

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE  
GUATEMALA  
Facultad de Ciencias Sociales

Eficacia clínica de la terapia cognitiva conductual en el tratamiento de pacientes  
guatemaltecos que padecen de ansiedad generalizada

Guatemala  
2005



Eficacia clínica de la terapia cognitiva conductual en el tratamiento de pacientes guatemaltecos que padecen de ansiedad generalizada

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE  
GUATEMALA  
Facultad de Ciencias Sociales

Eficacia clínica de la terapia cognitiva conductual en el tratamiento de pacientes  
guatemaltecos que padecen de ansiedad generalizada

Trabajo de investigación presentado por Elynore Estrada para optar al grado académico  
de Licenciada en Psicología

Guatemala, 2006

Vo.Bo.:

(f) \_\_\_\_\_  
(Nombre de Asesor)

Tribunal:

(f) \_\_\_\_\_  
(Nombre)

(f) \_\_\_\_\_  
(Nombre)

(f) \_\_\_\_\_  
(Nombre)

Fecha de aprobación:

# CONTENIDO

	Página
CONTENIDO .....	vi
LISTA DE TABLAS .....	vii
LISTA DE GRÁFICOS .....	viii
LISTA DE FIGURAS .....	ix
PREFACIO.....	x
RESUMEN .....	xi
Capítulos	
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	3
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	24
IV. METODOLOGÍA .....	31
V. RESULTADOS .....	38
VI. DISCUSIÓN .....	58
VII. CONCLUSIONES .....	62
VIII. RECOMENDACIONES .....	64
IX. LIMITACIONES .....	65
X. APRENDIZAJES DE LA EXPERIENCIA .....	66
XI. BIBLIOGRAFÍA .....	67
XII. APÉNDICE .....	76

## LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Resultados del inventario de ansiedad de Beck, Caso 1 ....	46
2. Resultados de escala clínica global de S.M. ....	47
3. Resultados del inventario de ansiedad de Beck-Caso 2 ....	56
4. Resultados de la escala clínica global de H. G. ....	56
5. Técnicas aplicadas en caso 1 .....	109
6. Técnicas aplicadas en caso 2 .....	122

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico		Página
1	Resultados del inventario de ansiedad de Beck de S.M. ....	47
2	Resultados inventario de ansiedad de Beck de H. G. ....	56

## LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1	Esquema cognitivo de la ansiedad .....	9
2	Genograma de S. M. ....	78
3	Genograma de H. G. ....	113

## **PREFACIO**

En este trabajo se refleja el conocimiento obtenido de años de estudio para obtener el título de psicóloga. Es en este espacio en el cual deseo agradecer a personas e instituciones que de una u otra forma han contribuido a mi formación profesional.

A Dios, por su guía, fidelidad, misericordia y bendiciones para conmigo.

A mi esposo, por su amor, ejemplo, entusiasmo y soporte incondicional para la culminación de mis estudios, y elaboración de esta investigación.

A mis hijos, por ser la motivación de mi vida.

A mi madre, por brindarme su amor y apoyo incondicional.

A mi hermana, Por su cariño y comprensión.

A mi tía, Emma Luz, por su ejemplo, entusiasmo y soporte para encaminarme al cumplimiento de mis metas.

Al doctor Emilio Quinto Barrera, por asesorarme sabiamente en la presente investigación.

A mis catedráticos, en especial a Pilar de Rodríguez y Claudia García de la Cadena por sus enseñanzas y amistad.

A la Universidad del Valle de Guatemala, centro de estudios superiores al cual debo mi formación profesional.

A mis amigas y compañeras de estudio, en especial a Anahí, Alejandra, Maria Mercedes, Ana Regina, y todas aquellas con las cuales compartimos momentos agradables, por su amistad y cariño.

A las participantes de esta investigación, ya que sin ellas este proyecto no hubiera sido posible llevarlo a cabo.

A todo lector de este trabajo, por fortalecerlo con la lectura del mismo.

## **RESUMEN**

La investigación que a continuación se presenta, aborda el tema de la eficacia de la terapia cognitiva conductual en el trastorno de ansiedad generalizada en población guatemalteca. Para la realización de este estudio participaron dos mujeres que fueron diagnosticadas con ansiedad generalizada y a las cuales se les brindó tratamiento psicoterapéutico utilizando técnicas cognitivas conductuales.

Para poder evaluar la eficacia de la terapia cognitiva conductual se utilizaron los cuestionarios de Impresión clínica global y el inventario de ansiedad de Beck. También se tomaron en cuenta reportes escritos por las personas participantes y observaciones realizadas por el investigador. Los resultados demostraron que la terapia cognitiva conductual es efectiva para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, debido a que permite a las personas conocer sus esquemas de pensamiento, reestructurarlos e implementar las técnicas aprendidas, evitando la dependencia al tratamiento psicoterapéutico. Así mismo, la terapia cognitivo conductual es rápida, sencilla y activa, pues promueve la interacción entre terapeuta y paciente, logrando modificar la percepción hacia la enfermedad y vida en general, de manera que consigue generar alternativas realistas y adaptativas para el estilo de vida de cada persona tratada.

Quienes deseen utilizar este tipo de terapia deberán estar familiarizados, en primer lugar, con aspectos relativos al trastorno de ansiedad generalizada y, en segundo lugar, con las técnicas cognitivas conductuales.

# I. INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo general, describir la eficacia de la terapia cognitiva conductual en el tratamiento de la ansiedad generalizada. A través de distintos estudios, la terapia cognitiva conductual ha demostrado ser un modelo efectivo y breve, que ofrece a los pacientes un alivio rápido y prolongado. Se basa en preceptos científicos, en teoría exhaustiva, posee un adecuado apoyo empírico de las principales hipótesis en que se funda la teoría, y está sistematizada, por lo tanto cuenta con estrategias para evaluar adecuadamente los efectos de las intervenciones (Quinto, E., 2002:3). Los sujetos de estudio fueron dos individuos, quienes a través de su caso particular representaron la muestra de ésta investigación. El análisis descriptivo documental, se llevó a cabo por medio de entrevistas, evaluaciones (Inventario de ansiedad de Beck y la escala de impresión clínica global), criterios de diagnóstico del DSM-IV, historia personal y observaciones. El proceso terapéutico se basó en la terapia cognitiva conductual, la cual postula que todos los trastornos emocionales pueden ser visualizados desde un perspectiva cognitiva, es decir cómo los pensamientos y creencias pueden tener influencia sobre la conducta, emociones y reacciones corporales de la persona, en el contexto de su historia propia (Quinto,E., 2002:7).

Es así como, los resultados de este estudio indicaron que la terapia cognitiva conductual es efectiva clínicamente para el tratamiento de pacientes guatemaltecos que padecen de trastorno de ansiedad generalizada, ya que ésta disminuyó en un promedio de 79% según datos comparativos entre los resultados del inventario de ansiedad de Beck, También los resultados de la escala de impresión clínica global, indicaron una mejoría de 2 puntos, situándose en el rango de mucho mejor.

A través de la descripción de procesos terapéuticos utilizados en el tratamiento de estos casos, se pretende aportar datos que puedan servir como línea basal para futuras investigaciones, tanto a estudiantes de psicología como a profesionales en el ramo, en beneficio de la salud mental de los guatemaltecos.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **Reseña histórica de la ansiedad generalizada**

#### **Previo al siglo XIX:**

Morel en 1866, nombró la ansiedad como emotiva.

Posteriormente en el renacimiento se le consideró como melancolía, en este período se le llamaba también neurosis.

Pinel, por su parte impuso la mentalidad de anatomoclínica y cambió el término de neurosis por lesiones funcionales.

#### **Siglo XIX:**

En este período la patología de ansiedad se comprendía bajo los aspectos patología, fisiopatología y anatomía.

En 1945, se elabora el concepto de reflejo, estimulación e inhibición. También la psicología pasa a ser ciencia positiva debido a los estudios de Comte.

Por otro lado, Wundt, transforma la forma de entender la experiencia interna y aborda las leyes dando origen a la psicología experimental.

En este siglo se descubre el estímulo y respuesta y surge el desarrollo del conductismo en donde Watson, considera la conducta observable como única fuente de conocimiento.

#### **Ansiedad en el siglo XIX:**

Ansiedad y angustia en este período son vistas como síntomas de neurastenia, melancolía y demencia.

Brissaud, por su parte, propone que la corteza cerebral es donde se origina la ansiedad crónica y que en el troncoencéfalo es donde inicia la ansiedad.

La angustia es conocida como la neurosis actual y como la neurastenia. Se inicia a categorizar un origen psicogenético.

### **Tratamiento para trastornos de ansiedad en el siglo XX:**

En este período se descubren los barbitúricos.

Se publica la primera versión del Manual DSM I, el cual clasifica la neurosis y se inicia a utilizar el término reacción (reacción fóbica, obsesiva, y ansiedad). Luego en el DSM II se adoptó la clasificación de la Organización Mundial de la Salud como ansiedad, histérica, obsesiva, depresiva hipocondriaca y de despersonalización.

Posteriormente en el CIE – 9 aparece el término de estado. Finalmente en 1980, en el DSM III se reagrupa y entra la categoría de trastornos ansiosos. Lo más novedoso del DSM-III fue diferenciar el trastorno por angustia frente a la ansiedad generalizada. (Rubio, 2000: 1 - 22)

### **Definición**

La ansiedad, puede ser entendida como un conjunto de manifestaciones de experiencias fisiológicas y expresivas, ante una situación o estímulo, que es evaluado por el individuo como potencialmente amenazante, aunque objetivamente pueda no resultar peligroso (Gil, 2001:1). Se habla de emociones para referirse a ciertas reacciones que se experimentan como una fuerte conmoción del estado de ánimo. Esta vivencia suele tener un marcado acento placentero o desagradable y va acompañada por la percepción de cambios orgánicos, a veces intensos. Al mismo tiempo, esta reacción puede reflejarse en expresiones faciales características, así como en otras conductas motoras observables. Por lo general, las emociones surgen como reacción a una situación concreta, aunque también puede provocarlas cierta información interna del propio individuo (Arcas, 1999:6). Según el modelo de Lang, las manifestaciones de ansiedad, de miedo, o de cualquier otra emoción se pueden observar a tres niveles diferentes (experiencia, cambios somáticos y conducta), pudiendo darse el caso de la falta de concordancia entre las manifestaciones observadas en los tres canales de respuesta (cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor), por lo que cabe pensar que cada canal obedece a un sistema conductual diferente. Nos encontraríamos así con tres sistemas de respuesta parcialmente independientes (Arcas, 1999:2).

Lo antes descrito considera a la ansiedad como una reacción normal de los seres humanos, que aparece en determinadas situaciones, dependiendo en buena medida de cómo interpreten los individuos dichos escenarios. Pero estas reacciones de ansiedad pueden llegar a ser patológicas en algunos casos, cuando la intensidad de la reacción es muy alta y desproporcionada a la amenaza que realmente presenta la situación. Según APA, Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes; se calcula que una de cada siete personas llegará a padecer alguno a lo largo de su vida.

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) (1992:176-177) es que la ansiedad es persistente y generalizada, que no está limitada ni predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular. Los síntomas son variables y frecuentemente hay quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones o vértigos. Es el trastorno de ansiedad más frecuente en atención primaria. Su prevalencia se sitúa en torno al cinco por ciento de la población general, es más frecuente dentro del sexo femenino (2:1) y su momento de aparición suele ser la edad adulta joven. Su curso suele ser variable, pero en general tiende a ser fluctuante y crónico, con fases de mejoría y empeoramiento que generalmente se relacionan con situaciones de estrés ambiental.

Pautas para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (CIE-10, 1992:174-175). El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- Aprehensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse acosado constantemente, dificultades de concentración etc.)
- Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse)
- Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.)

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas para el diagnóstico de episodio depresivo, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de pánico o trastorno obsesivo compulsivo.

El *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales*, en su edición de breviario (2000:215) describe el trastorno de ansiedad generalizada como un estado de preocupación excesiva, ansiedad y expectación aprehensiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades como el rendimiento laboral o escolar; que se prolonga más de seis meses. Dicho estado es difícil de controlar por la persona que lo padece y se asocia a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño (dificultades para mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador).

El DSM IV recalca el componente cognitivo desencadenante del trastorno, añadiendo al primer criterio (de ansiedad y preocupación excesivas a cerca de eventos de la vida cotidiana), un segundo criterio de incontrolabilidad de estas preocupaciones, y reduciendo la importancia de los componentes somático y motor en la definición de dicho trastorno (al requerir menos síntomas de este tipo para que el TAG pueda ser diagnosticado). El sujeto con TAG parece experimentar una ansiedad patológica casi constante y elevadísima, ante la gran mayoría de las situaciones con las que interactúa, por mínimas que éstas sean.

### **Etiología**

La ansiedad generalizada presenta factores biológicos como una reacción del sistema nervioso autónomo excesiva (simpático). También muestra un aumento en la liberación de catecolaminas (norepinefrina) y en los metabolitos de la norepinefrina (3 MHPG). Por otra parte, hay una disminución de la latencia del sueño REM y la etapa 4 (similar a la depresión). Se disminuye la GABA que causa hiperactividad del sistema nervioso central. Existe un aumento de la serotonina y dopamina las cuales se asocian con la ansiedad. Se puede visualizar una determinada hiperactividad en la corteza del lóbulo temporal y un

aumento de la actividad del locus ceruleus, centro de las neuronas noradrenérgicas en la ansiedad (Tratado de psiquiatría DSM-IV, 2000:570)

### **Curso y pronóstico**

Si el paciente padece de una patología crónica, los síntomas pueden llegar a disminuir conforme envejece, sin embargo con la evolución del tiempo, si no se es tratado el trastorno, el paciente puede desarrollar depresión secundaria (DSM-IV, 2000:446).

### **Modelo cognitivo conductual para la ansiedad generalizada (TAG)**

En los años 60 surgen los que se considera son los primeros modelos cognitivos de la emoción (Arcas, 1992:10), en los que se empieza a suponer que hace falta cierta actividad cognitiva (procesos de atribución de causalidad, o valoración de las consecuencias de la situación) para que se desarrolle una reacción emocional. Durante esta década comienza a desarrollarse el enfoque cognitivo de la psicología como un nuevo paradigma (Iruarrizaga, 1999: 1- 82). Desde los inicios de este nuevo modelo ha tenido un gran desarrollo el enfoque del procesamiento de la información que se asemeja con las computadoras, considera al ser humano como un sistema que procesa información, con una entrada y una salida, más una serie de procesos intermedios, principalmente de tipo cognitivo.

En los modelos cognitivos sobre la emoción se destaca que la emoción surge fundamentalmente como consecuencia de cierta actividad cognitiva y hace referencia a varios significados:

- A los procesos cognitivos de valoración, atribución, etiquetado, interpretación, etc., que el sujeto realiza sobre la situación, para dar un significado a la misma.
- A los contenidos cognitivos y sus representaciones en proposiciones, imágenes, esquemas.
- A las creencias, expectativas, valores, objetivos, etc., del individuo (disposiciones individuales que pueden influir en el procesamiento cognitivo).

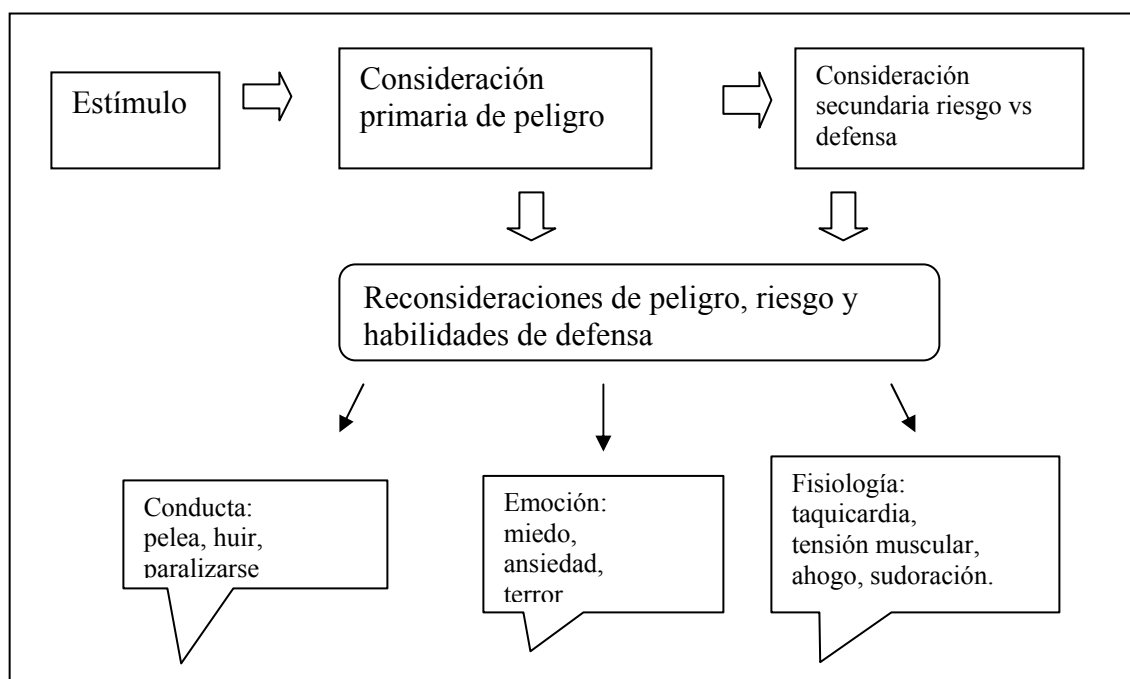
En el contexto de la influencia de la emoción en los procesos cognitivos, el término cognición hace referencia a memoria, juicios, razonamiento, toma de decisiones, etc. (la actividad cognitiva superior).

## **Esquemas**

Beck y Emery (1985:6) propusieron un modelo que relacionaba la depresión y la ansiedad con un sesgo cognitivo congruente con el estado emocional. Así, los sujetos ansiosos y depresivos poseerían esquemas cognitivos inadaptados de un modo latente, que constituirían una vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo de sus psicopatologías. Un esquema es un cuerpo almacenado de conocimientos que interactúa con la codificación, la comprensión y el recuerdo, de esta manera guía la atención, la interpretación y la memoria.

Los esquemas operan de modo que, desde un procesamiento dirigido por los datos, el sistema cognitivo busca el esquema que se acomode y estimula, una vez localizado, desde un procesamiento dirigido conceptualmente, la activación de este esquema y dirigirá la atención, la interpretación de los estímulos y su posterior recuerdo. Es fácil deducir que sólo recibirán procesamiento aquellos estímulos congruentes con el esquema. Los esquemas poseen, así mismo, una influencia organizacional sobre la nueva información, puesto que están estructurados de modo estereotípico. Sólo contienen información genérica y prototípica; de manera que las instancias específicas de los estímulos son procesadas según un prototipo semántico, el esquema tiene así la capacidad de proveer información suplementaria y resolver la ambigüedad de estímulos. Tienen, además, una naturaleza de carácter modular, de modo que la activación de una parte siempre lleva a la activación del todo. Según este modelo propuesto por Beck, la aparición de los cuadros ansioso y depresivo será consistente con la interacción entre este factor de vulnerabilidad cognitiva (constituido por los esquemas inadaptados) y formas específicas de estrés ambiental (Figura No.1).

**Figura 1: Esquema cognitivo de la ansiedad**



(Quinto, E., 2002:47)

En la Figura 1 se puede observar que las personas con vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos de ansiedad, dispondrán de una serie de esquemas relativos a la amenaza. En situaciones ansiógenas donde se encuentre implícita una evaluación social o un potencial de rechazo de otros, posibles críticas por la asunción de responsabilidades laborales o una pérdida del control ejercido sobre el ambiente, se desencadenaría el estado emocional ansioso.

Beck, y Clark (1997:49-58), establecen que la ansiedad tiene implicaciones en nivel de sesgos cognitivos en el procesamiento automático por lo que estudia una serie de procesos estratégicos que se ven también afectados. McNally (1995:747-454) afirma que toda tarea experimental se ve afectada, en diversos grados, por el procesamiento automático y por el estratégico; siendo prácticamente imposible encontrar una tarea que afecte a uno sólo de estos estadios de forma pura. Ejemplifica la interdependencia entre ambas fases del procesamiento de la información, alegando que las tareas automáticas

son susceptibles de hacerse conscientes como las controladas de adquirir automatismo con la práctica. Partiendo de estas consideraciones, Beck, y Clark (1997:49-58), defienden un modelo del procesamiento de la información en ansiedad, basado en la distinción de tres estados, afectados diferencialmente por un mayor o menor grado de intervención de los procesos automáticos y estratégicos:

**Estado uno de registro inicial:** Es la primera fase del procesamiento de la información caracterizada por un modo de orientación y representa el procesamiento automático por excelencia. La ansiedad produce un sesgo en este estado, que redundará en una excesiva orientación dirigida hacia la amenaza o el sesgo selectivo atencional.

