lo acontecido durante el proceso.

Otra de las limitaciones está inclinada sobre parte del marco teórico donde se expuso la relación de la fobia con el modelo MRI, en el cual se recolectó mucha de la información teórica proveniente de un mismo autor, más específicamente Nardone, ya que es quien desarrolla mucho esta temática. Además se considera una limitación, la dificultad personal para lograr una buena articulación del marco teórico con el material sobre el caso trabajado por la terapeuta, en donde la dificultad estuvo en tratar de realizar el trabajo de forma objetiva, dejando las opiniones personales para el apartado "Conclusiones". A su vez, otra de las limitaciones personales radica en la dificultad para manejar un lenguaje científico y en tercera persona y por último, se entiende como una dificultad la tarea del armado de la estructura del apartado "Desarrollo", debido a que llevó un gran

trabajo llegar a organizarlo y tomar la decisión de realizarlo de forma que se desarrolle objetivo por objetivo.

Respecto a la experiencia vivida en la pasantía, se puede decir que fue extremadamente beneficiosa para el aprendizaje personal, ya que se pudo tener un acercamiento mayor a la práctica que realiza un psicólogo, a su forma de desarrollar un proceso, a la experiencia de participar en equipos de supervisión con profesionales, además, el haber conocido el modelo MRI con más profundidad, abrió un camino a seguir ya que se pretende realizar un postgrado en base a esa teoría. A su vez, se conoció una forma de registro de tratamiento específica, organizada y que es considerada de mucha utilidad a la hora de llevar un proceso a cabo. En resumen fue una experiencia personal muy satisfactoria y beneficiosa tanto en lo personal como en lo académico.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2002) *DSM-IV-TR Breviario: Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson.

Bellock, A., Sandrin, B. & Ramos, F. (1995). Manual de psicopatología (Vol. 2 pp. 53-81). Madrid, España: Mc Graw-Hill.

Capafons Bonet, I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13(3), 447-452. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/467.pdf>.

Casabianca, R. & Hirsh, H. (1992). *Como equivocarse menos en terapia: un registro para el modelo m.r.i.* (2ºed.). Bs. As.: Gabas editorial y Asociados.

Ceberio, M. R. (1998). *Epistemología y psicoterapia: Hacia la construcción de un nuevo paradigma*. Recuperado el 24 de agosto de 2012 de [www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/20.pdf](http://www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/20.pdf).

Cia, Alfredo, H. (2003). *La ansiedad y sus trastornos: Ansiedad, Pánico, Fobias, Obsesiones, Estrés y Trauma*. Bs. As.: Polemos.

Fisch, R., Segal, L. & Weakland, J. H. (1988). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.

Haley, J (1980). Terapia no convencional: *Las técnicas psiquiátricas de Milton H.*

*Erickson. Bs. As.: Amorrortu editores.*

Haley, J. & Richeport-Haley, M. (2006). *El arte de la terapia estratégica* (1ª ed.) Barcelona: Paidós.

Hirsch, H. & Rosarios, H. (1987). *Estrategias Psicoteraputicas Institucionales: La organización del cambio*. Bs. As.: Nadir Editores.

Jaure. C. (2003). *Las fobias: Todo lo que necesito saber*. Buenos Aires: Imaginador.

Kaplan, H. & Sadock, B. (1999) *Sinopsis de Psiquiatría: Creencias de la conducta Psiquiátrica Clínica*. (8 ed.). Madrid: Medica Panamericana. Keeney, B. & Roos, J. (2007). *Construcción de terapias familiares sistémicas: "Espíritu" en la terapia*. España: Amorrortu.

Nardone, G. (1995). *Miedo, pánico, fobias: La terapia breve*. Barcelona: Herder.

Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso*. Recuperado de <http://ismseper.webcindario.com/wordpress/wp-content/uploads/W.-RISO.pdf>

Riveros, M. *Psicoterapia breve sistémica*. En Oblitas, G (2004). *¿Cómo hacer psicoterapia exitosa?: los 22 enfoques más importantes en la práctica psicoterapéutica contemporánea y de vanguardia*. (4ª ed.) Mexico: Psicom editores.

Recuperado de <http://grupohaxion.99k.org/uploads/terapia/Como-hacer-psicoterapia-exitosa-Luis-Oblitas.pdf#page=253>.

Rodríguez Sacristán, J. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente, tomo II* (2º ed.). Sevilla: Universidad de Sevilla.

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

Watzlawick , P. & Nardone, G. (2007). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.