**Estado dos de preparación inmediata:** Es la segunda fase del procesamiento definida por un modo principal, que aunque se corresponde con mecanismos cognitivos automáticos, también afecta en menor medida al procesamiento estratégico. Los estímulos ambientales son procesados y forman una serie de esquemas interrelacionados, a cerca de los patrones de respuesta de la ansiedad: cognitivos, fisiológicos y comportamentales. Estas respuestas se desencadenan automáticamente, con un valor adaptativo para la supervivencia. A nivel fisiológico, se incrementa el estado de alerta; se aprecian los esquemas ansiógenos que dirigirán el procesamiento hacia los aspectos internos y externos congruentes con ellos, de manera que el individuo atenderá selectivamente a los estímulos amenazantes del ambiente, dará interpretaciones amenazantes a los estímulos ambiguos y recuperación de la memoria que le brinda información relativa a la amenaza, de esta manera habrán patrones establecidos de respuesta, a los que llaman respuestas primarias, éstas son innatas más que aprendidas y requieren más habilidad y control. Los patrones más comunes de respuesta primaria son:

- Pelea: Búsqueda de protección por medio de una lucha defensiva.
- Huída: Alejarse rápidamente de un sitio para evitar un daño o peligro.
- Paralizarse: ocurre antes de actuar, proporciona tiempo para apreciar la situación antes de decidir qué estrategia utilizará.

- Desmayarse: Algo automático, una reacción atónica, ocurre cuando el individuo se encuentra falto de ayuda, está asociado con una reacción de colapso.
- Retraerse: Retroceder ante el peligro.
- Esquivar: Evadir algún objeto que viene hacia la persona.
- Aferrarse: Luchar por mantener un balance, prevenir una caída.
- Reflejos de supervivencia: Conducta biológica la cual es necesaria para adaptarse y sobrevivir.

Las cogniciones se caracterizan por sentimientos de irrealidad e hipervigilancia, bloqueos en el pensamiento y dificultades en la concentración, así como distorsiones cognitivas, imágenes amenazantes y pensamientos automáticos. Como consecuencia de la activación de estos procesos automáticos, el sujeto otorga un significado de amenaza a su entorno, que constituye su primer análisis semántico y consciente. Producto de él, son toda una serie de pensamientos automáticos, de contenido amenazante, susceptibles de hacerse conscientes. De esta forma, este estado quedaría caracterizado por un procesamiento automático prioritario, y una serie de procesos estratégicos emergentes que se derivan de asignar a la estimulación ambiental un significado de amenaza o daño potencial.

**Estado tres de elaboración secundaria:** Desde este estado, el sujeto, evalúa la situación ansiógena, en su contexto, apareciendo dos tipos de cogniciones: la preocupación, en torno a los sucesos desencadenantes de la ansiedad y la valoración de las señales de seguridad disponibles, frente a la amenaza. La preocupación, tal y como es definida por Schuts et. al. (2000:705-715) constituye una respuesta adaptativa, caracterizada por la búsqueda de solución a un problema; en el caso de los trastornos de ansiedad, se vuelve excesiva e incontrolable, anticipando comportamientos disfuncionales, que redundan en un incremento de la ansiedad. La valoración de las señales de seguridad depende, según Rachman (2001:164-171), de la probabilidad percibida de que un suceso amenazante ocurra y las estrategias de afrontamiento, que el sujeto cree disponer, para resolver la situación. En este sentido, los ansiosos se

caracterizan por sobrestimar la probabilidad de que un evento dañino suceda y subestimar sus capacidades de afrontamiento.

La ansiedad se explica, entonces, desde la conjunción de los estados segundo y tercero. La prevalencia del estado dos sobre el tres desencadena un incremento de la ansiedad al fallar los procesos estratégicos y no producirse una revaloración más realista de la situación; aunque en ocasiones también puede hacer descender la ansiedad si el sujeto opta por una respuesta de evitación o escape. La preponderancia del estado tres sobre el dos puede disminuir los niveles de ansiedad, desde la consideración de una baja probabilidad de aparición de la amenaza y un alto grado de capacidad de afrontamiento.

Este hecho tiene importantes implicaciones en el tratamiento. Al activar el modelo cognitivo conductual, mediante terapias cognitivas, se desactivaría el modo principal automático. De esta manera, disminuiría la ansiedad, al producir un sesgo positivo de interpretación de la realidad, reductor de las preocupaciones y potenciador de las señales de seguridad.

### **Temores en la ansiedad generalizada**

Utilizando el análisis de la terapia cognitiva, el terapeuta es capaz de establecer que la ansiedad no es difusa, que está relacionada con miedos específicos. En el caso de este trastorno en específico el miedo se presenta en situaciones heterogéneas. El miedo puede estar presente aún cuando la persona no se encuentra en situaciones amenazantes, se pueden entender como miedo a consecuencias. Por ejemplo: miedo a morir, al rechazo, o ser atacado. Algunas situaciones de temor, están relacionadas con traumas psicológicos. Otros miedos son relacionados con la posibilidad de perder control, no ser capaces, o presentar alguna enfermedad crónica.

Los pacientes de TAG presentan miedos como: daño físico, enfermedad o muerte, también temor por padecer enfermedades mentales, incapacidad mental o la pérdida de control. Además le temen al rechazo, depreciación y al dominio (Beck y Emery 1985: 167-189).

### **Nivel de los temores en la ansiedad generalizada**

El miedo es para el ser humano potencialmente dañino y depende del lugar y el evento. Un miedo específico puede formularse en tres diferentes niveles o puntos: 1. Temor a un lugar específico, situación, objeto o evento. 2. Miedo a vivir una sensación desagradable, no placentera (ansiedad, pánico, vergüenza, daño físico, etc.) 3. miedo a vivir una consecuencia desagradable debido a estar en un lugar desagradable o experimentar un sentimiento no placentero. Los primeros dos temores son llamados proximales representan temor a un lugar u objeto y el tercero está relacionado con el temor a los síntomas (ansiedad). Estos tres tipos de temores provienen de los mismos componentes y procesos y tienen una relación lógica. Estos miedos deben ser analizados como una función de mecanismos de sobre vivencia.

### **Antecedentes de la terapia cognitiva conductual en ansiedad generalizada**

Existen metaanálisis (revisión estadística de muchas pruebas sobre la misma hipótesis, con el fin de establecer la magnitud de la validez de réplica, y para producir revisiones objetivas de los resultados en áreas centrales) que demuestra que la terapia cognitiva es superior al tratamiento placebo en pacientes neuróticos (Andrews y Harvey, 1992), por otro lado hay evidencias sobre la eficacia independientes para cada trastorno mental. Dobson (1992 en Escobedo 2003:30) recolectó 28 estudios de terapia cognitiva de Beck para la depresión, encontrando que esta técnica era dos desviaciones estándar superior a la ausencia de tratamiento y media desviación estándar mejor que otros tratamientos.

Es así como dicha terapia puede considerarse como una alternativa importante. Estudios recientes demuestran su eficacia en el tratamiento de múltiples trastornos de ansiedad, principalmente el de ansiedad generalizada (Olivares, 2002:536). Lars-Go-Éran (2003:1) cita un estudio realizado, en el cual analizaron terapias no estructuradas versus la terapia cognitiva con técnicas de relajación. Tuvo una duración de 16 sesiones

en un período de seis semanas; y se concluyó que este tipo de terapia es más efectivo que las terapias que no son estructuradas. En otro estudio revisado por los mismos autores (Lars-GoEran, 2003:3) se concluyó que la terapia cognitiva sin componentes conductuales logra mejores resultados que la terapia conductual. Otra investigación realizada por Capafons y Barlow (2005:67-76), menciona que la terapia cognitiva es más efectiva que la relajación, lo que confirman White, Keenan y Brooks (1992:86-97). Se ha demostrado que la terapia cognitiva conductual (terapia que combina la terapia cognitiva con técnicas conductuales) es igual de eficiente que un entrenamiento dirigido, la utilización de técnicas de relajación y una terapia de soporte en una muestra de personas adultas mayores (Lars-GoEran, 2003:3). La terapia cognitiva es mejor que la terapia conductual según Borkovec y Costello, (1993:210). En un estudio donde se analizó la eficacia de la terapia cognitiva conductual en el trastorno de ansiedad en una población de adolescentes, se confirmó la eficacia de la terapia, produciendo un descenso en los síntomas de ansiedad en los grupos estudiados Orgilés, et. al. (2003:202). Dos estudios en los cuales comparaban el Diazepam con la terapia cognitiva, realizada por Power *et. al.* (1989 en Lars-GoEran, 2003:3), encontraron que es igual de efectiva que el Diazepam y mejor que el placebo, mientras que el Diazepam no difiere del placebo. La terapia cognitiva parece ser el tratamiento de elección en el trastorno de ansiedad generalizada Hunt et. al. (1994 en Andrews, 1993:447-451), en los trastornos obsesivo compulsivos Christensen, et. al. (1993:447-451) y en la fobia social Mattick, Peters y Clarke, (1989: 3-23) y se ha establecido su superioridad sobre otros tratamientos alternativos creíbles. En otros trastornos también se puede observar claramente la eficacia de la terapia cognitiva: Robinson, Berman y Nemeyer (1990 en Andrews, 1993: 447-451), en un estudio más amplio, referían que la terapia cognitiva era media desviación estándar mejor que las terapias verbales, que a su vez no superaban al placebo. A partir del estudio multicéntrico sobre la depresión (Andrews, 1993:447-451) se ha calculado que los pacientes en manejo clínico más placebo (lo que constituye la condición placebo) mejoraban en dos desviaciones estándar, mientras que las terapias, que en su mayor parte eran terapia cognitiva, añadían una mejoría de 0.3 desviaciones estándar. Como dijo Gelder (1991:167-175), <<...estos tratamientos son

una ayuda particularmente eficaz para los pacientes que no pueden, o no quieren, tomar fármacos>>.

Según menciona Andrews (1993, 447:451) <<... los trabajos pioneros de Marks han dado como resultado que las terapias cognitivas tienen mucho que ofrecer a los pacientes con trastornos fóbicos>>. Dos estudios recientes demuestran también el poder de estos tratamientos en los cuadros de pánico y agorafobia. Klosko et. al. (1994:163-179) informaron que 23 de sus 25 pacientes estaban libres de ataques de pánico espontáneos al final del tratamiento. Mattick, Peters y Clarke (1989:3-23) publicaron una revisión metaanalítica del tratamiento del pánico y la agorafobia. En este análisis identificaron cambios concomitantes en la vulnerabilidad de la personalidad, una mejora en la capacidad de manejo de crisis y reducción en la propensión a recaídas. Se han desarrollado modelos etiológicos basados en hallazgos empíricos donde se pueden identificar tratamientos clásicos, y se ha demostrado que la mejoría persiste muchos años después de la conclusión del tratamiento (Andrews, 1993:447-451).

Las intervenciones conductuales familiares reducen la tasa de reingreso en la esquizofrenia, y la terapia cognitiva parece prometedora en el manejo de las dificultades maritales, sexuales y en la bulimia, Andrews (1993:447-451).

### **Antecedentes con pacientes guatemaltecos**

En un estudio exploratorio realizado en mayo del 2002 por el Dr. Emilio Quinto, presentado en el Congreso De Psiquiatría en agosto, 2005, en el cual participaron ocho pacientes diagnosticadas con TAG, con un puntaje inicial en el inventario de ansiedad de Beck (BAI) de 26 puntos. Con un promedio de siete semanas de tratamiento psiquiátrico, en el cual se utilizó la terapia cognitiva conductual, se logró disminuir la ansiedad a una media de 11 puntos, según el BAI final. Así mismo, el mismo autor, realizó un análisis de datos en el *Centro de Terapia Cognitiva* en el 2006, en el que se incluyeron los resultados de los procesos psiquiátricos de 35 pacientes con una edad media de 37 años. La muestra se conformó por 21 mujeres y 14 hombres, los que

presentaron un media de 25 puntos en el BAI basal, lo que indicó un grado moderado de TAG. Cada paciente asistió a un promedio de 10 sesiones. Después del tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, se logró reducir la ansiedad a una media de 7 puntos. Esto indica que presentan una ansiedad mínima según el BAI final y 2 puntos según la escala clínica de impresión global (CGI) representando éste dato una mejoría. Sin embargo, en Guatemala no existen estudios previos de la eficacia de la terapia cognitiva en pacientes guatemaltecos diagnosticados con TAG en proceso terapéutico sin la administración de fármacos.

### **Terapia cognitiva conductual en la ansiedad generalizada**

La terapia cognitivo conductual (TCC) se caracteriza por evaluar la forma en que se interpretan y se enfrentan diversos síntomas. El principio general de esta terapia es que las dificultades emocionales y conductuales surgen de procesos de pensamiento desadaptativo (Cullari, 2001:150). De acuerdo con Beck (1985:305), la terapia debe planificarse a la medida de cada individuo varía según la índole de las dificultades, los objetivos, la capacidad del paciente para establecer un vínculo terapéutico sólido, su motivación para el cambio, su experiencia previa en terapia y sus preferencias. Con base en la investigación realizada, se planificaron los elementos que debían ser tomados en cuenta para la implementación de la TCC en TAG.

#### **Objetivos de la terapia**

En el trastorno de ansiedad generalizada existe un desbalance en los procesos de pensamiento, detallado con anterioridad, cuyo origen de la fuente de la ansiedad es desconocida, es así como el terapeuta realiza una exploración detallada del paciente. El tratamiento debe ir dirigido a descubrir las situaciones que generan la ansiedad (Beck y Emery, 1985:232). Establecimiento de temores mediante un análisis cognitivo (BAI). Estos temores pueden ser activados aunque no exista una situación de amenaza. Beck, Laude y Bohnert (1974:319-325) encontraron que pacientes diagnosticados de ansiedad generalizada tienen ideaciones, imágenes y pensamientos automáticos, que los asechan

constantemente, por ejemplo: daño físico, enfermedad, miedo, enfermedad mental, impedimento psicológico o miedo a la pérdida de control, al fracaso y al rechazo. El 70% de los pacientes diagnosticados con ansiedad generalizada tienen temores en tres de las mencionadas áreas. Hibbert (1984:618-624) encontró que la mayoría de sus pacientes tenían un miedo central. Las situaciones que producen ansiedad en el trastorno de ansiedad generalizada no son fáciles de evadir para el paciente. Otro de los objetivos principales de dicha terapia debe ir encaminado a reconocer las ideaciones, imágenes y pensamientos automáticos que afectan constantemente a la persona. Por otra parte, los pacientes que padecen de ansiedad generalizada tienen problemas en el dominio de las relaciones interpersonales, debido a que se creen criticados y evaluados continuamente. Además piensan que harán el ridículo o que no llenarán las expectativas que esperan de ellos, también les produce ansiedad la pérdida de control en una determinada situación, ocupando este temor un 70% de los casos reportados en el *Centro de Terapia Cognitiva*. Un miedo específico puede formularse en tres diferentes niveles:

- Miedo a un lugar específico, situación, objeto o evento.
- Miedo a tener una sensación no placentera (ansiedad, pánico, vergüenza, daño físico, paralizarse).
- Miedo a estar en un lugar específico y tener una sensación desagradable.

Los dos primeros miedos (al lugar y a la sensación no placentera) son etiquetados como proximales ya que el síntoma de la ansiedad aparece en la medida que la persona se acerca a un determinado lugar, la consecuencia que se piensa que se tendrá será entonces el miedo final. Es así como otro objetivo de la terapia cognitiva es comprobar si la situación que el paciente percibe como peligrosa, es realmente amenazante, esto se logra a través de un cuestionamiento dirigido y aplicación de diferentes técnicas. Se espera que el individuo después de asistir al tratamiento con un mínimo de 4 sesiones y un máximo de 16, sea capaz de reestructurar los patrones de ideas negativas por medio de entrenamiento en técnicas de autocontrol, además de enseñar estrategias de solución de problemas y habilidades sociales, incluyendo la asertividad (Portillo, 2004:5).

## **Principios**

Las estrategias y técnicas permiten al paciente que sea participe activo en el tratamiento, permitiéndole control, dominio y responsabilidad en el cambio de su comportamiento, así como lo ayuda en la toma de decisiones concernientes a los objetivos planteados en la terapia (Knell, 1996:28-33). Los principios que Beck (1985 en Quinto 2002:13) delineó son los siguientes:

- La terapia cognitiva está basada en el modelo cognitivo de desórdenes emocionales.
- La terapia cognitiva es breve y con un tiempo establecido
- Se basa en la relación entre paciente y terapeuta
- Es un esfuerzo de paciente y terapeuta
- La terapia cognitiva usa primeramente el método Socrático (preguntas y respuestas)
- La terapia cognitiva es estructurada y directa
- La terapia cognitiva está orientada a la resolución del problema
- La terapia cognitiva está basada en un modelo educativo
- La terapia cognitiva confía en métodos educativos
- Las tareas son la base central del modelo cognitivo

## **Estructura terapéutica**

La TCC es una terapia, como ya se mencionó con anterioridad, estructurada, limitada en el tiempo, orientada al problema y es un acercamiento terapéutico educativo que facilita el cambio. Se basa en el hecho de que el aprendizaje juega un papel central en el mantenimiento del comportamiento (Graham, 1996). Para una sesión con un paciente que padezca de TAG, Quinto, E., sugiere en el *Manual de Terapia Cognitiva* (2002:49) la siguiente estructura y limitación de tiempo:

- Chequeo del ánimo, ansiedad o los síntomas. Es recomendable utilizar escalas objetivas o validadas, el autor recomienda las escalas de Beck de ansiedad (Quinto, 2002: 21).
- Establecer la agenda. Con los puntos más importantes en la reunión. En las primeras sesiones el terapeuta tomará la iniciativa y promoverá que el paciente

proponga temas; en las sesiones posteriores se espera una participación más activa del paciente en la elaboración de la agenda.

- Recordar la sesión previa. Los puntos de la agenda, las tareas, las escalas objetivas.
- Discusión de los puntos de la agenda.
- Tareas asignadas. Para ser llevadas a cabo por el paciente previo a la próxima reunión y que van relacionados con los puntos de la agenda.
- Resumen. De los puntos tratados en la agenda, las tareas a realizar, en fin de toda la sesión, para no dejar nada al aire.
- Retroalimentación de parte del paciente. Acerca de lo tratado y inquietudes personales.

### **Tiempo**

División de sesión según Quinto, E., (2002:49)

Primera parte se realizan los puntos un al tres.

Segunda parte el punto cuatro.

Tercera parte y final, los puntos cinco al siete.

Sesiones terapéuticas de 45 minutos, dividiéndolas en tres partes de 15 minutos;

Sesión de una hora, se dividirá el tiempo en tres partes de 20 minutos.

### **Técnicas**

TCC cuenta con varias técnicas que se utilizan en el transcurso de la terapia, con el fin de proporcionar al paciente herramientas que le ayudarán al reconocimiento de sus áreas débiles y al autocontrol. De acuerdo con Beck (1985:305), la terapia cognitiva no se define por el tipo de técnicas utilizadas por el terapeuta mas bien, por su plan de trabajo, la intervención terapéutica se esquematiza de acuerdo a una formulación y conceptualización. Es así como un terapeuta cognitivo conductual cuenta con variedad de técnicas, las cuales puede utilizar según la necesidad del paciente. Las técnicas utilizadas en TAG son las siguientes:

### **Técnicas conductuales**

Metas conductuales: Conductas que el paciente desea modificar, se establece conducta y horario.

- Exposición: Confrontar un estímulo temido.
- Jerarquía de estímulos / respuestas: Listado de objetos o situaciones más temidas para ser utilizadas en la exposición.
- Modelamiento: Terapeuta demuestra la respuesta deseada.
- Imitación: El paciente imita las respuestas del terapeuta.
- Practicas de conducta: Se practica en sesión la conducta que el paciente deberá implementar en determinada situación de su vida cotidiana.
- Entrenamiento en relajación: Relajación de grupos musculares en secuencia, imaginar lugares relajantes, respiraciones lentas.
- Agenda de actividades: Listado de actividades diarias y calificarlas con base del placer, control, ansiedad, tristeza, temor y otros sentimientos o sensaciones.
- Actividades graduadas: Planificación de actividades que produzcan placer o control.
- Entrenamiento en asertividad: Instrucciones de cómo realizar peticiones legítimas para aumentar el placer o la autoestima.
- Entrenamiento de comunicación: Entrenamiento basado en la comunicación asertiva.
- Entrenamiento en escuchar: Énfasis en la utilización de preguntas, repeticiones o parafraseo, especificar y validar.
- Auto – recompensa: Reforzamientos concretos con uno mismo para aumentar conductas deseadas.

### **Técnicas cognitivas**

- Identificar pensamientos negativos: El paciente reconoce los pensamientos que están asociados con la ansiedad e ira.
- Estimar las emociones: Identificar los sentimientos negativos y luego calificar de 0 a 100 qué tan ansioso se sentía.
- Categorizar el pensamiento negativo: El paciente clasifica el pensamiento de acorde a la distorsión cognitiva ejemplificada por el pensamiento.

- Descenso vertical: Que el paciente reconozca qué significaría para él / ella si el pensamiento fuera real, realización de preguntas como: ¿Qué significaría para usted?, ¿Por qué sería un problema?, ¿Qué pasaría?, etc.
- Identificación de la presunción: Examina las distorsiones del paciente (si no trabajo, no soy productiva).
- Costos y beneficios: Listado de ventajas y desventajas. Cada categoría debe ser calificada con 100 puntos.
- Identificación de la evidencia: Listado de la evidencia que apoya y refuta el pensamiento.
- Colocar el evento / situación en perspectiva: Examinar el evento, evaluarlo del 0 – 100 y realización de preguntas como: ¿Qué pasaría si el evento ocurre?, ¿Qué consecuencia traería?, ¿Qué solución podría encontrar?
- Estándar doble: Que el paciente reconozca si aplica los mismos estándares de exigencia, temor, debilidad, etc. con otras personas.
- Contrarrestar el pensamiento: Terapeuta y paciente interpretan roles en los cuales al paciente se le solicita que argumente en contra de su mismo pensamiento negativo.
- Análisis funcional o lógico: Identificación de distorsiones (si mi hija convulsiona, la familia es considerada como anormal).
- Falta de información: Verificar si el paciente cuenta con la información necesaria para identificar su sintomatología asociada a sus distorsiones.
- Explicación alterna: Examinar nuevas alternativas y sus consecuencias, centrándose en resultados positivos.
- Resolución de problemas: Determinar el problema, metas, medios, información, habilidades y acciones para la resolución de determinada situación que provoque que la ansiedad se eleve.
- Aceptación: Enseñanza para que el paciente comprenda que puede aceptar determinada situación, en lugar de tratar de cambiarla o luchar contra ella.

(Quinto, E. 2002:14-19)

### **Elementos principales de las sesiones**

De acuerdo con el *Manual de Terapia Cognitiva* (Quinto, E., 2002:47) en una TCC deben seguirse los siguientes pasos:

- Identificación de la ansiedad generalizada.
- Conceptualización cognitiva del problema (incluyendo como mínimo el diagrama y los grados de sociotropía y autonomía del paciente).
- Primera sesión: establecer metas, agenda y el desarrollo del vínculo terapeuta - paciente. Es importante que se establezca desde el primer contacto con el paciente una alianza entre él y el terapeuta, transmitiendo confianza, estímulo e interés sincero. Además debe manifestarse la aceptación y apoyo incondicional hacia el individuo, haciéndole saber que la relación es profesional y confidencial.
- Familiarizar al paciente en el modelo cognitivo.
- Educar acerca de la ansiedad.
- Introducir el concepto de evaluar y probar los pensamientos.
- Identificación de distorsiones cognitivas.
- Entrenar al paciente a dominar las imágenes ansiogénicas.
- Resolución de problemas.
- Técnicas conductuales.
- Identificar y modificar presunciones o creencias nucleares.

Las investigaciones demuestran que entre más frecuentemente los pacientes utilicen las destrezas aprendidas en terapia cognitiva, más prometedor será el incremento de su capacidad para utilizarlas. Además, el uso de éstas está asociado con grandes beneficios en la forma de reducir síntomas y un mejor funcionamiento en general (Butler, 1991:10).

### **Modelo para el orden de las sesiones**

De la primera a la tercera sesión:

Explicación del modelo cognitivo de la ansiedad, utilización de ejemplos propios, enseñanza de una técnica de relajación.

De la cuarta a la sexta sesión:

Identificación de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas más frecuentes en la ansiedad, introducción para poner a prueba los pensamientos automáticos a través de las respuestas alternas. Enseñanza de otras técnicas de relajación. Uso de tabla de pensamientos disfuncionales.

De la séptima a la octava sesión:

Ejercicios de respuestas alternas como la prueba de la realidad, prueba de continuo, autodistanciamiento.

De la novena a la doceava sesión:

Uso de técnicas de imaginación.

De la décimo tercera a la décimo quinta sesión:

Técnicas de resolución de problemas, introducción al papel de las creencias nucleares y reglas. Técnica del descenso vertical.

De la decimosexta a la veinteava sesión:

Modificación de creencias nucleares. Fin de la terapia y sesiones de retroalimentación.

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En Guatemala se incrementa cada día la violencia. Según el *Boletín del Grupo de Apoyo Mutuo* de noviembre del 2004 en su número 2, indica que de enero a junio del 2003, se contabilizaron 1,396 violaciones a los Derechos Humanos.

Por otro lado, un análisis realizado por la Misión Internacional de las Naciones Unidas en Guatemala el 6 de junio del 2002 sobre el salario mínimo en el país, hace referencia a que éste apenas cubre la canasta básica alimenticia, y es insuficiente para la canasta básica vital, que incluye el acceso a la educación, vivienda, vestuario y diversión, entre otros aspectos. Estos datos muestran que los guatemaltecos son una población propensa a sufrir de ansiedad. Muchas son las personas que se consideran ansiosas o nerviosas de toda la vida y no visualizan la importancia a su padecimiento. Si el entorno con el cual la persona convive padece de ansiedad alta, le será difícil reconocer si padece de ansiedad generalizada, y no dará importancia a su sintomatología.

De no ser tratado este trastorno, sus síntomas se agudizaran, se marcará notablemente un incremento a la importancia de valores y la incidencia de los mecanismos de defensa (Beck, A. 1985:5). Por eso, la psicología juega un papel importante en el tratamiento de este tipo de patología. Es importante demostrar la eficacia de una terapia rápida que varía entre 4 a 16 sesiones y que al mismo tiempo sea una oportunidad de corregir una patología a un costo bajo, ya que no se incluye el uso de psicofármacos.

Solamente existe un estudio previo de pacientes guatemaltecos tratados con terapia cognitiva conductual (arriba expuesto), siendo este tipo de terapia una buena alternativa para el tratamiento de la ansiedad generalizada. Se cuenta con manuales de tratamiento que pueden manejarse si se es un profesional entrenado y programas de tratamiento

específicos (Goldfried , Linehan y Smith, 1978:32-39). Además, son pocos los terapeutas que utilizan la corriente cognitiva como modelo psicoterapéutico en Guatemala (Quinto, E. 2002:4).

## **Planificación de la investigación**

El estudio tuvo como propósito tratar con terapia cognitivo conductual a dos pacientes diagnosticados con ansiedad generalizada. Al dar el participante su consentimiento a participar en el estudio, se dio inicio a las sesiones de forma individual. Se concluyeron las mismas según la evolución de la terapia de cada paciente, tomando en cuenta las siguientes limitantes: un mínimo de cuatro sesiones y un máximo de 16.

## **1. Objetivos del estudio**

### **1.1 Generales**

Comprobar la eficacia clínica de la terapia cognitiva conductual (TCC) en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en Guatemala.

### **1.2 Específicos**

- Establecer una base datos de pacientes guatemaltecos, relacionada con la eficacia clínica de TCC en el tratamiento de TAG.
- Describir el proceso de la terapia
- Describir la disminución de punteos en la escala de ansiedad de Beck, y en la escala de impresión clínica global.
- Describir disminución de sintomatología de la ansiedad generalizada
- Describir la disminución de la intensidad de los ataques de ansiedad generalizada.

## **2. Hipótesis**

Hi:

La terapia cognitiva para la ansiedad generalizada puede lograr una remisión total o recuperación del 75% en las escalas clínicas y en la cantidad de sesiones establecidas por dicha terapia.

Ho:

La terapia cognitiva para la ansiedad generalizada no puede lograr una remisión total o recuperación del 75% en las escalas clínicas y en la cantidad de sesiones establecidas por dicha terapia.

## **3. Elementos de estudio**

- Terapia cognitiva para la ansiedad generalizada.
- Variación en punteos de las escalas clínicas de ansiedad de Beck.
- Variación en punteos de la escala de impresión clínica global.
- Variación en intensidad y cantidad de ataques de ansiedad generalizada.

## **4. Definición de los elementos de estudio**

### **4.1 Variable conceptual**

#### **Terapia cognitiva**

Terapia que pretende identificar los pensamientos negativos más frecuentes que incrementan la ansiedad del paciente. Trata de entender los trastornos emocionales desde una perspectiva cognitiva (cómo los pensamientos y creencias pueden tener influencia sobre la conducta, emociones y reacciones corporales de la persona, en el contexto de su propia historia) (Quinto, E., 2002:11).

### **Ansiedad generalizada**

Se describe el trastorno de ansiedad generalizada como un estado de preocupación excesiva, ansiedad y expectación aprehensiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades como el rendimiento laboral o escolar; que se prolonga más de 6 meses. Dicho estado es difícil de controlar por la persona que lo padece y se asocia a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño (dificultades para mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador).

El DSM IV recalca el componente cognitivo desencadenante del trastorno, añadiendo al primer criterio (de ansiedad y preocupación excesivas a cerca de eventos de la vida cotidiana), un segundo criterio de incontrolabilidad de estas preocupaciones, y reduciendo la importancia de los componentes somático y motor en la definición de dicho trastorno (al requerir menos síntomas de este tipo para que el TAG pueda ser diagnosticado).

El sujeto con TAG parece experimentar una ansiedad patológica casi constante y elevadísima, ante la gran mayoría de las situaciones con las que interactúa, por mínimas que éstas sean (Breviario DSM IV, 2000:215).

### **Eficacia**

Entender el término <eficacia> como la facultad para lograr un efecto de disminuir de un 75% del punto inicial BAI o no menos de 3 puntos en la escala de CGI, lo que denota mejoría. Una terapia estructurada donde el terapeuta es activo que enseña directamente habilidades de defensa y adaptación. Terapia breve y mejor tolerada. Es apoyada por estudios de poblaciones grandes, controlados, replicados y estandarizados (Quinto, E. 2002:3).

## 4.2 Variables operacionales

**Terapia cognitiva:** Se aplicó el modelo de Beck conocido como terapia cognitiva reestructurativa para la ansiedad generalizada.

### **Variación en punteos de escalas clínicas de ansiedad de Beck:**

- Puntuaciones entre 0 y 7 indican ausencia o presencia mínima de ansiedad.
- Puntuaciones entre 8 y 15 indican un tipo de ansiedad media.
- Puntuaciones entre 16 y 25 indican un tipo de ansiedad moderada.
- Puntuaciones entre 26 y 63 indican una ansiedad grave.

### **Variación en punteos de escala de impresión clínica global**

En el ítem que mide gravedad de la enfermedad

- Puntuación de 0 indica no evaluado
- Puntuación de 1 indica normal o no enfermo
- Puntuación de 2 indica dudosamente enfermo
- Puntuación de 3 indica levemente enfermo
- Puntuación de 4 indica moderadamente enfermo
- Puntuación de 5 indica marcadamente enfermo
- Puntuación de 6 indica gravemente enfermo
- Puntuación de 7 indica encontrarse entre los pacientes más extremadamente enfermos.

En el ítem que mide mejoría de la enfermedad

- Puntuación de 1 indica no evaluado
- Puntuación de 2 indica mucho mejor
- Puntuación de 3 indica moderadamente mejor
- Puntuación de 4 indica levemente mejor

- Puntuación de 5 indica sin cambios
- Puntuación de 6 indica moderadamente peor
- Puntuación de 7 indica mucho peor

**Variación en intensidad y cantidad:**

- Disminución inicial de los síntomas de ansiedad durante las tres primeras semanas de tratamiento.
- Disminución en la aparición de ataques de ansiedad por día y posteriormente por semana.

## **5. Beneficios que se esperaban del estudio**

- Aplicabilidad de la terapia cognitiva a pacientes guatemaltecos.
- Demostrar que pacientes guatemaltecos que padecían de TAG lograría una mejora significativa (75%) con la terapia cognitiva.
- Por medio de la terapia cognitiva el paciente guatemalteco que padecía de TAG lograría: Identificar sus pensamientos recurrentes, y podrá controlarse poniendo en práctica las técnicas cognitivas y conductuales aprendidas durante el proceso terapéutico.
- Dar a conocer los resultados de la investigación, con la finalidad de que el presente estudio se utilice como base para futuros estudios en el tema en nuestro país.
- Además se piensa en una proyección a nivel nacional; ya que se desea que el gobierno guatemalteco programe presupuesto para la salud mental de su población. Que se utilice la terapia cognitiva como una alternativa de proceso terapéutico, ya que es un medio de bajo costo (por no requerir de fármacos y ser de corto tiempo de duración).

## **6. Filosofía**

La filosofía utilizada como base en este estudio es el humanismo, el cual indica la tendencia de pensamiento que afirma la centralidad, el valor, la dignidad del ser humano, y muestra preocupación o interés por la vida y la posición del hombre en el mundo. Además cree en las capacidades humanas para poder identificar sus fortalezas, con el fin de disminuir sus debilidades y definir su intencionalidad (metas) (Puledda, 2000), reconociendo entonces al terapeuta como un medio para generar procesos de cambio en las participantes de esta investigación.

## **IV. METODOLOGÍA**

### **Sujetos**

Los pacientes fueron seleccionados según previo diagnóstico y por referencias. Estuvieron anuentes a pasar una entrevista de selección y llenar el inventario de ansiedad de Beck, que proporciona la información para diagnóstico según el DSM IV para TAG, además de descartar otro tipo de desorden con similar sintomatología. Para que un paciente pudiera participar en la investigación debió llenar los siguientes requisitos:

Criterios de ansiedad generalizada según el breviario DSM IV (2000:215).

- Estar comprendido en las edades entre 18 a 60 años.
- No padecer ningún otro padecimiento psiquiátrico.
- La ansiedad generalizada debía ser el problema básico.
- No estar medicado con algún psicofármaco.
- Estar anuente a participar en la investigación, que constaría de un mínimo de seis semanas.
- Firmar consentimiento informado, dando la aprobación de participar en el estudio.
- Acudir a sesiones individuales una vez por semana con una duración de 45 a 60 minutos.

### **Instrumentos utilizados en la investigación**

#### **Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory)**

Beck Anxiety Inventory (BAI) fue desarrollado por Beck en 1988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad. Es un inventario autoaplicado, compuesto por 24 ítems, que describen diversos

síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobre representado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 <sin evidencia>, 1 <levemente y no me molesta mucho>, 2 <moderadamente y fue muy desagradable pero podía soportarlo> y la puntuación 3 <severamente, casi no podía soportarlo>. La puntuación total es la suma de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen dos respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación). Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento de ser evaluado.

### **Interpretación del Beck Anxiety Inventory**

Es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo como tamizaje en población general.

No existen puntos de corte aceptados para distinguir entre población normal y ansiedad, ni entre depresión y ansiedad. En estudios comparativos con las principales escalas de depresión y ansiedad, (Inventario de depresión de Beck, escala de depresión de Hamilton, escala de ansiedad de Hamilton, listado de pensamientos y escala de desesperanza), se han encontrado unos índices de correlación mayores con aquellas que valoran ansiedad, frente a las que valoran depresión, lo que avalaría su utilización para valorar ansiedad.

El rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25,7 (DE 11,4) y en individuos normales 15,8 (DE 11,8). Somoza y cols. han propuesto como punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Osman sugiere 10 puntos, en personas sin patología.

## **Propiedades Psicométricas del Beck Anxiety Inventory**

### **Fiabilidad**

Posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras siete semanas de 0,62.

### **Validez**

Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación ( $r$ ) con la escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el inventario de ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la subescala de ansiedad del SCL-90R de 0,81.

Por otra parte los coeficientes de correlación con escalas que valoran depresión, también son elevados. Con el inventario de depresión de Beck de 0,61 y con la subescala de depresión del SCL-90R de 0,62.

Se ha mostrado sensible al cambio tras el tratamiento. Al analizar los elementos del test, Beck en el trabajo original encuentra dos factores principales: síntomas somáticos y síntomas subjetivos de ansiedad, pudiendo obtenerse dos subescalas. Con posterioridad Beck describió cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico.

### **Interpretación**

Debido a que el total de la puntuación solamente proporciona un estimado de la severidad total de la ansiedad descrita por la persona, el clínico debe interpretar dicho resultado tomando en cuenta otros aspectos individuales del funcionamiento psicológico del paciente.

### **Representatividad de la norma**

No es representativo en Estados Unidos de Norte América (las tres muestras normativas de pacientes psiquiátricos fueron realizadas con pacientes que mantenían

evaluaciones rutinarias en el *Centro de Terapia Cognitiva* en Filadelfia, Pennsylvania). El total de la muestra consistió en un total de 1,086 personas.

### **Escala de Impresión Clínica Global**

La escala de Impresión Clínica Global (CGI) fue diseñada por Guy, W. en 1976 para valorar de una forma sencilla la gravedad de un cuadro y su mejoría a lo largo del tiempo posterior al tratamiento.

Consta de dos subescalas:

- Gravedad del cuadro (CGI-SI): Un solo ítem con ocho posibles respuestas que se puntúan desde 0 (no evaluado) hasta 7 (pacientes más gravemente enfermos).
- Mejoría del cuadro debida a las intervenciones terapéuticas: un solo ítem con 8 posibles respuestas, que se puntúan desde 0 (no evaluado) hasta 7 (mucho peor). Debe valorarse la mejoría experimentada en el cuadro, independientemente a la fase del tratamiento.

### **Interpretación del CGI**

Se trata de un cuestionario que evalúa la gravedad del cuadro clínico y la mejoría del mismo. Se ha utilizado en multitud de estudios y ensayos clínicos sobre eficacia de diversas medidas, farmacológicas o de otro tipo.

### **Propiedades psicométricas de CGI**

Presenta validez concurrente con algunas medidas de depresión, como la escala de depresión de Montgomery-Asberg.

### **Selección de la muestra**

Se aplicaron 23 entrevistas a personas comprendidas entre los 18 y los 60 años de edad, de las cuales 8 (35%) presentaron la sintomatología de TAG. Tres (13%) de estas personas estuvieron anuentes a participar en la investigación. Un individuo interrumpió su participación en el estudio, terminando así con dos pacientes (9%).

## **Variables**

### Descripción de variables

#### **Variable dependiente**

Ansiedad generalizada

#### **Variable independiente**

Eficacia de la terapia cognitiva

#### **Diseño del estudio**

La presente investigación utilizó un diseño de estudio de casos, que según Buendía y Cols (1999:280) <se caracteriza porque presta especial atención a cuestiones que específicamente pueden ser conocidas a través de unidades de estudio sobre las cuales se indaga>. Una serie de casos son estudiados en conjunto con el fin de explorar un fenómeno específico.

De acuerdo con Greenwood (1993:250) el método del estudio de casos consiste en el examen intensivo, tanto en amplitud como en profundidad, de la unidad de estudio. Este método está caracterizado por tres aspectos principales:

- La intensidad de cualquier estudio se ve reflejada en su amplitud y profanidad. La amplitud es lograda cubriendo la mayor cantidad de aspectos del fenómeno estudiado para lograr una total comprensión del mismo. Mientras más variada sea la información reunida, mayores posibilidades hay de una mejor recepción del asunto en cuestión.
- Este método es de naturaleza oportunista por lo que obliga a utilizar un conjunto determinado de técnicas de recolección de datos. El investigador se ve libre de utilizar cualquier técnica de investigación que a su criterio sea la más adecuada para lograr la máxima amplitud y profanidad sobre el asunto estudiado. Sin embargo, tal libertad tiene restricciones pues se debe buscar el instrumento que mejor se adapte al caso de estudio.
- La otra característica de este método radica en sus procedimientos heterodoxos de análisis de los datos utilizados. Debido a la variedad y riqueza de la información

obtenida y a la falta de técnicas estandarizadas para relacionar entre sí los datos, la etapa de análisis impone una pesada carga sobre la capacidad de síntesis e integración del investigador.

Reinecke, Dattilio y Freeman (1996:125) afirman que aunque los estudios de casos sobre terapia conductual y cognitiva son raramente presentados como contribuciones formales a la literatura de investigación clínica, a menudo incluyen muchos o todos los estadios de un estudio de casos clínico. Adicionalmente, muchas de las inquietudes acerca de la validez de estos estudios han sido tomadas en cuenta, especialmente cuando los casos se han originado en clínicas de investigación donde éstas han sido estrictamente supervisadas y discutidas.

### **Criterios de inclusión**

Casos que cumplieran con los criterios anteriormente expuestos.

### **Criterios de exclusión**

Sujetos que no padezcan TAG y que sean menores de 18 años o mayores de 61

### **Análisis estadístico**

Descriptiva

Se realizará una evaluación de los cambios logrados, por la comparación de la teoría, además registros utilizados a lo largo de todo el proceso, y las verbalizaciones del propio paciente.

Comparaciones de puntuaciones de escalas previo y posterior al tratamiento.

### **Consideraciones éticas (por tratarse de un protocolo clínico)**

Se mantuvo la evaluación, diagnóstico e intervenciones en un contexto profesional.

Se interpretaron los resultados de la evaluación, incluidas las interpretaciones automatizadas, se tomaron en cuenta los distintos aspectos de las evaluaciones y

características de la persona evaluada, con el fin de que no se afectaran los juicios del investigador o la precisión de sus interpretaciones.

Se mantuvo la integridad y seguridad de las evaluaciones y otras técnicas de evaluación, de acuerdo con las obligaciones contractuales, de tal modo que permitió cumplir con los requerimientos del código ético.

Se veló por la seguridad e integridad del paciente.

Se solicitó se firmara un consentimiento, en la cual autorizó la grabación de las sesiones y la transcripción de las mismas.

## **V. RESULTADOS**

### **CASO 1**

#### **Información de identificación**

S. M. mujer de 48 años, casada (guatemalteca). Es madre de dos hijas, la mayor de 18 (padece de epilepsia) y la menor de 12 años. En la actualidad trabaja como contadora. Huérfana de padre desde los 12 años y de madre a los 22, es la hija menor de tres hermanas.

#### **Queja principal**

Ansiedad que le provoca la enfermedad de su hija mayor (epilepsia), diagnosticada hace cinco años.

#### **Historia de la ansiedad actual**

Desde hace cinco años S.M. presenta una ansiedad constante debido a la enfermedad que padece su hija. Le cuesta mucho aceptar la enfermedad y admitir que debe vivir con ella. Hace un mes (octubre, 2005) se reiniciaron las convulsiones, tenía un año de no padecerlas. La primera convulsión que sufrió la joven en el 2005, tuvo una duración de 45 minutos. Según indica S.M. siempre está pendiente del teléfono pensando que la llamarán para informarle que debe ir por su hija al colegio. Si la niña está en la casa, también le altera oír que la necesita, pues piensa que es porque convulsionará. Padece de insomnio debido a la atención que le presta a las respiraciones y movimientos que su hija realiza en el transcurso de la noche. Todo para S.M. es negativo, piensa que nada bueno le depara el futuro. También se preocupa excesivamente por la niña pequeña, pensando en que ésta puede desarrollar epilepsia, pues se encuentra en la edad en que su hija mayor inicio con la enfermedad. Constantemente siente temor, incluso al salir a realizar cualquier diligencia.

Mencionó que siente desagrado cuando la niña convulsiona delante de otras personas, <No me gusta que piensen que pobrecita esa niña>. Durante la convulsión su pensamiento está dirigido al tiempo de duración. Posterior a la crisis sufre de dolor de estómago y diarrea. Le preocupa la situación económica: gastos de medicina, doctores, exámenes, esto la hace padecer de estados de ansiedad que se reflejan en conductas como regañar y grita a las niñas sin motivo, también hace ver constantemente a su hija el gasto que su enfermedad representa para la familia.

### **Síntomas emocionales**

Ansiedad, preocupación, impotencia, pesimismo en relación al futuro, temor, dolor de estómago, diarrea.

### **Síntomas conductuales**

Poca comunicación intrafamiliar, aislamiento, gritos, salir corriendo, poco arreglo personal, dependencia a medicamentos.

En la actualidad su ansiedad se ha visto más afectada a raíz de la penúltima convulsión pues el médico le indicó que al presentarse una convulsión de tanta duración, la joven podía sufrir de paro respiratorio. Esta noticia provocó que no dejara salir sola a la joven a ningún lado, cuando presenta una convulsión debe dormir en la cama con sus padres, la llama constantemente durante el día por el celular.

### **Historia patológica**

Estuvo en terapia de grupo en el *Centro de Apoyo a la Comunidad*, clínica de la Universidad del Valle, según refiere le fue de mucha ayuda para iniciar a aceptar la enfermedad de su hija. Sin embargo, indicó que no todas las personas asistentes al grupo comprendían lo que ella sufría.

### **Historia personal**

S.M. es la tercera de tres hijas. Según indica su hogar fue normal hasta que su padre murió por un paro cardíaco. Cuenta que su padre era una persona sobreprotectora y era el único sostén económico de la familia. La relación entre sus padres era muy buena, tanto que ella piensa que la madre nunca superó la muerte del esposo. Según indica, su hermana mayor tenía 18 años en esa época. Ella fue quien tomó la responsabilidad de la familia. S.M. visualiza a su hermana mayor como una autoridad a la que hay que respetar. Presenta mayor afinidad hacia su hermana mediana. La muerte de su madre la borró de su mente, no recuerda nada de lo que sucedió.

Se casó a los 28 años y su relación ha sido muy buena, según indica <mi familia era modelo para otras familias, hasta que inició A. con su enfermedad. Desde entonces mi vida volvió a dar un cambio de 360° como cuando murieron mis padres>.

No tiene vida social, y se ha alejado de sus amistades, no le gusta hablar de la epilepsia, ni que le pregunten nada relacionado con ella. Evita de salir a recrearse, pues temen que la niña convulsione en cualquier lado. No se interesa por ella misma y acepta que ha cambiado notablemente su vida sexual y su comunicación familiar. Se siente una persona incapaz para enfrentar cualquier situación sola.

### **Historia médica**

Presenta determinada irregularidad con su período menstrual. Debe ser intervenida quirúrgicamente de la matriz.

## **FORMULACIÓN DEL CASO**

### Predisponentes a la crisis

- Su ansiedad inició al presentar su hija la sintomatología de la epilepsia.
- Conocer el diagnóstico y tener que aprender a afrontar las crisis de esta enfermedad.
- La economía, gastos médicos, farmacológicos que la enfermedad conlleva.

- No reconocer la sintomatología previa a una convulsión.
- Estado de alerta constante.
- No tener acceso rápido al medicamento.
- Testigos que presencien la convulsión y que éstos no pertenezcan a su núcleo familiar.
- Posibles consecuencias emocionales que pueda padecer su hija menor por la enfermedad de su hermana.
- Falta de comunicación con su esposo.
- Sentirse desmejorada y poco atractiva.
- Estigma que provoca cada convulsión (incapacidad para enfrentar un futuro prometedor, el qué dirán, etc.)

### **Visualización transversal de cogniciones y conductas**

Una situación de crisis de S:M. es cuando su hija convulsiona, los síntomas que presenta son: palpitaciones, sudoración en sus manos y cuerpo, escalofríos. Siente la tensión muscular en todo su cuerpo. Sus pensamientos automáticos son: <Hay viene una convulsión, ¿cuánto le durará?, ¿Qué tan fuerte será?> Conducta: Acudir en auxilio de la niña, iniciarle a hablar. Posteriormente corre al baño debido al dolor de estómago que le provoca la tensión.

Otra situación que la hace padecer ansiedad, es cuando están en casa y la niña la llama.

Los síntomas que presenta ante esta situación es sentir escalofríos por el cuerpo, tensión, y sentimiento de flotar en el aire. Pensamiento automático: <¡Me está llamando por que ya se puso mala otra vez, ha de ser una convulsión!> Conducta: Se paraliza, respira profundo y sostiene la respiración, agudiza su oído para poder identificar qué está sucediendo y deja de hacer inmediatamente lo que está haciendo.

Cuando se encuentra en su oficina y suena el teléfono, siempre su primer pensamiento es: <Ya me están llamando para avisarme que la niña se puso mala> Síntomas: Al inicio

del timbre sostiene respiración, luego se vuelve más acelerada en lo que lo contesta, sudoración de manos, escalofríos y palpitaciones en lo que descubre quién llama. Conducta: Contesta el teléfono rápidamente, pero quisiera que nunca sonara.

### **Visualización longitudinal de sus condiciones y conductas**

S.M. tuvo un padre responsable, era el sostén económico y quien tomaba las decisiones en el hogar, a su parecer era un padre excelente. Su muerte fue un cambio drástico en la estructura familiar, ocasionando que su madre presentara una depresión severa. Se realiza la hipótesis que S.M. al llevar una excelente relación con su madre, imita patrones como no ser capaz de afrontar una situación difícil, permitir que cualquier decisión sea tomada por el esposo comparándolo con su padre, y marcar su vida en antes y después de un determinado suceso. Dichos patrones aprendidos le causan ansiedad al sentirse incapaz de no poder encontrar una solución al problema actual. Presenta un fuerte temor ante la crítica social y la muerte ocasionándole ansiedad, temor, enojo y desesperación.

## Diagrama de conceptualización cognitiva del paciente

**Motivo de consulta:** ansiedad debido a epilepsia que sufre su hija

**Historia:** ansiedad que sufre hace cinco años, desde que su hija fue diagnosticada con epilepsia

**Creencia nuclear:** toda persona enferma, muere.

**Estrategias compensatorias:** huir, aislarse, llorar

<b>Situación</b> Hija convulsiona	<b>Situación</b> Suena el teléfono	<b>Situación</b> Lee noticia de violación
<b>Pensamiento Automático</b> ¡Que nadie nos vea! ¡Vámonos!	<b>Pensamiento Automático</b> ¡Ya se puso mala en el colegio! ¿Qué voy hacer?	<b>Pensamiento Automático</b> Soy culpable de lo que sucedió.
<b>Significado</b> Desamparo	<b>Significado</b> Desamparo	<b>Significado</b> Desamparo
<b>Emoción</b> Temor, ansiedad, angustia, desesperación	<b>Emoción</b> Temor, ansiedad, angustia, desesperación	<b>Emoción</b> Cólera, rabia, angustia
<b>Conducta</b> Huir, aislarse	<b>Conducta</b> Salir corriendo, dejar todo	<b>Conducta</b> Llanto, evitar comunicación, aislarse
<b>Reacción fisiológica</b> Taquicardia, sudoración, dolor de estómago, boca seca, tensión muscular, alteración del sueño	<b>Reacción fisiológica</b> Tensión muscular, sudoración, taquicardia, boca seca, falta de concentración	<b>Reacción fisiológica</b> Alteración del sueño, falta de concentración, tensión muscular.

## **PLAN DE TRATAMIENTO**

### **Lista de problemas**

- Ansiedad; especialmente ante las convulsiones de epilepsia de su hija.
- Sentimientos de impotencia al no poder detener las convulsiones.
- Depresión, etapa de negación
- Autoestima baja
- Miedos característicos de la ansiedad

### **Metas del tratamiento**

- Reducir la ansiedad presentada que presenta S.M. ante diversas actividades de la vida cotidiana.
- Reducir ansiedad recurrente ante la convulsión
- Temor ante la epilepsia y la muerte
- Reducir pensamientos automáticos negativos ante las crisis.
- Incrementar autoestima y autoconcepto (visualización de lo positivo)
- Encontrar barreras acerca de la epilepsia que tenga la paciente para poder modificar pensamiento y conducta ante la enfermedad.
- Motivarla a tomar decisiones por sí misma.
- Enfatizar en el sentido de vida de la paciente.

### **Planificación del tratamiento**

Se pretende bajar los niveles de ansiedad que presenta S.M. ante el problema de salud que presenta su hija. Esto se logrará mediante ejercicios de relajación, ejercicios relacionados con sus pensamientos automáticos, presentación de más información con relación a la epilepsia. Reducción del miedo social (crítica). Hacer que focalice su atención en los aspectos positivos que posee en su vida. Que comprenda que no es la única persona que vive con una epiléptica en su hogar. Modificar conductas negativas adoptadas en momentos de crisis y disminuir la atención hacia su hija mayor (disminuir

círculo de codependencia), autonomía de su esposo en lo relativo a resolución de problemas y toma de decisiones. Trabajar autoestima y tratar de que defina su miedo central (muerte). Utilizar técnicas para el reconocimiento de sentimientos y pensamientos. Trazo de objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo para lograr que la paciente visualice un sentido de vida y minimice la ansiedad ante la epilepsia.

## **CURSO DEL TRATAMIENTO**

Toda sesión se llevó a cabo en la Clínica No. 1 del *Centro de Apoyo a la Comunidad*, Universidad del Valle de Guatemala, en el horario de 16:00 a 17:00 horas.

**Relación terapéutica:** Se logró establecer una alianza terapéutica bastante positiva, lo cual ayudó al paciente en su proceso de recuperación.

**Intervención:** 13 sesiones de terapia cognitiva conductual para el trastorno de ansiedad generalizada.

**Resultados posteriores al tratamiento psicoterapéutico:** Después de 13 sesiones, la paciente logró manejar las herramientas proporcionadas a lo largo de las sesiones de terapia. Los resultados del inventario de ansiedad de Beck, mostraron el control de emociones, incrementado su autoestima, independencia emocional de su esposo, y otorgarle independencia a su hija (continúa en aumento). Disminuyó temores sociales (el qué dirán, la crítica), y erradicó el miedo a la muerte. También reconoció la raíz de su temor (muerte) y estados depresivos. Con base al inventario de ansiedad de Beck, y a lo descrito anteriormente, se puede observar que la paciente logró un control de emociones y una reducción de sintomatología relacionada con la ansiedad en un 81%. La participante fue adherente a la terapia cumpliendo con sesiones y tareas asignadas con puntualidad.

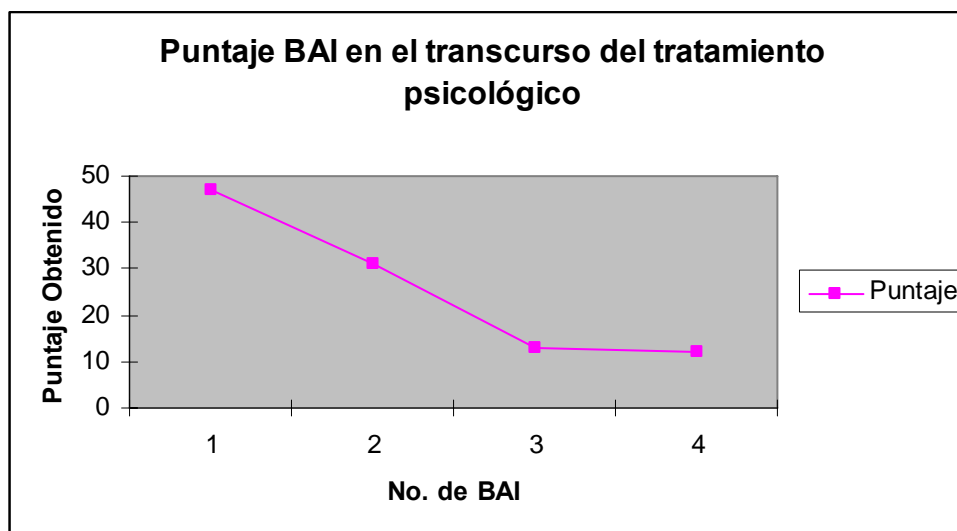
Los síntomas que persistieron fueron: sentirse nervioso (un punto), frecuentes preocupaciones (dos punto), temores, inquietud, sentirse inestable (un punto), respiraciones entrecortadas (un punto), sentirse excitado (un punto), facilidad en sobresaltarse (un punto), pensamientos frecuentes de peligro (un punto), pensamientos frecuentes de que algo malo va a ocurrir (un punto). Según indicó la paciente esta sintomatología se le facilita reconocerla e implementa técnicas cognitivas y conductuales que le permiten tener control de los síntomas y signos para el dominio de la situación. Según el inventario de ansiedad de Beck basal, se disminuyeron todos los síntomas uno, dos o tres puntos. Lo que manifiesta la eficacia de la terapia cognitiva conductual.

La terapia cognitiva conductual fue eficaz en el tratamiento del TAG aún sin toma de medicamento. Este caso se dio por concluido, ya que se alcanzaron las metas estipuladas al inicio de la terapia. Además se comprobó la eficacia de la terapia cognitiva conductual en paciente guatemalteca diagnosticado con ansiedad generalizada,

**Tabla 1: Resultados del inventario de ansiedad de Beck, Caso 1**

No. de BAI	1	2	3	4
Puntaje	47	31	13	12

Gráfica 1: Resultados del inventario de ansiedad de Beck de S.M.



Resultados obtenidos de septiembre del 2005 a enero del 2006

### Resultados de la escala clínica global

Tabla 2: Resultados de escala clínica global de S.M.

Fecha	Gravedad	Fecha	Mejoría
Septiembre 8, 2005	5 puntos Marcadamente enfermo	Enero 18, 2006	2 punto Mucho mejor

En la Gráfica 1, se observa la tendencia que tuvieron los resultados de los cuatro inventarios de ansiedad de Beck, con los que se evaluaron a la paciente. La puntuación del inventario disminuyó, mientras que la mejoría fue cada vez mayor debido a que la intensidad de los síntomas disminuyó o desapareció por completo, este fue un proceso terapéutico de cuatro meses (13 sesiones). Según la escala de impresión clínica global, la paciente en la última sesión se catalogó en la categoría 2, lo que significa encontrarse mucho mejor (Tabla 1).

## **Caso 2**

### **Información de identificación**

H.G.A es una mujer de 47 años, divorciada (guatemalteca). Es madre de tres varones de 24, 20 y 19 años respectivamente. Vive con sus hijos. En la actualidad trabaja en una de las universidades de Guatemala impartiendo talleres a comunidades de difícil acceso. Hija única de madre soltera.

### **Queja principal**

Ansiedad provocada por crisis económica, peleas de sus hijos, no contar con un trabajo fijo, trauma por ser víctima de violencia doméstica.

### **Historia de la ansiedad actual:**

H.G.A. relata que debido a una caída que sufrió, su vida cambió. Permaneció en reposo 2 meses, y al regresar a su trabajo fue despedida. No soporta ningún tipo de pelea o discusión, la altera y la angustia ya que le recuerda el maltrato vivido durante su matrimonio. Evita cualquier situación que le produzca inseguridad y temor.

### **Síntomas emocionales**

Ansiedad, angustia, preocupación, impotencia, pesimismo en relación al futuro, temor, desesperación, dolor de cabeza, impaciencia, tensión muscular, cansancio frecuente, taquicardia, sudoración, boca seca, problemas estomacales, fácil sobresalto, dificultad de concentración, fácil irritabilidad, no sentirse capaz de afrontar sus problemas, pensamientos negativos constantes.

**Síntomas conductuales**

Escape, evasión, sumisión, insomnio, aislamiento.

Según relata H.G. ella es el sostén económico y moral de su casa. Al no poder cubrir todas las necesidades del hogar, principalmente cuando llega el momento de cancelar pagos, su ansiedad aumenta provocando insomnio, esté más irritable y poco tolerante en la vida cotidiana y en especial con sus hijos. Todo alza de tono de voz la hace recordar momentos vividos de maltrato durante el tiempo que estuvo casada.

**Historia patológica**

Según indica no ha recibido ayuda psicológica previa.

**Historia personal**

H.G. es hija única de la unión de sus padres, los cuales nunca se casaron. Refiere que por parte de padre tiene cuatro hermanos y por parte de madre uno. Vivió siempre con abuelos y tía, pues su madre trabajaba. La mamá de H.G. tuvo otra pareja, el cual ella conocía como su padre biológico. Siempre vivió con el temor y ansiedad que al llegar a visitar su madre y su padre, su abuelo mataría a su padre. Cuenta que alguna vez siendo pequeña escuchó un comentario que la hizo interpretarlo de esa manera. Al cumplir los 18 años, supo que su padre biológico era otra persona. Esta información produjo en ella sentimientos encontrados pues descubrió una mentira de mucho tiempo. Al conocer a su verdadero padre, los sentimientos experimentados fueron de rechazo y poco interés. La relación con su madre siempre fue distante y lejana. En la actualidad está teniendo una buena comunicación con ella. Nunca se sintió parte de una familia, ni aún teniendo su propia familia. Se casó a los 19 años, por huir de su casa aun sabiendo que su pareja no era un ideal para ella. Su matrimonio fue un fracaso y se divorció 21 años después. Soportó maltrato y violencia por parte de su esposo quien es un alcohólico.

En la actualidad se siente satisfecha de haber vencido tanto obstáculo y poder vivir sola

con sus hijos. Su mayor placer es acudir a la universidad y estudiar. El estudio lo visualiza como un placer y superación personal, aunque le representa mucha tensión, pues le teme a las tareas y a las evaluaciones.

### **Historia médica**

Tuvo una caída que le provocó lesiones en la columna. Tuvo que guardar reposo durante algunos meses. Tomó relajantes musculares, desinflamantes y algunos medicamentos para el dolor. Por lo demás es una persona sana. No ha llevado previamente terapia psicológica.

### **FORMULACIÓN DEL CASO**

#### **Predisponentes a la crisis**

- Caída que le provocó pérdida de empleo fijo.
- No contar con un empleo fijo.
- No contar con salario fijo.
- Discusiones de hijos, principalmente cuando alzan la voz.
- Cuentas sin pagar.
- Clases particulares que le generan ansiedad por no contar con cierta cantidad fija de asistencia de niños, lo cual le indica inestabilidad económica.
- No tener apoyo moral de otra persona, determinada soledad.
- Abuso físico y psicológico en su vida de casada.
- Acoso psicológico por parte de su esposo ya divorciada.
- Falta de organización en las áreas: personal, laboral y escolar.

#### **Visualización transversal de cogniciones y conductas**

Las crisis de ansiedad de H.A se generaron desde su caída, la cual la obligó a permanecer fuera de toda actividad. Sus pensamientos repetitivos en esa época eran <Si

no me mejoro, ¿qué voy hacer?> <Estoy aquí en la cama sin hacer nada, y con tantas cosas pendientes, ¿qué dirán en el trabajo?>. Conductas: Permanecer en cama, con mucha ansiedad, angustia y temor.

Otra crisis fue vivida cuando la despidieron de su trabajo, no esperaba esa reacción. Pensamientos automáticos: <Ahora ¿Qué voy hacer?> <No soy capaz de hacer nada, no puedo solucionar este problema> <¿Cómo voy a alimentar a mis hijos, y cómo voy a pagar las cuentas?> <¿Depender de mi ex esposo? ¡No puede ser!> Conductas. Aislamiento, llanto, insomnio. No contaba a ninguno de sus hijos lo que sentía para no apenarlos a ellos.

No contar con un trabajo estable, por consiguiente no obtiene un sueldo fijo, la hace tener crisis de ansiedad en las fechas del mes que debe cancelar cuentas. \_Pensamientos automáticos: <Me siento desesperada, angustiada> <Estoy sola, ¿Qué voy hacer?> <No soy capaz de solucionar este problema>

Conducta: Encerrarse en su cuarto y que nadie sepa lo que siente.

Otro predisponerte sucedió cuando ella no lograba controlar su ansiedad y cualquier alza de voz de sus hijos, ella asumía que están peleando y se sentía más angustiada, relaciona esa actitud con el acoso psicológico que sufría por parte de su ex esposo. Sus pensamientos automáticos eran: <¿Qué es eso?, mejor salgo corriendo, no soy capaz de oír o hablar así> <Ese tono de voz me asusta, ¿Qué me irá a pasar?>. Conducta: Huir de la situación, no enfrentar, prefería delegar en su hijo mayor la responsabilidad de enfrentar a sus otros hijos. Se encerraba en su cuarto y para evitar cualquier tipo de enfrentamiento prefería ceder a todo con tal de que no hubiera discusión.

### **Visualización longitudinal de sus condiciones y conductas:**

H.G. proviene de un hogar desintegrado. Vivió con sus abuelos y una tía toda su infancia y parte de su adolescencia. Según relata su tía fue como su madre. Su mamá biológica siempre vivió lejos de ella por trabajo y por tener otro hogar. Su madre al

tener problemas con sus padres por ser madre soltera, su reacción fue de huida, por lo que se realiza la hipótesis que H.G tiene el mismo patrón de conducta. Nunca tuvo confianza de contar sus problemas a nadie pues siempre se sintió fuera de lugar, conducta que hasta la fecha persiste, pues cuando tiene un problema tiende a aislarse. Otro predisponente fue haberse casado tan joven (19 años) con una persona alcohólica que le enseñó patrones de sumisión, poca comunicación y temor.

## Diagrama de conceptualización cognitiva del paciente

**Motivo de consulta:** ansiedad debido a economía inestable

**Historia:** ansiedad que sufre desde hace un año por falta de trabajo e ingreso fijo.

**Creencia nuclear:** Si no soy productiva, no sirvo para nada

**Estrategias compensatorias:** Llorar, aislarse, irritable, discutir

<b>Situación</b> Acostada en la cama	<b>Situación</b> Fin de mes	<b>Situación</b> Hijos alzan la voz
<b>Pensamiento Automático</b> ¡Qué voy hacer, no cuento con dinero para realizar pagos!	<b>Pensamiento Automático</b> Es fin de mes, y no tengo dinero para comer, ni hacer pagos.	<b>Pensamiento Automático</b> ¡Ya están discutiendo!
<b>Significado</b> Desamparo	<b>Significado</b> Desamparo	<b>Significado</b> Desamparo
<b>Emoción</b> Temor, ansiedad, angustia, desesperación	<b>Emoción</b> Temor, ansiedad, angustia, desesperación	<b>Emoción</b> Temor, ansiedad
<b>Conducta</b> Llorar, aislarse, discutir	<b>Conducta</b> Llorar, discutir, no comunicarse	<b>Conducta</b> Huir
<b>Reacción fisiológica</b> Taquicardia, sudoración, dolor de estómago, boca seca, tensión muscular, alteración del sueño	<b>Reacción fisiológica</b> Tensión muscular, sudoración, taquicardia, boca seca, falta de concentración	<b>Reacción fisiológica</b> Falta de concentración, tensión muscular.

## **PLAN DE TRATAMIENTO**

### **Lista de problemas**

- Ansiedad por economía.
- Temor a peleas.
- Insomnio
- Autoestima baja
- Romper esquema de aislamiento y evitación ante problemas.

### **Metas del tratamiento**

- Reducir la ansiedad presentada por la economía.
- Cambiar esquemas de creencias nucleares.
- Reducir pensamientos automáticos negativos ante las crisis.
- Incrementar autoestima y autoconcepto
- Cambio de perspectiva (visualización de lo positivo)

### **Planificación del tratamiento**

Se pretende bajar los niveles de ansiedad que presenta H.G. ante la falta de estabilidad económica, canalizar hacia visualizaciones positivas y búsqueda de soluciones. Trabajar con técnicas de ejercicios de relajación y ejercicios relacionados con el manejo de pensamientos automáticos. Se pondrá énfasis en la autoestima, haciendo que escoja actividades que le gusta realizar. Generar la comunicación positiva en su hogar sin esconder emociones. Comprensión de que no todo el que grita está generando discusión y cierre de problema vivido con su esposo, para generar conductas más positivas (dar su opinión sin temor, mostrar sentimientos, aprender a dialogar sin generar pelea).

### **Curso del tratamiento**

**Relación terapéutica:** Se estableció una alianza terapéutica relativamente buena, lo cual influyó a la falta de adherencia de la paciente en el proceso de recuperación.

**Intervención:** Cinco sesiones de terapia cognitiva en la ansiedad generalizada.

**Obstáculos:** Falta de adherencia al tratamiento psicoterapéutico.

**Resultados:** En el segundo estudio de caso, el inventario de ansiedad de Beck, mostró que a pesar que la paciente no fue adherente con el tratamiento, logró bajar su nivel de ansiedad a 8 puntos. Esto indicó que en relación al resultado basal, presentó una mejoría de 78%. Bajando de nivel severo a medio. Según escala clínica global, mostró una severidad de 3 lo que significa estar levemente enfermo al inicio de la terapia, y logró una mejoría de 2 puntos, siendo una categoría de mucho mejor.

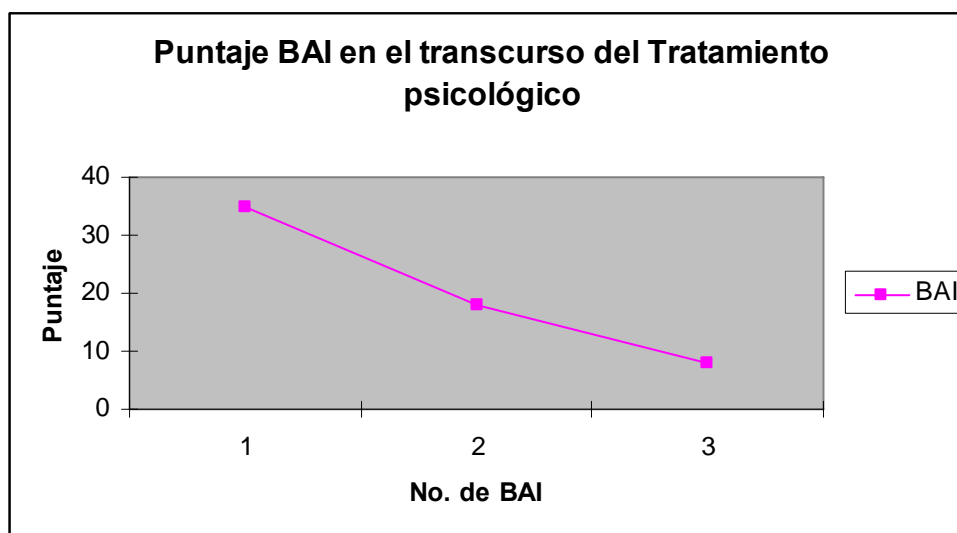
Los síntomas que persistieron fueron: sentirse nervioso (un punto), frecuentes preocupaciones (un punto), impaciencia (un punto), cansado con facilidad (un punto), facilidad en sobresaltarse (un punto), dificultad de concentración (un punto) y pensamientos frecuentes de que algo malo va a ocurrir (un punto).

Según indicó la paciente esta sintomatología se debía al estrés de la vida cotidiana, pero que se sentía capaz de controlarlos y no le impedían funcionar correctamente. Según el inventario de ansiedad de Beck basal, se disminuyeron todos los síntomas uno, dos o tres puntos. Lo que manifiesta la eficacia de la terapia cognitiva conductual.

Se logró controlar emociones y pensamientos automáticos, programación en su trabajo, vida y estudio. Estableció límites con familia cercana e hijos. Disminuyó el insomnio. A pesar del incumplimiento en relación a tareas y asistencia, la terapia le fue de mucho beneficio, además de ser un espacio placentero según referencia de la paciente.

**Tabla 3: Resultados del inventario de ansiedad de Beck-Caso 2**

No. de BAI	1	2	3
BAI	35	18	8

**Gráfica 2: Resultados inventario de ansiedad de Beck de H. G.**

Resultados obtenidos de septiembre del 2005 a enero del 2006

### Resultados de la escala clínica global

**Tabla 4: Resultados de la escala clínica global de H. G.**

<b>Fecha</b>	<b>Gravedad</b>	<b>Fecha</b>	<b>Mejoría</b>
27 octubre 2005	3 puntos Levemente enfermo	19 enero 2006	2 puntos (Mucho mejor)

En la Gráfica No. 2 se muestra la tendencia que tuvo el inventario de ansiedad de Beck, en el transcurso del proceso terapéutico. Se dedujo que en tres meses de trabajo (cinco sesiones) la paciente mostró una clara mejoría en su estado de ansiedad. Redujo su puntuación a 8 puntos en el inventario de ansiedad de Beck. Al mismo tiempo la paciente mostró una mejoría considerable comparada con su dato basal (35 puntos).

En lo relacionado con la escala clínica global (Tabla No. 4), al iniciar la terapia la paciente obtuvo 3 puntos, lo que indicaba una gravedad de levemente enfermo, al finalizar el tratamiento presentó una mejoría de 2 puntos, lo que indicó colocarla en una categoría de mucho mejor.

## VI. DISCUSIÓN

El primer caso (S.M.) obtuvo 47 puntos en BAI basal, presentaba sintomatología que según Beck (1985:87), breviario del DSM IV (2000:215) CEI (1992:174-17) y Quinto (2002:47) cumplía con los criterios diagnósticos de TAG. Sus esquemas de pensamiento estaban relacionados con el temor central de la muerte (recuerdo del fallecimiento de su padre y lo que ésta provocó en su vida) lo cual asociaba con la enfermedad que presentaba su hija y ante cualquier enfermedad que escuchaba de alguna otra persona. Se sentía impotente ante cualquier crisis de salud que suscitara. Sus respuestas primarias eran huir, quedarse paralizada, aferrarse o llamar por auxilio. Presentaba dificultad en sus relaciones interpersonales, debido a que se creía diferente, criticada y juzgada en toda acción que realizaba. Presentaba una baja autoestima, la cual a su vez ocasionaba aislamiento social (no asistía a reuniones familiares, a juntas con amistades y no salía con fines recreativos).

Hibbert, G. (1984:618-124) indica que la mayoría de pacientes que padecen TAG presentan un miedo central. También indica que los pacientes que padecen de ansiedad generalizada tienen problemas en el dominio de las relaciones interpersonales, debido a que se creen criticados y evaluados continuamente. Además piensan que harán el ridículo o que no llenarán las expectativas que esperan de ellos. La pérdida de control en una determinada situación, les produce temor y elevación de ansiedad. Según Beck (1985:94) otra fuente de peligro se encuentra en el dominio del autoconcepto, ya que son incapaces de lidiar con las demandas, expectativas y problemas de la vida cotidiana. Para los pacientes diagnosticados con ansiedad severa, la mayoría de las situaciones son una amenaza causada por el pensamiento negativo de su desempeño, haciéndolos sentirse constantemente vulnerables a evaluaciones negativas y rechazo.

El terapeuta debe realizar una exploración exhaustiva en el campo del trastorno del paciente, ya que las explicaciones espontáneas de éste no deben ser tomadas como racionalizaciones, sino más bien como datos de importancia. (Marks, 1981:250). La ansiedad generalizada ha sido concebida como difusa y poco específica, por tal razón el terapeuta debe de reconocer las situaciones específicas que parecen generar o ascender la ansiedad. Más aún, en el análisis, el terapeuta debe por lo menos dar una explicación parcial del episodio de ansiedad tanto a la ansiedad anticipatoria como a la ansiedad retrospectiva (Beck, A., 1985:288-314). Los resultados muestran que S.M. logró alcanzar las metas planteadas en el tratamiento logrando reducir la ansiedad a 12 puntos según BAI, y 1 punto (categoría de mucho mejor) según escala CGI.

Con relación a la planificación del tratamiento, se alcanzaron los objetivos; ya que modificó conductas negativas en momentos de crisis (no gritaba ante una convulsión, no salía corriendo para ir al baño, evitó sobresaltos al sonar el teléfono o ante la llamada de su hija, redujo llamadas telefónicas para controlar a la niña). Logró independencia emocional de su esposo y solucionó problemas por sí misma. Al evidenciar listado de tareas, comprobó su capacidad por lo que su autoestima subió. Así mismo inició a funcionar según metas que se trazó a corto plazo. Entre los factores que la paciente presentó a su favor puede mencionarse una buena adherencia al tratamiento psicológico cumpliendo con horario, citas y tareas. Identificó sus pensamientos automáticos recurrentes y utilizó herramienta proporcionadas en terapia. Incrementó sus relaciones interpersonales y eliminó su temor hacia la crítica. Incrementó la búsqueda de soluciones ante cualquier situación que le causara temor. Otro punto que ayudó a que su proceso terapéutico fuera favorable, fue el reconocimiento de su temor central a la muerte, a la enfermedad, así como a los patrones que imitaba de su madre ante cualquier crisis.

En el segundo caso el problema central estaba relacionado con la pérdida de control en varios aspectos de su vida: económico (falta de trabajo estable, imposibilidad

de cancelar cuentas pendientes), desorganización en horario, tareas y comunicación. Estaban afectadas las áreas sociales y vocacionales. Sus respuestas primarias estaban relacionadas con la huida y paralización. Su sintomatología podía generalizarse ante cualquier situación de crisis (evaluaciones laborales, de estudio y problemas personales como problemas con su ex esposo).

La ansiedad, desde el punto de vista cognitivo, presenta una retroalimentación dentro del sistema cognitivo, el cual enlaza la decisión para prepararse a una acción defensiva. La elevación psicológica no está representada de forma separada, más bien como una parte integral de conducta y movilización. Se debe resaltar que los signos fisiológicos (palpitaciones, tensión muscular) de movilización preceden a una acción. La movilización no es manifestada hasta el tiempo apropiado, puede ser inhibida y no manifestada en todo momento (Beck, A., 1985:146).

Por otra parte, es importante recalcar que la evaluación de temores por parte del paciente se dividía en dos grupos: - Situaciones sociales: inhiben mantener una relación de persona a persona, participar activamente y con gozo. - Situaciones vocacionales, en las cuales se evalúa el desempeño, y visualiza un evaluador (un profesor, supervisor), o percibe presión de grupo. También hablar frente a personas o en algún conflicto de intereses se eleva la ansiedad. Es evidente que en el presente caso, se evidenciaron ambos temores.

Una debilidad que afectó el proceso terapéutico fue la falta de adherencia por parte de la paciente, ya que acudía cada 15 días a sesión y por último al mes y medio. Lo que impidió avanzar de forma más rápida y efectiva. Según Beck, A. (1985) la terapia una vez a la semana es insuficiente para alcanzar la mejoría programada en relación a la ansiedad. Se presentan trabajos para que sean realizados en casa como complemento para promover o evidenciar una hipótesis, entendida ésta como experiencias que le

pueden ocurrir al paciente o eventos en los cuales se sienta en peligro. Como fortaleza puede mencionarse la facilidad de la paciente por implementar las técnicas terapéuticas a su vida cotidiana. Por los resultados obtenidos con la aplicación de técnicas la paciente alcanzó 8 puntos en la BAI. Esto indicó un nivel medio de ansiedad. Según escala CGI mostró una mejoría de 2 puntos, lo que la clasifica en el ítem de mucho mejor. Se alcanzaron los objetivos planificados al inicio de tratamiento: Reducción de la ansiedad por problemas económicos y laborales, reconocimiento de pensamientos automáticos negativos e implementación de técnicas de comunicación.

La evaluación de TAG a las personas que participaron en este proyecto de investigación fue realizada por dos medios:

- Escala de impresión global de mejoría al inicio de las sesiones y al término del tratamiento.
- Inventario de ansiedad de Beck .

Según las anotaciones de las evaluaciones realizadas y por los comentarios realizados por las pacientes, puede constatarse la mejoría en las áreas emocionales, sociales, conductuales y cognitivas. Según información obtenida por los participantes en este estudio los cambios fueron percibidos por personas con las cuales conviven y por familiares cercanos.

Por lo expuesto con anterioridad, se puede comprobar los beneficios que estas personas obtuvieron con la terapia cognitiva conductual. Así mismo al comparar la hipótesis de esta investigación con los resultados obtenidos, ésta es positiva, ya que se alcanzó una media del 79.5% de mejoría con relación a los datos basales.

## VII. CONCLUSIONES

- A. En esta investigación se atendieron dos casos de TAG, y se utilizaron evaluaciones que permitieron medir el proceso terapéutico. Alcanzándose un promedio de BAI final de 10 puntos y una media de 2 puntos según CGI, lo que indica encontrarse en la categoría de <mucho mejor>.
- B. En el primer caso se lograron alcanzar los objetivos planificados en el proceso terapéutico. La paciente logró identificar sus pensamientos automáticos negativos, incrementó sus relaciones interpersonales y eliminó su temor hacia la crítica y muerte. Controló su ansiedad aún en situaciones de crisis.
- C. En el segundo caso la participante controló emociones y pensamientos automáticos, logró programar y estructurar su vida en el área personal, laboral y académica. Estableció límites con familia cercana e hijos, inició a tener comunicación asertiva y eliminó el insomnio.
- D. En ambos casos el horario terapéutico fue considerado como un espacio placentero y de múltiples beneficios, según comentarios de las participantes.
- E. El modelo cognitivo utiliza técnicas de aprendizaje, las cuales son utilizadas como herramientas tanto cognitivas como conductuales, esto permite al paciente enfrentar futuras crisis, ya que reconoce pensamientos, conductas y sentimientos. Lo cual elimina la dependencia terapéutica. De esta forma, se dio por terminado el tratamiento con cada una de las participantes, ya que mostraron un dominio de las técnicas al mantener un nivel bajo de ansiedad, medido con el BAI y el CGI.
- F. La población guatemalteca es propensa a padecer de ansiedad generalizada ya que Guatemala es un país con alto índice de violencia, en el cual se violan derechos humanos (1 396 en el 2003) y cuya canasta básica alimenticia es insuficiente. Por lo

- G. que el presente estudio cobra importancia, al generar una base de datos de pacientes guatemaltecos, relacionada con la eficacia clínica de TCC en el tratamiento de TAG.
- H. Se pudo evidenciar en este estudio que la economía y la violencia fueron factores predisponentes en ambos casos para que las pacientes padecieran de episodios de ansiedad generalizada.
- I. Una de las características mencionada en la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* es la prevalencia en el sexo femenino (2:1) de padecer ansiedad generalizada. En la presente investigación el 100% de las personas diagnosticadas con TAG fueron mujeres.
- J. Son pocos los estudios realizados en Guatemala con relación al tema y son pocos los terapeutas que utilizan la corriente cognitiva como modelo de tratamiento en el país (Quinto, 2002:2). Esta investigación demuestra la eficacia de la TCC en TAG. Es un tratamiento rápido que varía entre 4 a 16 sesiones y que al mismo tiempo representa una oportunidad de corregir una patología como la de TAG a un costo bajo. También permite una mejoría de los pacientes desde un puntaje promedio hasta una remisión completa.
- K. Es importante concluir, que la terapia cognitiva conductual modifica la percepción del paciente hacia su enfermedad y su vida en general, de manera que logra cambiar las creencias nucleares, generando alternativas realistas y adaptativas para su estilo de vida.

## VIII. RECOMENDACIONES

- A. Se ha comprobado la eficacia de la TCC en el TAG, sin embargo los participantes en este estudio pertenecían a un nivel socioeconómico medio y de un nivel de estudios superior. Por lo cual se recomienda realizar una investigación que tome en cuenta a una población de nivel educativo y socioeconómico bajo.
- B. Comparar los resultados obtenidos en investigaciones con pacientes guatemaltecos con otros estudios internacionales.
- C. También se recomienda la elaboración de otro tipo de investigación que compare el abordaje psicoterapéutico y la terapia cognitiva conductual sin utilización de psicofármaco con el abordaje psiquiátrico cognitivo conductual con utilización de psicofármacos.
- D. Se considera que parte de la limitación económica de nuestro país dificulta la posibilidad de acceder a servicios de ayuda psicológica, por consiguiente se recomienda que se realicen campañas que promuevan la higiene mental, que al mismo tiempo proporcionen a la población estrategias de reconocimiento de situaciones generadoras de ansiedad, así como los problemas futuros que pueden poner en riesgo la salud, de no ser detectados los síntomas del TAG.
- E. Debido a que la población guatemalteca vive en un ambiente propicio para generar ansiedad, se recomiendan campañas de tamizaje para detectar a la población que padece dicho trastorno. Al mismo tiempo estudiantes de los últimos años de psicología podrían ser quienes proporcionen los tratamientos psicoterapéuticos.

## **IX. LIMITACIONES**

Con el fin de poder realizar el estudio, se entrevistaron y evaluaron a 23 participantes, de los cuales el 35% de éstos presentaron sintomatología de ansiedad generalizada. Sin embargo, solamente el 15% estuvo anuente a participar en el estudio. Una de estas personas no continuó con su tratamiento psicológico, de tal manera que se concluyó la presente investigación con dos pacientes. Una limitación fue poder contar con personas anuentes a participar en el estudio, a pesar de brindar a cada persona evaluada información valiosa acerca su estado de ansiedad.

En esta investigación se logró determinar la eficacia de la TCC en el tratamiento de TAG en dos estudios de casos. Sin embargo, se considera una limitante que las participantes fueran únicamente de sexo femenino y de un mismo rango de edad (46 y 48 años). Según Craig (2001:246) las mujeres en la madurez presentan a menudo transiciones y reevaluaciones difíciles. Además indica que la mujer se define a partir del ciclo familiar y no en función de ciclo laboral como es el caso del sexo masculino. Esto implica que se evidencia la presencia de patrones muy distintos a los del sexo opuesto. También en esta etapa de desarrollo, se presentan amplias diferencias individuales, las cuales son muy distintas a las de otras edades, ya que surgen grandes transiciones (Reinke, 1985 en Craig 2001:517). Esta investigación es un diseño cualitativo, el cual no incluye datos estadísticos que demuestren cuantitativamente la efectividad del tratamiento en comparación con otro tipo de estudio. Aunque se realizaron cálculos con base en porcentajes, la calificación numérica fue tomada en cuenta únicamente para determinar el resultado final en términos cualitativos. Además, por tratarse únicamente de dos casos, no es posible generalizar la efectividad de los resultados.

## **X. APRENDIZAJES DE LA EXPERIENCIA**

Heráclito filósofo naturalista (aprox. 540 – 480 a. C.), cuya filosofía se basaba en los cambios constantes de la naturaleza, el movimiento, el crecimiento y enriquecimiento de la razón, dijo: <<... descender dos veces al mismo río no es posible, ya que cuando se desciende, y se vuelve a ascender, ni yo ni el río seremos los mismos>> (Gaader, 2001:138). Esto sucede en la práctica clínica, el aprendizaje y crecimiento individual, es bilateral, ya que la interacción entre paciente y terapeuta permite generar un cambio en todas las áreas de ambas personas. Entiéndase por eso, en las áreas cognitivas, sociales, conductuales y emocionales.

Poner en práctica el conocimiento teórico adquirido durante el transcurso de los años de estudio.

Conocimiento y utilización de técnicas las cuales debían de ser adecuadas a las diferencias individuales de cada paciente.

La importancia de compartir los casos llevados (guardando siempre la confidencialidad) con otros colegas con el fin de conocer otros puntos de vista en relación al caso.

Beck, A. (1985:190) indica la importancia de la conceptualización y planificación del tratamiento psicoterapéutico, al ponerlo en práctica se puede verificar el papel del terapeuta (un instrumento para generar cambios en sus pacientes).

## XI. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychological Association. 1992. <*Ethical principles of psychologists and code of conduct*>. Revista American Psychologis. (47):1597-1611.
- Andrews, Gavin. 1993. <*The Essential Psychotherapies*>. Revista Journal of Psychiatry (162): 447-451. Recuperado el 26 de marzo del 2005 de la página Web: <http://www.txorisherri.com/psicoesen.htm>
- Andrew, Garvin; y L. Harvey. 1992. <*Meta – análisis de los trastornos neuróticos*>. Recuperado el 10 de febrero de 2005 de la página Web: <http://www.txorisherri.com/psicoesen.html>
- Arcas, Guijarro; y A. Cano Vindel. 1999. <*Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información*>. Revista Psicología.com. 3 (1):1-35. Recuperado el 13 de enero del 2005 de la página Web: [http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/art\\_6.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/art_6.htm)
- Bandura, Albert. 1977. *Social learning theory*. En *Psicología con aplicación para iberoamérica*, de Feldman, Robert. México, D. F., McGraw Hill. Págs. 438-439.
- Barlow, David. 2004. *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. New York. New York. Guildford Press. 704 págs.

- Beck, Aaron; y D. Clark. 1997. <*An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes*>. Revista Behavior Research and Therapy. (35)49-58.
- Beck, Aaron; y G. Emery. 1985. *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books. New York. 343 págs.
- Beck, Aaron; R. Laude y M. Bohnert. 1974. <*Ideational components of anxiety neurosis*>. Revista Archives of General Psychiatry. 31:319 -325.
- Beck, Aaron; y Rector, Neil. 2002. *Terapia Cognitiva para Esquizofrenia*. Beck institute for cognitive therapy and research. Recuperado el 23 de septiembre 2005 de la página Web: <http://JCP:ASU.EDU.html>
- Borkovec, Thomas; y B. Costello. 1993. *Long-Term Treatments of Anxiety disorders*. Columbus Ohio. American Psychiatric Publishing, Inc. 424 págs.
- Buttler, Gillian. 1991. <Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of general anxiety disorder>. Revista Journal of consulting and clinical psychology. (59) 1:167-175
- Buendía, Leonor; y P. Colás. 1999. *Métodos de Investigación en Psicopedagogía*. 3ra. ed. España. Editorial McGraw Hill Interamericana. 400 págs.
- Capafons, Antonio. et. al. 2005. <Effects of different types of preparatory information on attitudes toward hypnosis>. Revista Contemporary Hipnosis. 22 (2): 67-76.
- Celano, Mariane. 1990. <*Activities and games for group psychotherapy with sexually abused children*>. Revista International Journal of Group Psychotherapy. 40 : 419-429.

- Clasificación internacional de las enfermedades (*CEI-10*). 1992. Organización Mundial de la Salud 10ª.ed. Madrid, España. 395 págs.
- Craig, Grace. 1972. <*Symbolic interaction and retirement adjustment: An empirical asset*>. En *Desarrollo Psicológico*. México. Pearson Educación. Pág. 246.
- Craig, Grace. 2001. *Desarrollo Psicológico*. México. Pearson Educación. 696 págs.
- Cullari, Salvatore. 2001. *Fundamentos de Psicología Clínica*. Pearson Prentice Hall. México, D. F. 468 págs.
- Deci, Eduard; y R. Ryan. 2000. <*The 'What' and 'Why' of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior*>. Revista Psychological Inquiry. (11) 4:227-242.
- Dobson, C. 1992. <*A Meta-analyses of the Efficacy of Cognitive Therapy for Depressoin*>. En *Eficacia clínica de la terapia cognitiva en el tratamiento de depresión y trastorno de pánico*. Tesis Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Pág. 30.
- Drum, D. 1990. *Group therapy review*. En *Psicología con aplicación para iberoamérica*, de Feldman, Robert. México, D. F., McGraw Hill. Págs. 483-484.
- Escobedo, Claudia. 2003. *Eficacia clínica de la terapia cognitiva en el tratamiento de depresión y trastorno de pánico*. Tesis Universidad Rafael Landívar, Guatemala. 87págs.
- Fatout, Marian. 1987. <*Group work with severely abused and neglected latency age children*>. Revista Social Work with Group. 10: 5-19.

- Feldman, Robert. 1995. *Psicología con aplicaciones para iberoamérica*. 2da. ed. México. McGeaw Hill. 578 págs.
- Gelder, Michael. 1991. <*Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder*>. Revista Journal of Consulting and Clinical Psychology. 59 : 167-175.
- Goldfried, Marvi, M. Linehan, y J. Smith. 1978. <*Reduction of test anxiety through cognitive restructuring*>. Revista Journal of Consulting and Clinical Psychology. 46 :32 -39.
- Gaader, Jostein. 2001. *El mundo de Sofía*. España. Ediciones Siruela. 638 págs.
- Graham, A. 1996. *Psychofarmacology on Mental Disorders Treatments*. *Archives of General Psychiatry*. Recuperado el 10 de septiembre de 2005 de la página Web: <http://psyon.metaldistreat.com/html>
- Gram, Inger. 1992. <*Cancer anxiety and attitudes toward mammography among screening attenders, nonattenders, and women never invited*>. Revista American Journal of Public Health. (82) 2: 249-25.
- Greenberg, Dennis; y Padesky, Christine. 1998. *El Control de tu Estado de Ánimo*. Paidós. México. 254 págs.
- Greenwood, E. 1993. *Metodología de la investigación social*. Argentina. Paidós. 532 págs.

- Guy, Wund. 1976. <*Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment, manual*>. Revista Rockville, National Institute Mental Health. Recuperado en línea el 2 de Abril 2005 de la página Web:  
[http://www.faes.es/faes/bipfaes/tests/documentacion\\_test/193.doc](http://www.faes.es/faes/bipfaes/tests/documentacion_test/193.doc)
- Hales, Robert; S. Yudovsky y J. Tabott. 2000. *DSM-IV, Tratado de psiquiatría*. Tomo I, 3ra. ed. Barcelona, España. Editorial Masson. 944 págs.
- Hibbert, Ga. 1984. <*Ideational components of anxiety: The origin and Content*>. Revista British Journal of Psychiatry. 144: 618 – 624.
- Hunt, C. et. al. 1994. <*The treatment of anxiety disorders: clinical guide and patient manuals*>. En Andrews, Gavin. <*The Essential sychotherapies*>. Revista Journal of Psychiatry (162): 447-451. Recuperado el 26 de marzo del 2005 de la página Web: <http://www.txorisherri.com/psicoesen.htm>
- Iruarrizaga, Itziar y Manzano, Salvador. 1999. <*Intervención cognitivo conductual en los problemas de ansiedad de evaluación. Tratamiento de un caso*>. Recuperado el 25 de marzo 2005 de la página Web:  
[http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/art\\_7.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/art_7.htm) . 82 párrafos.
- Knell, Susan. 1998. <*Cognitive Behavioral Play Therapy*>. Revista Journal of Clinical child psychology. 27 (1) 28-33.
- Lars-GoEran OEst. 2003. <*Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder*>. Revista Behaviour Research and Therapy. 8:777-790.

- Larsen, Randy; y D. Buss. (2005). *Psicología de la personalidad*. 2da. ed. México. McGraw – Hill Interamericana. 651 págs.
- Lepper, Mark. 1984. <*Extrinsic reward and intrinsic motivation: Implication for the classroom. Age differences and academic correlates*>. National Institute of Mental Health. Recuperado el 4 de abril 2005 de la página Web: [Erbaumhttp://www.columbia.edu/~ss957/Lepper\\_Corpus\\_Iyengar.pdf](http://www.columbia.edu/~ss957/Lepper_Corpus_Iyengar.pdf)
- Lewis, P. 1987. *Therapeutic change in groups: An interactional perspective*. En *Psicología con aplicación para iberoamérica*, de Feldman, Robert. México, D. F. McGraw Hill. Págs. 483-484.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. 2000. 3ra. ed. Editorial Masson, S. A. Barcelona España. 871 págs.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) Breviario*. 2000. 2da. ed. Editorial Masson S.A. Barcelona España. 362 páginas.
- Marks, Isaac. 1981. *Cure and Care of Neurosis: Theory and Practice of Behavioral Psychotherapy*. New York. John Wiley. 348 págs.
- Mattick, Richard; L. Peters y J. Clarke. 1989. <*Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study*>. *Revista Behavior Research and Therapy*. 20:3-23.
- McNally, Richard. 1995. <*Automaticity and the anxiety disorders*>. *Revista Behavior Research and Therapy*. 33 :747-754.

- Ollendick, Thomas; y King, Neville. 1998. <*Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: current status*>. Revista Journal of Clinical Child Psychology. 27 :156-167.
- Orgilés, Mireia y col. 2003. <*La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia*>. Revista anales de psicología. 19 (2):192-204.
- Olivares, José et. al. 2002.<*Timidez y Fobia en niños y adolescentes: un campo emergente*>. Revista Social Work. (10):523-536. Recuperado de la página Web: [http://www4.ujaen.es/~ljgarcia/investig\\_archivos/timidez&FS.pdf](http://www4.ujaen.es/~ljgarcia/investig_archivos/timidez&FS.pdf)
- Portillo, Remedios. 2001. <*Tratamiento Psicológico de niños víctimas de Abuso Sexual*>. Revista Psiquiatría. com. 5 (3): 1:19 Recuperado el 9 de junio, 2004 de la página Web: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/63/3581/part4?++interactivo>
- Puledda, Salvatore. 2005. *Historia del Humanismo*. Recuperado en línea el 25 de junio, 2006 de la página Web: <http://idd00qaa.eresmas.net/ortega/human/human.htm>
- Power, K., et. al. 1989. *A controlled comparison of cognitive-behavior therapy, diazepam and placebo in the management of generalised anxiety*. En Lars-GoEran OEst. <*Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder*>. Revista Behaviour Research and Therapy. Págs. 777-790.

- Quinto, Emilio. 2002. *El Modelo Cognitivo*. 2a. ed. Guatemala. 78 págs.
- Rachman, S. 2001. <Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorder>. *Revista International Review of Psychiatry*, 13 (3):164-171.
- Reineke, B. et. al. 1985. <*Timing of psychosocial changes in women's lives*>. En *Desarrollo psicológico*, de Grace J. Craig. México, Prentice Hall. Pág. 517.
- Riordan, Richard y Beggs, Marilyn. 1987. <*Counselors and self – help group*>. *Revista Journal of Counseling and Development*. 65: 427 – 429.
- Robinson, L.; J. Berman y R. Neimeyer. 1990. <Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research>. En Andrews, Gavin. <The Essential Psychotherapies>. *Revista Journal of Psychiatry* (162): 447-451. Recuperado el 26 de marzo del 2005 de la página Web: <http://www.txorihherri.com/psicoesen.htm>
- Rubio, Gabriel. 2000. *El tratamiento de los trastornos de ansiedad a lo largo de la historia*. Congreso virtual de psiquiatría, 1º de febrero al 15 de marzo 2000. Conferencia 34 CI-E. Recuperado el 25 de diciembre 2005 de la página Web: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa34/conferencias/34\\_ci\\_e.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa34/conferencias/34_ci_e.htm)
- Puledda, Salvatore. (2000). Interpretaciones históricas del humanismo. Recuperado el 15 de julio de 2006 de la página Web: <http://idd00qaa.eresmas.net/ortega/human/human.htm>
- Ruiz, Cristina. 2001. *Dormir Bien*. Madrid. Grijalbo Mondadori. 287 págs.

Schut, Alexander; L. Castonguay, T. Borkovec. 2000. <Compulsive Checking Behaviors in Generalized Anxiety Disorder>. Revista Journal of Clinical Psychology. 57 (6):705-715.

Steward, Margaret, et. al. 1986. <*Group Therapy: A treatment of choice for young victims of child abuse*>. Revista International Journal of Group Psychotherapy>. 36:261-277.

White, Jim; N. Brooks y M. Keenan. 1995. <Stress Control: A Controlled comparative Investigation of Large Group Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Process of Change>. Revista Clinical Psychology & Psychotherapy. 2 (2):86-97.

## XII. APÉNDICE

Apéndice A: Caso 1

### CURSO DEL TRATAMIENTO

Toda sesión se llevó a cabo en la Clínica No. 1 del *Centro de Apoyo a la Comunidad*, Universidad del Valle de Guatemala, en el horario de 16:00 a 17:00 horas.

#### Sesión 1

Fecha:	8 septiembre, 2005
--------	--------------------

#### Objetivos

Pasar primera entrevista, inicio de vínculo terapéutico y conocer parte de su problema actual

Evaluar a la paciente con el inventario de ansiedad de Beck con el fin de verificar su diagnóstico para formar parte del estudio.

Informar acerca de las reglas, servicio a presentar y responsabilidades que conlleva el curso de la terapia.

Explicación del modelo cognitivo conductual

Inicio de conocimiento de pensamientos y situaciones

Firma del consentimiento informado

#### Curso de la sesión

##### 1. **Apariencia del paciente**

Mide aproximadamente 1,56 mts. Acudió vestida acorde a su edad, buena higiene y presentación en general.

##### 2. **Rapport** (entiéndase por *rapport* el establecimiento de vínculo terapéutico)

Se logró un vínculo terapéutico propicio, por lo que la paciente compartió experiencias de su vida, expresándose de forma fluida y tocando temas de su interés.

**3. Tema central**

Relato de su historia personal y problema actual.

**4. Ejercicio en clínica**

Práctica de reconocimiento de pensamientos.

**5. Tarea para casa**

Listado de situaciones y sentimientos.

**6. Observaciones sesión 1**

S.M. es una persona amable y cortés, de voz suave. Adherente al tratamiento psicológico ya que desde hace un año trae a sus hijas al *Centro de Apoyo Comunitario*.

Al hablar del estado de salud de su hija mostró determinado nerviosismo (tensión muscular, discurso pausado con dificultad de expresión, respiración acelerada) y no utilizó el vocabulario acorde para la descripción de las crisis. Al relatar la muerte de sus padres, mostró gestos y expresiones de tristeza. Según indicó presentaba mayor afinidad hacia su hermana menor. Se pudo observar la tensión que maneja, mostrando un lenguaje corporal de: manos empuñadas constantemente y una postura rígida en la silla. Se inició a dar a conocer el modelo cognitivo conductual y se inició con ejercicios de respiración.



ejercicios de relajación la relajación muscular en sesiones posteriores.

La tarea pretendió identificar la diferencia entre situación y pensamientos, con el fin de que la paciente reconociera las diferencias entre ambos criterio y pudiera expresarse mejor para logara una mayor comprensión de su situación. Lo anterior se llevó cabo tomando como base lo que indica Greenbeger, (2001:16): <<...pensamientos y conductas están estrechamente conectados>>.

## **Sesión 2**

Fecha: 22 septiembre, 2005
----------------------------

### **Objetivos**

Revisión de tarea

Identificación de estado de ánimo y ansiedad en consulta

Iniciación de ejercicio de relajación básico.

### **Tema central a tratar**

Ejercicio de situación, emoción o pensamiento

Entrega de un listado que describe diferentes estados de ánimo, para poder brindar a la paciente herramientas de expresión e identificación de emociones.

### **Curso de la sesión**

#### **1. Apariencia del paciente**

Desaliñada: poco arreglo personal (blusa fuera del pantalón, suéter muy abierto hasta cierto punto mal colocado, zapatos no acordes a la forma de vestir y con calcetas de un color llamativo) despeinada.

#### **2. Tema central**

- a. Situación vivida por una convulsión (duración de 45 min.)
- b. Confesión de su hija, en la cual contó haber sido víctima de acoso sexual por parte de un primito de 8 años cuando ella tenía 2.
- c. Crisis de angustia al pensar que su hija de 12 años pueda padecer de epilepsia también.

### **3. Ejercicio en clínica**

Hoja de reconocimiento de situación, emoción o pensamiento, entrega de listado de vocabulario para lograr mejor expresión de sus sensaciones. Se trabajó con escalas para que la paciente identifique el grado de ansiedad que maneja y al mismo tiempo reconozca que es capaz de disminuirlo. Se inició con la técnica <¿Cuál es la evidencia?>

Escala para identificar el grado de ansiedad.

### **4. Tarea para casa**

Ejercicios de relajación con un mínimo de 10 min. diarios y un máximo de 20.

Identificación de pensamiento y sentimiento (de su vida cotidiana).

### **5. Observaciones de sesión 2**

La falta de asistencia a terapia, debido al feriado oficial, ocasionó retraso en su avance terapéutico. Comentó haber tenido una semana difícil de controlar en cuanto a la ansiedad, y dominio de pensamientos negativos que la atormentan frecuentemente. Padecimiento de insomnio.

En el ejercicio realizado en clínica, no presentó ninguna dificultad para el reconocimiento de situación, emoción y pensamiento, realizó la tarea y pudo expresar las diversas situaciones que ocasionan ansiedad de forma correcta. Al entregarle el listado de estados de ánimo, expresó y reconoció en qué estado de ánimo se encontraba, y cómo se le dificultaba manejarlo. Este dato fue un indicador para trabajar este tema con el paciente. Según Beck (1985:188) todo dato expuesto por el paciente, el terapeuta debe de saber señalar determinados datos para llegar a controlar la ansiedad.

La tarea de relajación tuvo dos propósitos: disminuir la activación emocional o fisiológica de la ansiedad, bloquear pensamientos recurrentes no deseados, ser más consciente de su organismo y de los cambios que se producen en él (Ruiz, C.2001:157).

**Segmento de la transcripción de la sesión 2, que ejemplifica la dificultad en el control de pensamientos automáticos:**

**T.** Ha raíz de esto, ¿Cómo lo has manejado, como mamá, cómo te sientes?, vamos a tratarte a ti, ¿Cuál es el pensamiento que viene constantemente a ti, que te produce crisis, por qué dices que te da cólera?

**P.** Si, me acuerdo de esa última tarde, me acuerdo de un *pants* azul pequeñito con una franja roja y pienso que pequeñita era mi hija, en ese entonces, pienso que las quise cuidar siempre y mantenerlas en un ambiente sano, y no de un abuso. ¡Dios guarde!, y que yo misma la haya llevado a donde sucedió, como que lo mismo verdad, sigue la culpa, la cólera, porque sigo pensando, mejor hubiera pagado una muchacha o la hubiera llevado a otro lugar, talvez no hubiera sucedido reverenda cosa.

**Sesión 3**

Fecha: 29 septiembre, 2005

Objetivos

Revisión de tareas semana pasada.

Control de estado durante la semana (que el paciente relate cómo se ha sentido).

Supervisión de ejercicio de relajación.

Tema central

Enfoque en autoestima, herramienta de ansiedad.

Identificar el grado de ansiedad con el cual vino a clínica y el grado de ansiedad en el cual se encuentra en la actualidad.

**Curso de la sesión**

**1. Apariencia del paciente**

Desmejorada, vestía pantalón deportivo, camiseta fuera del pantalón, y zapatos deportivos, también compartió comentarios que denotaban desgano.

**2. Tema central**

Indicó haber estado un poco más consciente de sus pensamientos y cómo éstos afectaban su funcionamiento. Mostró especial preocupación y ansiedad por un evento familiar (graduación de la hermana del niño que supuestamente acosó sexualmente a su hija). Mostró enojo, ansiedad, desgano. Desinterés por asistencia al evento y temor a la

reacción que podría tener hacia joven.

Otra situación estresante fue que la niña volvió a convulsionar, pero indicó que aunque se puso nerviosa, no hubo dolor de estómago, ni tuvo que salir corriendo al baño. Sin embargo, por su relato se infiere que hubo descontrol en su conducta y en pensamientos. Su pensamiento automático <Ya va a convulsionar>, <No tengo la medicina> <¿Cuánto durará la convulsión?> <¡Vamos, que nadie la mire cómo convulsiona!>, <Ya van a empezar a hablar de nosotros>. Su conducta fue esconder a la niña (introducirla rápidamente al carro y llevarla a casa). Emoción: ansiedad, temor. Miedo: Crítica social.

### 3. Ejercicio en clínica

Identificación de pensamiento, emoción y situación. Pensamiento automático negativo, técnica de jerarquía de estímulos, relajación y utilización de escalas para la identificación del grado de ansiedad.

### 4. Tarea para casa

1. No planificar el día siguiente (el día de la graduación). Tratar de que pensara solamente en las cosas que realiza.
2. Identificación de situación que dispara el pensamiento negativo; e identificarlo para poder detallar emoción y sentimiento.
3. Iniciar con pensamiento de bloqueo. En este caso se recomendó una oración a María, ya que es algo que calma a la paciente.

### 5. Observaciones de la sesión 3

En la revisión de tareas, la paciente mencionó reconocer aspectos positivos, sin embargo, predominaron sus pensamientos negativos, los cuales opacaban los positivos. Este dato se pudo verificar en la tarea asignada, también al iniciar a describir sentimientos correctamente (estimación de las emociones). En el ejercicio de jerarquía de estímulo la paciente se tensaba al ir acercándose al evento temido. Hubo un momento en el que la paciente inició a llorar del disgusto que sentía hacia la situación. El ejercicio logró su objetivo, reconoció las emociones, situaciones, pensamientos y conductas. Identificó sus conductas negativas y cómo no deseaba que éstas sucedieran.

Su mentalidad hacia el evento la centró en el apoyo que le brindaría a su hija (asistir al evento, mejorar actitud, arreglo personal adecuado, evitar malos comentarios hacia la familia, mejorar su ánimo).

La técnica de identificar las emociones está diseñado para ayudar a identificarlas y ponerlas por separado de otros importantes aspectos de la vida. Al mismo tiempo es necesario centrarse en una situación concreta en la cual se experimente un estado de ánimo intenso o poderoso (Greenberger, D., 2001:41-49).

La jerarquía de estímulos el objetivo consiste en listar situaciones temidas para ser utilizadas en la exposición (Quinto, E., 2000:17).

**Segmento de la transcripción de la sesión 3, que ejemplifica los beneficios de la aplicación de la técnica “jerarquía de estímulos”**

**T.** Como fin de la sesión, recapitulemos: Iniciaste a reconocer qué es positivo y qué es negativo para ti. Reconociste que a pesar de lo difícil que te representa llevar la enfermedad de tu hija, hay muchas cosas positivas. Aprendiste técnicas que te ayudarán a controlar momentos de crisis. ¿Cómo te sientes?

**P.** El ejercicio (refiriéndose a la aplicación de la técnica jerarquía de estímulos) me sirvió de mucho, ya que pude reconocer lo tensa que me veo y lo mal que esto me hace actuar. Reconozco que mi hija es más fuerte que yo. Ella fue la abusada y piensa ir a la reunión sin ocasionar tanto alboroto como yo. Aprendí que no debo criticar a la familia de mi esposo, no tengo motivo. Me hizo bien poder expresar lo que siento hacia Pa. Ya que siento mucho alivio.

**Sesión 4**

Fecha: 13 de octubre, 2005

**Objetivos**

Revisión de acontecimiento que produce crisis de ansiedad.

Revisión de tareas y discusión de las mismas.

Entrega de guía de ayuda de identificación de pensamiento automático.

**Curso de la sesión**

**1. Apariencia del paciente**

En esta sesión la paciente llegó con mejor apariencia (bien peinada, con un poco de

maquillaje, zapatos acordes a su vestimenta).

## **2. Tema central**

La sesión inició con la revisión de lo acontecido en los quince días pasados. Se dirigió la terapia hacia los pensamientos, sentimientos y emociones más relevantes. Indicó estar cansada de vivir la misma situación. Informó que su hija presentó otra crisis estando en una reunión familiar. Nuevamente sus pensamientos recurrentes ante la situación fueron: <Va a convulsionar aquí donde hay tantas personas, no tengo la medicina y ella no volvió a sentir ningún síntoma, a dónde la llevo para que no la miren, dónde está J. (esposo) para que me ayude a esconderla. ¡Qué van a decir todos!> No pudo definir sus emociones, centró su atención en la crisis.

Se trató el tema de la graduación, a la cual no deseaba asistir. Relató que el evento le fue difícil, sin embargo el ejercicio realizado en clínica la sesión anterior, le permitió controlar mejor sus pensamientos, emociones y conductas. Persistencia de pensamientos automáticos. Mostró mucho negativismo ante toda situación de su vida, dato que llamó la atención al terapeuta.

Los objetivos fijados para esta sesión no pudieron cubrirse a cabalidad debido a que la paciente no cumplió con su tarea establecida. La persona requiere de mayor supervisión (sesión semanal).

La terapia se basó en la autoestima de la paciente, poniendo énfasis en tener un tiempo de relajación y distracción personal (desde el punto de vista de auto-recompensa). Se inició el proceso de disminuir el estigma social que presentaba ante las convulsiones y la enfermedad de su hija.

## **3. Ejercicio en clínica**

Reconocimiento de las emociones percibidas, pensamientos y conductas en una situación de crisis.

## **4. Tarea para casa**

Utilización de técnica de autorecompensa. Listado de actividades que le gustaría realizar para premiarse a sí misma por una buena conducta. Alternativas: Buscar libro poco interesante para leer en sus noches de insomnio con el fin de brindarle

herramientas para evitarlo.

Búsqueda de información sobre epilepsia.

#### 5. Observaciones de sesión 4

No asistió a su consulta el día 6 de octubre, por ser el cumpleaños de su hija. Presentó aburrimiento poco usual en la paciente. Manifestó sentir cansancio ante la epilepsia y situaciones de la vida cotidiana. Seria, no sonrió durante el transcurso de la sesión. Detalle que se tomó en cuenta; al preguntarle al respecto, no hizo ningún comentario. Al cumplir un mes de sesiones se pasó el segundo BAI, el cual mostró una mejoría considerable en lo relacionado a su ansiedad.

Las técnicas utilizadas tenían como objetivo:

Reconocimiento de distorsión cognitiva, pensamiento, situación, emoción y conducta.

Utilización de reforzamientos concretos con ella misma para aumentar las conductas deseadas.

Higiene de sueño para lograr mejores hábitos en su rutina de sueño.

Aprendizaje (brindar mayor información sobre la epilepsia, mayor control).

#### **Segmento de la transcripción de la sesión 4, donde S.M. manifiesta el cansancio que siente ante la enfermedad de su hija, y el reconocimiento de distorsión.**

**P.** Yo, la mire en el sofá, mire su semblante, y supe que iba a convulsionar, y rápido pensé; <No estoy en la casa> <No tengo la medicina> y le dije a mi esposo, ¡Vamos! y ella empezó a convulsionar. En ese momento nos fuimos para la casa, salimos huyendo casi, y en la casa le dio otra convulsión, pero ya fue leve, se le manifestó con movimientos en el hombro izquierdo. Me parece tan cansado estar pendiente de si se encuentra bien o no.

**T.** ¿Estás cansada de estar tan pendiente de tu hija?

**P.** (No responde)

**T.** En la casa de tus suegros te pusiste tensa y lo que hiciste fue decirle a tu esposo, ¡Vamos!, porque no querías que la vieran.

**P.** Si, y es que donde estábamos, era un cuartito pequeño, no podía acostarla y no sabía que tan fuerte iba ser la convulsión, y pensé, que nos daría tiempo a llegar a la casa, por si la convulsión tardara mucho y poder darle la medicina. La sacamos inmediatamente. Cuando íbamos en camino, yo la llevaba medio acostada y le pregunte a J. ¿Que hora es?, él me dijo 6:10 y a esa hora inicio la convulsión, como te digo, leve en comparación de otras veces.

Llegamos a la casa, la sacamos y ella reaccionó con todas las secuelas que le dan: migraña, dolor de cuerpo, cansancio y malestar. Como a las 9:00 p.m. ella ya se sentía mejor y le dio hambre.

**T.** ¿Ella, siempre tiene esa reacción?

**P.** Si, se queda inconsciente, después de la convulsión se queda dormida, a veces horas. Yo, no quería estar en la casa de mis suegros, por lo mismo, y es que a veces yo lo veo, como un show y no me gusta que le digan <pobrecita> o cosas parecidas, todos pendiente de lo que le va a pasar y otros se ponen a llorar y lo que yo quiero es que la traten y la tratemos lo más normal posible. Además pienso que ellos miran lo torpe que soy, lo que me cuesta manejar la situación, me pueden criticar.

**T.** La información que me estás proporcionando es muy importante para tu proceso terapéutico, ya que quiero que aprendas algo. Mencionas que piensas que las personas te critican. Me puedes mencionar por qué piensas que lo hacen, qué prueba tienes para estar segura de lo que estás pensando.

**P.** Su mirada.

**T.** ¿Ellos te han mencionado alguna vez que te creen torpe en el momento que tu hija convulsiona?

**P.** No

**T.** Aparte de la mirada, ¿alguna otra señal?

**P.** No

**T.** Entonces, ¿podría ser que la mirada en lugar que sea de crítica, sea de preocupación?

**P.** Si

## **RESULTADOS DEL SEGUNDO BAI**

BAI: 31. La paciente se encontraba en un nivel severo según escala BAI. Debía continuarse trabajando en los síntomas que persistían con puntuación máxima de 3 puntos: temores, inquietud, sentirse inestable, evitación de lugares donde se siente nervioso. Con relación al BAI basal, la mayoría de los síntomas se lograron reducir uno o dos puntos. Se alcanzó una mejoría de 34% en la cuarta sesiones de terapia.

### **Sesión 5**

Fecha: 28 de octubre, 2005

Objetivos

Trabajo de autoestima

Reducir pensamientos ante estigma de epilepsia

Iniciación de utilización de escalas

Búsqueda de alternativas ante problema (Epilepsia)

### **Curso de la sesión**

#### **1. Apariencia del paciente**

Apariencia apropiada al igual que su higiene.

#### **2. Tema central**

El énfasis de la sesión fue la autoestima, actitud positiva, auto-recompensa, y entrenamiento de comunicación.

La paciente mencionó que, aunque su vida ha cambiado ha vivido muchas dificultades y ha salido adelante. Cuando revisó la tarea que se le había asignado, comprobó que el tiempo que demandó para sí misma le hizo sentirse muy bien, se sintió más descansada. Entre el tiempo que buscó para dedicarse a sí misma, relató haber seleccionado: ir a refaccionar con unas amigas (actividad que había abandonado desde hace más de tres años), salió a caminar dos veces por semana, descansó después de almuerzo 15 o 20 minutos y leyó un libro.

Se inició con la técnica de búsqueda de soluciones y se logró una mejoría en el control de pensamiento, situación y conducta ante crisis: Reconoció lo positivo de la situación, analizó no haber experimentado conductas y sentimientos negativos como: culpa, miedo, aislamiento, sobreprotección. Se aplicó técnica de estándar doble para que la paciente infiriera que tenía derecho a: vivir sin estar angustiada todo el tiempo, a descansar, pasear, etc.

En esta sesión se lograron los primeros objetivos planificados: Reducir ansiedad ante eventos de la vida cotidiana, reducir ansiedad ante las convulsiones e incremento de autoestima.

Para educar al paciente en lo relativo a comunicación, se utilizó la técnica de entrenamiento en comunicación debido a que hubo distanciamiento entre madre e hija, ocasionado por una decisión que la madre tomó sin consultarle a la niña.

### 3. Ejercicio en clínica

Reconocimiento de pensamientos negativos, distorsiones. Enseñanza en cuanto a comunicación y desarrollo cognitivo de niños en el rango de edad de tres a seis años. Reconocimiento de pensamiento, sentimiento y conducta. Modelamiento.

### 4. Tarea para casa

Fijar metas y cómo se cumplirán. Ayudar a la paciente a que identifique su sentido de vida.

### 5. Observaciones de sesión 5

En esta sesión manifestó una actitud positiva de S.M., el cumplimiento de tareas y la resolución a querer visualizar lo positivo que tiene la vida. La importancia que le dio a su persona y el tener <derecho a vivir la vida>, según sus propias palabras. A esta sesión trajo el historial médico de su hija, e información sobre epilepsia, para realizar un folleto informativo para su familia.

**Segmento de transcripción de sesión 5, en el cual se puede observar el tiempo que buscó para descansar, acudir a una refacción con sus amigas, actividad que tenía más de tres años de no realizar.**

**T.** Es importante que comprendas lo que se logró en esta sesión, por los ejemplos que proporcionaste de tu vida cotidiana, pudiste darte cuenta cómo influyen las creencias en nuestros pensamientos y cómo éstos a su vez nos hacen sentirnos de determinada manera. Posees herramientas que te ayudan a frenar las creencias y a calmar tu ansiedad. Además actuaste muy bien ante la crisis que surgió esta semana.

**P.** Si, la verdad que aunque es difícil vivir una enfermedad crónica, veo que poco a poco aprendo a ver la vida de otra manera. Reconocer con los ejemplos que vimos hoy cómo mis pensamientos no me ayudan, me hacen tener más certeza de que debo continuar en la lucha. Estoy segura que podré dominarlos.

Antes de terminar, te cuento que fui a refaccionar con unas amigas el otro día, las cuales tenía tres años de no reunirme con ellas. A. me llamó para decirme que tenía dolor de estómago, y le pedí que llamara a su papá, pues yo estaba en una reunión con mis amigas. La pasé muy bien y me di cuenta que puedo vivir una vida. Estoy iniciando a leer un libro en mis ratos dedicados a mi persona. Es poco dos veces por semana, pero ya estoy trabajando en eso.

**T.** Bien, eso está bien. ¿Le aconsejarías a tu hermana mayor que cuando tenga mucho que trabajar, se dedique 10 minutos a ella misma?

**P.** Sí claro, se lo merece.

**T.** ¿Y tú?

**P.** También.

## Sesión 6

Fecha: 3 de noviembre, 2005
-----------------------------

### Objetivos

Revisión de tarea

Discusión de problemas importantes, según semana transcurrida.

Avanzar a ver resolución de problemas, alternativas y toma de decisiones

### Curso de la sesión

#### 1. Apariencia del paciente

Esta sesión la paciente se presentó con buen humor, muy sonriente. Acudió a cita puntualmente. Bien vestida y arreglo acorde a su edad.

#### 2. Tema central

El tema giró alrededor de la tarea llevada a cabo en el transcurso de la semana. Dos problemáticas:

- Convulsión en reunión familiar
- Graduación

#### 3. Ejercicio en clínica

Se realizó ejercicio de búsqueda de alternativas con el fin de analizar pensamientos para buscar evidencia que apoyara y refutara el pensamiento y que disminuyera la ansiedad (técnica de ¿Cuál es la evidencia?). Se enfatizó en la solución de problemas y valoración a su trabajo (técnica de aceptación). Reducción de atención a lo negativo (análisis funcional). El control del estado de ánimo enseña habilidades necesarias para realizar cambios fundamentales en las emociones, conductas y relaciones (Greenberg, D., 2001:187). Se proporcionó información acerca de la relación que existe entre los términos de salud mental y enfermedad. También se le instruyó para trabajar con escalas para medir ansiedad. Por último se realizó una programación de sus labores cotidianas. También se trabajó con técnicas psicoterapéuticas para mejorar su higiene del sueño.

#### 4. Tarea para casa

Esquema de experimentos

Hoja para reconocer pensamientos automáticos

Hoja de búsqueda de alternativas.

#### 5. Observaciones de sesión 6

S.R. manifestó tener mayor conocimiento de sus pensamientos, pues en clínica reconoció lo que le sucede y cuáles eran sus pensamientos con exactitud, sin embargo, mencionó que le era muy difícil bloquear los pensamientos negativos. Utilizó la oración para bloquearlos, pero no con el resultado deseado. A pesar de las dificultades que presentó en esta sesión, S. M, presentó positivismo y entusiasmo, manifestándolo en la aplicación de las técnicas donde logró reconocer que ella era capaz de solucionar por sí misma los problemas además de buscar alternativas que le permiten ser más asertiva.

#### **Segmento de la transcripción de la sesión 6, en la cual se ejemplifica cómo reconoció lo que le sucede y cuáles eran sus pensamientos.**

**T.** Vamos a retomar algo que hiciste, talvez no le diste mucha importancia pero con fin terapéutico tiene mucho valor. Al decirle: <yo me sentí culpable al saber que pasaste por esa situación, sin embargo, yo no lo hice con el afán de hacerte daño> ¿Qué reacción tuvo ella cuando le dijiste eso?

**P.** Ella no pensaba que tuviera culpa en ningún momento, me sentí muy bien.

**T.** ¿Te sentiste tranquila?

**P.** Si, pues yo temía que ella dijera que porqué mi mamá me llevó allí de chiquita, ella tiene la culpa.

**T.** Tus pensamientos te estaban llevando a eso, y es allí donde nosotros tenemos que empezar a trabajar cabalmente.

Hoy lo hiciste como se tenía que hacer, venir, hablar porque muchas veces suponemos las cosas, nosotros las pensamos y resulta que no es así, entonces nosotros vamos a iniciar con un ejercicio, y es el ejercicio de empezar a cuestionar todos nuestros pensamientos, ¿qué es aquello que hace que mis pensamientos sean validos? o ¿qué es aquello que hace decir estoy pensando equivocadamente?, yo tuve la culpa, yo la ayude, ella ha de pensar de que yo la quise llevar allí, que no la quise cuidar. ¿Qué de todo lo que yo pienso hay evidencia que me diga que eso es cierto? ¿Porqué lo digo yo?,

¿Por que ella me lo dijo? ¿Porque me lo demostró?, ¿Qué cosas / evidencias hay para que mi pensamiento sea real? Hoy te das cuenta que esos pensamientos solo te hicieron sufrir. ¿Estas de acuerdo?

**P.** Si, tienes toda la razón, en varias ocasiones me haz dado ejemplos donde me haces ver cómo la mayor parte de lo que creo, yo lo invento.

**T.** No es para sentirse mal, acuérdate que por eso estás en terapia, para aprender.

## Sesión 7

Fecha: 10 octubre, 2005

Objetivos

Búsqueda de alternativas.

Ejercicios de respuestas alternas.

### Curso de la sesión

#### 1. Apariencia del paciente

Llamó la atención que venía con un *suéter* de colores llamativos. Lo cual no es usual en ella. Siempre acudía a sesión con vestimenta de colores oscuros o neutros (blanco, gris).

#### 2. Tema central

La sesión se basó en la hoja de tarea entregada la sesión anterior. El suceso que seleccionó la paciente para tratar fue la pérdida del bebé de la esposa de su sobrino. Lo ocurrido se tomó como ejemplo para comparar las conductas utilizadas por S. M. y las de su hermana ante una crisis. Concluyó que eran muy similares y relacionó su forma de actuar actualmente con la forma que actuó su madre cuando murió su papá. Comprendió que ella siempre relacionaba toda enfermedad con la muerte, y el temor que ella le tenía a ésta. Indicó que siempre que había un enfermo en su familia, rápidamente lo asociaba con la idea de que esa persona moriría; en ocasiones hasta llegaba a visualizar el funeral. Comprendió su forma de relacionar su pasado con el presente y la imitación de patrones, adquiridos de su madre. Según indicó nunca pensó que la muerte de su padre influyera tanto en su vida de adulto. También determinó que el esquema aprendido es el que

utiliza con la enfermedad de su hija.

### 3. Ejercicio en clínica

Información de aprendizaje por modelamiento (Bandura, A., 1977 en Feldman: 438-439) para comprensión de patrones aprendidos. Análisis del esquema de pensamiento <la idea de vida perfecta versus existencia de dificultades en la vida cotidiana (Técnica de ¿Cuál es la evidencia?)>. Énfasis en la creencia nuclear.

### 4. Tarea para casa

Qué actitudes desea cambiar para no copiar patrones aprendidos. (Técnica de colocar el evento en perspectiva), ¿Qué podría ser peor, mejor o igual en consecuencia de mi forma de actuar actual? ¿Qué podría yo cambiar o mejorar?

### 5. Observaciones de sesión 7

Se lograron los objetivos: Reconocimiento de la barrera existente con relación a la epilepsia e inducir a la paciente a la búsqueda de soluciones y toma de decisiones. En esta oportunidad la paciente mostraba sentimientos encontrados de alegría y tristeza al mismo tiempo. Sin embargo se pudo observar que mantuvo un determinado control en el manejo de sus emociones (reconocimiento de su creencia nuclear).

#### **Segmento de la transcripción de la sesión 7, en la que se ejemplifica el reconocimiento de la barrera existente ante la Epilepsia.**

**T.** Bueno ésta es la séptima sesión, ¿Qué me puedes contar?

**P.** Te cuento que cuando mi hija convulsionó, yo piense, <es grave, se va a morir y lo relaciono con la muerte de mi papá>, por eso sufro mucho, es como una película que pasa y me recuerdo de mi papá y pienso que cuando mi hija convulsiona se va a morir. Y es que la muerte de mi papá fue tan traumática. No puedo decir lo mismo de mi mamá, que en lo personal, me dolió más la muerte de mi mamá, pero los efectos y traumas fue más con el fallecimiento de mi papá.

Yo no comparo nada de mi mamá con lo que me pasa, en cambio comparo todo con la muerte de mi papá. Mi mamá no pudo manejar la tristeza y nos envolvió a nosotros en ella. Mi madre murió el día que murió mi papá. Y ahora cuando alguien se enferma, yo pienso que terminará en muerte.

\* Inicio del reconocimiento de creencia nuclear

## Sesión 8

Fecha: 17 noviembre, 2005
---------------------------

### Objetivos

Terapia de pares (Comparación de niveles de ansiedad entre ambas madres, comparación de conocimiento ante la enfermedad, comparación de reacciones entre ambas madres, sobreprotección, sentido de vida, responsabilidad, programación de vida.)

### Curso de la sesión

#### 1. Apariencia del paciente

Se pudo observar determinado nerviosismo por parte de S.M. al conocer a otra madre que poseía su mismo problema. Al inicio mostró un poco de timidez, y también un poco de inseguridad al hablar.

#### 2. *Rapport*

El *rapport* logrado entre ambas madres fue bueno, S.M. realizó preguntas que traía preparadas y expresó al final de la sesión su agradecimiento por la información compartida. A.C. por su parte, tuvo la confianza de comentar acerca de sus emociones y sentimientos de vivir con un hijo epiléptico y respondió a toda pregunta que se le hacía, persona muy colaboradora con el proceso.

#### 3. Tema central

El tema central se basó en los objetivos fijados para esta sesión. Logrando canalizar la sesión en éstos.

Hubo comentarios muy valiosos para la paciente, la cual se infiere por sus comentarios que comprendió lo que se necesitaba para mejorar su afrontamiento a la enfermedad de su hija.

#### 4. Ejercicio en clínica

Sesión de pares.

## 5. Tarea para casa

Listado comparativo de: reacciones, conocimientos, estilo de vida.

## 6. Observaciones de sesión 8

Se realizó esta sesión con el fin de que la paciente comprendiera que no solamente ella vive con una persona que padece de epilepsia.

La consejería entre pares es el proceso de acompañamiento y escucha que se produce entre dos personas desde una misma condición: social o de salud, el fin es disminuir el impacto o la crisis.

La educación entre pares significa educación entre iguales, o educación entre personas que comparten alguna característica importante desde la identidad. Las diversas experiencias de educación entre pares se asientan sobre la base que el trato entre pares es directo y que se comparte un mismo lenguaje (Lewis, 1987; Drum, 1990 en Feldman, 1995:483-484).

Suele utilizarse para promover cambios en el ámbito individual, por medio del trabajo sobre los conocimientos, actitudes, creencias o comportamientos de una persona. (Steward, et. al.1986:261-277; Celano, 1990:419:429)

Ventajas:

- Disminución del aislamiento social: La terapia de grupo provee experiencias de socialización no disponibles en una atención individual y por ende promueve el desarrollo de habilidades sociales y la adquisición de estrategias no violentas para la resolución de conflictos. (Steward, et. al. 1986:261-277).
- Mejora la autoestima: Dejan de sentirse diferentes de otros, pues al compartir con pares ciertas vivencias comunes, descubren que no son los únicos que han vivido o viven experiencias de ese tipo (Fatout, 1987:5-19)
- Apertura del secreto: Escuchar el relato de los pares, facilita identificar las propias emociones asociadas a la experiencia vivida en la enfermedad, sirviendo de aliciente para la abierta expresión de las mismas (Steward et. al 1986:261-177).

**Segmento de la transcripción de la sesión No. 8, en la cual se ejemplifica el cumplimiento de los objetivos: la comparación de niveles de ansiedad entre ambas madres, comparación de conocimiento ante la enfermedad, comparación de reacciones.**

**S. R.** ¿Cómo empezó?

**A.C.** Ese día estaba sola con mi niño más pequeño, eran como a las 12 del día, cuándo él cayo y empezó a moverse muy bruscamente, no sabía lo que estaba pasando, me asusté mucho, y yo decía <¿pero, qué le está pasando?>. Estaba tan angustiada que ese día había un vecino que estaba almorzando y quería que él dejara de almorzar y que se fuera conmigo al hospital o hiciera algo para ayudarme. Porque hay gente que se presta en esos casos. El pobre señor, dejó de almorzar y dijo que lo preparáramos para llevarlo al hospital. Llegamos y al llegar lo examinaron y le hicieron evaluaciones. Hasta las 6 de la tarde reaccionó. Cuando él reaccionó se sintió desorientado, y se asustó al ver que estaba en un lugar diferente. Me contó el Dr. que lo tuvieron a agarrar entre varios, a pesar de que él era pequeño (el niño).

**S.R.** ¿Allí mismo le diagnosticaron la epilepsia?

**A.C.** No, solo me dijeron <le vamos a dar ésta medicina y me dieron instrucciones para cuidarlo>. Él (refiriéndose a su hijo) pasó sin convulsionar durante 2 años. Yo venía y le daba la medicina, el día que no le daba la medicina yo no notaba ningún cambio. El niño jugaba y parecía normal, que no había ningún problema.

Yo tenía la esperanza de que él, ya no iba a volver convulsionar. Así que suspendí la medicina por un año. Pero, nuevamente convulsionó.

Lo lleve con el médico, con un neurólogo, quien confirmó que él padecía de convulsiones y me explicó en qué consistía, que no se iba a curar, pero que se podía controlar con medicamento. Yo estaba muy triste, me costó aceptar y me preocupaba mucho porque económicamente no estaba bien, pero poco a poco fuimos saliendo. Uno como madre presenta siempre el temor, de que su hijo no va a desenvolverse en la vida como normal, pero a través del tiempo se aprende que sí puede tener una vida normal. Aunque uno siempre los va a sobre proteger. Hay que estar pendiente de sus medicinas, que no le falten, que si ya las tomó y aún cuando él ya creció siempre le pregunto <¿tomó su medicina?> y a veces él se molesta porque siempre ando pendiente.

**S.R.** A mi me pasa igual con mi hija, como por la edad influye mucho, porque no se toma la medicina, ahora yo me desprendí un poco de eso, porque ella aprendió que siempre tiene que llevar su medicina a donde ella vaya, yo no le tengo que recordárselo. Mi hija toma un montón de pastillas, ella tomaba hasta 20 pastillas diarias, y yo detrás de ella en la mañana como si fuera bebé a darle las pastillas, al medio día, por la noche Yo vivía angustiada con las pastillas. Hubo un tiempo en que la rebeldía del adolescente resalta, y me decía <ya no quiero más pastillas>, y se las tomaba de mal humor. Hasta que aceptó, y tomó conciencia de que era para su bien. Yo siempre estoy pendiente, así como usted dice. En la noche siempre le pregunto ¿Ya te las tomaste?

## Sesión 9

Fecha: 24 noviembre, 2005
---------------------------

Objetivos

Revisión de tarea y comentarios al respecto

BAI

### Curso de la sesión

#### 1. Apariencia del paciente

Sorprende nuevamente la apariencia de la paciente, ya que ha tomado la decisión de iniciar un cambio hasta en la forma de vestir. Se presenta más sonriente y de un mejor humor.

#### 2. Tema central

Se enfatizó los beneficios con los que cuenta: conocimiento, mayor información, más recursos económicos, ayuda psicológica.

La paciente comprendió que puede llevar una vida basada en aspectos positivos. Determinó el trazo de metas a corto, mediano y largo plazo.

Comparó los beneficios que posee al contar con información sobre epilepsia, también el grado de ansiedad que manejaba la otra madre en relación a una convulsión y la fe que poseía la invitada.

Pudo constatar que un epiléptico puede tener un trabajo y trazarse metas en la vida, que habrán aciertos y desaciertos, como toda persona.

#### 3. Ejercicio en clínica

Creencia nuclear y énfasis en autoestima. Revisión de costos y beneficios.

#### 4. Tarea para casa:

Cambios que desea realizar. Basada en la teoría de Piaget de desarrollo cognitivo, la paciente pasó de un pensamiento concreto (con relación a la enfermedad de su hija) a un pensamiento formal en el cual puede realizar hipótesis y promover cambios.

## 5. Observaciones sesión 9

Continuaba presentando pensamientos automáticos de temor: <¿Será que siempre me voy a sentir bien?>, <tengo miedo de volverme a sentirme como antes>. Hubo necesidad de hacerle comprender lo que está experimentando en cinco áreas de su vida: ambiente, reacciones físicas, emociones, conductas y pensamientos (Greenberger, D., 2001:41).

### **Segmento de la transcripción de sesión 9, en el cual ejemplifica el beneficio que S.M. obtuvo en una sesión de pares.**

**T.** S.R. ¿puedes decirme qué aprendiste de la sesión pasada?

**P.** La verdad que estoy muy agradecida contigo, por haber hecho posible que yo hablara con otra persona que ha tenido la misma experiencia que yo.

**T.** ¿Podemos hablar de tu tarea, qué ventajas tienes tú sobre nuestra visita?

**P.** Si, pude darme cuenta que tengo muchas ventajas. Poseo conocimiento que me hace entender lo que mi hija padece. Me sorprendió mucho saber que ella no conoce mucho de la epilepsia, dejó de darle medicina a su hijo por un año. Eso no lo comprendo. También puedo ver que no se preocupa mucho por las convulsiones, ni está segura de cuánto tiempo duraban. Algo que me hace estar tranquila, es saber que el hijo lleva 25 años viviendo con la enfermedad, y a ella se le ve tan tranquila. Nuevamente me doy cuenta que mis pensamientos me hacían pensar en la muerte y no es verdad.

Estoy conociendo a una persona que lleva una vida funcional con 30 años y que padece de epilepsia. Tenemos en común el estar pendiente de la medicina y de tener a nuestros hijos más protegidos que a los otros.

## **RESULTADOS DEL TERCER BAI**

El resultado obtenido en la novena sesión fue de 13 puntos escala BAI. Esto indicó que la paciente redujo su ansiedad de un nivel severo a un nivel medio. Presentó una mejoría de 73% con relación a BAI basal. La puntuación en los síntomas persistentes más alta fue de un punto, disminuyendo 1 o 2 puntos en varios ítems de la escala. Estos resultados muestran una mejoría considerable en la paciente.

## Sesión 10

Fecha: 1° diciembre, 2005
---------------------------

Objetivos

Creencia nuclear

Énfasis en pensamientos positivos

Curso de la sesión

### 1 Apariencia del paciente

Buena, continúa con su deseo de cambio de apariencia. Buen humor y contenta.

### 2. Tema central

Dominio de pensamientos automáticos lo que provocó menos preocupación, menos ansiedad. Mejor humor, control de emociones y mejor manejo de crisis (convulsiones). Pudo describir mejor su estado de ánimo ante la crisis, y fijar atención a su entorno y otras personas (hija menor). Utilizar su experiencia personal como ejemplo (no fijarse solamente en lo negativo).

Cambios que desea realizar:

Menos sobreprotección a su hija mayor.

Darse permiso a ser feliz

No centrarse en lo negativo

Dejarse de preocupar tanto por todo.

### 3. Ejercicio en clínica

Poner a prueba las creencias nucleares

### 4. Tarea para casa

Nueva creencia nuclear a prueba.

Para fortalecer su nueva creencia nuclear (darse permiso a ser feliz), se revisa la historia de su vida buscando evidencias que sean consistentes con la nueva creencia. A medida que se identifique y se ponga a prueba las creencias nucleares negativas, se podrá identificar creencias alternativas que son menos absolutas y negativas.

Al encontrar una nueva creencia nuclear se debe encontrar evidencias que la apoyen (Greenberger, D., 2001:143).

### 5. Observaciones de sesión 10

La paciente logró un mejor dominio de su ansiedad. Sin embargo persistía la preocupación por sus hijas con relación a la ansiedad que ellas manejan. La terapia logró que la paciente experimentara el cambio entre sentirse angustiada y tranquila. También pudo observarse que la paciente estaba más consciente de su entorno, ya no se centraba en sus pensamientos negativos.

Llegó hasta hacer bromas de las convulsiones, se reía de conductas ante crisis (madre e hijas se hacen burla mutua de su forma de actuar). Según refirió sus hijas le realizaban comentarios acerca de que ahora era despreocupada.

Se atribuyó la mejoría de S.M. a sentirse capaz de reconocer y cambiar los pensamientos y creencias que acompañaban a la ansiedad. La terapia cognitiva le enseñó a mejorar la comunicación y expresar de forma clara los sentimientos y evaluar con precisión su percepción. Además la ayudó a reparar la confianza; fue capaz de reconocer que podía enfrentar los retos que se presentaban en la vida cotidiana. Las habilidades que aprendió la ayudaron como agentes reforzadores de su dominio personal. Es así como pudo lograr un autoconocimiento, comprensión, habilidades y métodos para transformar y enfrentar futuros problemas (Greenberger, D., 2001:187).

**Segmento de transcripción de sesión 10, en la cual se puede observar el dominio de la ansiedad, expresión de sentimientos y mayor atención de su entorno (refiriéndose a su hija menor).**

T. ¿Quieres decirme que tu está logrando manejar mejor las situaciones de crisis, y ellas no?

P. Si, antes no notaba la diferencia, ellas y yo era lo mismo, se tenía que vivir pensando en la epilepsia todo el tiempo, estar pendientes de cada respiración, llamada, forma de actuar. Yo no podía ir a refaccionar con mis amigas, menos salir a divertirme sin motivo. Ahora que lo hago, mis hijas me dicen que soy despreocupada. Me lo estoy creyendo.

T. ¿Eres despreocupada?

P. No, para nada, si salgo digo a dónde voy y estoy pendiente de mi celular. Además tampoco es que salga mucho. Pero por darte un ejemplo: Yo les conté a mis hijas cómo copiaba el patrón de mi mamá, y les hice ver que no estuvo bien. También les hice ver que tendía a preocuparme más de la cuenta por las convulsiones de A., entonces empecé a imitar lo que hacía antes en forma de broma, gritar, correr, ponerme como loca. Me reí de mi misma y ellas también, incluso A..

Esto que te cuento, es verdaderamente inusual, yo reírme de una convulsión y de mi forma tonta de actuar. Algo que puedo visualizar ahora es a M. (hija menor) a pesar que A. convulsiona, estoy tratando de prestarle más atención a M. y ver sus reacciones cuando su hermana sufre una crisis. Después de la convulsión, ahora también la atiendo a ella (refiriéndose a su hija menor), le ofrezco agua con azúcar, la calmo y le explico qué pasó.

T. ¿Qué piensas de eso?

P. Me asombro de mí misma, ¡es increíble! Sin embargo quisiera que mis hijas avanzaran al mismo ritmo que yo, ellas se encuentran en terapia y no veo que obtengan los beneficios que yo. Imagínate que han pasado 5 años y yo nunca le había prestado atención a M. hasta ahora me doy cuenta que ella sufre, y presenta los mismos síntomas que yo.

T. No te preocupes, puede hablar con sus terapeutas para hacerles saber lo que sientes. Además recuerda que el ser humano imita patrones, ellas aprendieron un patrón: preocuparse, pero ahora les estás explicando que no era el mejor patrón a imitar, que les quieres enseñar otro que es mejor. ¿Crees que ella te entenderán?

## Sesión 11

Fecha: 15 diciembre, 2005

### Objetivos

Técnicas para el manejo de pensamiento catastrófico

Revisión de tareas sesión anterior

Curso de la sesión

### 1 Apariencia del paciente

Buena, acorde a su edad.

### 2. Tema central

El trajín navideño provocó ansiedad en la paciente. Centró el tema en el poco tiempo que tenía, poca relación con su esposo debido al trabajo de éste. Depresión causada por estado emocional de su hija debido a la epilepsia.

### **3. Ejercicio en clínica**

Higiene del sueño

Programación de tareas de vida cotidiana

Técnicas: Estándar doble, ¿Cuál es la evidencia?

Reconocimiento de pensamientos negativos.

### **4. Tarea para casa**

Revisión de cómo se siente sin ayuda terapéutica durante un mes, utilización de herramientas durante ese período de tiempo.

### **5. Observaciones de sesión 11**

Se explicó a la paciente nuevamente las etapas de duelo (negación, coraje, negociación, depresión y aceptación) que podía sufrir una persona con determinada dificultad en su vida. Se enfatizó la importancia de trazo de metas a corto, largo y mediano plazo, con el fin de que la paciente no enfoque su atención en las crisis, más bien en el cumplimiento de metas (generar motivación intrínseca).

La motivación se centra en el papel que desempeñan los pensamientos, las expectativas y la comprensión del mundo. La teoría de expectativas y valor indica que las expectativas son comportamientos que nos permitirán alcanzar una meta determinada, mientras que el valor es la comprensión de la valía que para la persona tiene esa meta (Larsen, 2005:390). Las teorías cognitivas de la motivación hacen una distinción clave entre la motivación intrínseca y la motivación extrínseca. La motivación intrínseca impulsa a participar en una actividad para el propio gozo y no por alguna recompensa tangible. La motivación extrínseca provoca que se haga algo por una recompensa tangible. De acuerdo con (Lepper, 1984:1-50) la motivación intrínseca hace a las personas capaces de perseverar, de esforzarse y de realizar trabajos de mejor calidad.

**Segmento de transcripción de sesión 11, en la cual se ejemplifica la comprensión de la importancia del establecimiento de metas. Al mismo tiempo disminuir su atención a las crisis.**

**P.** Si, lo que pasa que yo he sido muy dependiente de mi esposo, no aprendo a decidir, soy como que muy insegura.

**T.** ¿Quisieras cambiar esa forma de sentir, o te sientes bien así?

**P.** No, quiero cambiar, yo también puedo tomar decisiones, aunque me cueste, también puedo poner un árbol de Navidad bonito y hacer el ambiente alegre.

Lo que pasa, es que sin querer estoy volviendo a lo de antes. Las fiestas Navideñas eran una pesadilla, yo debía estar triste como mi mamá. Mi papá había muerto, no había derecho a estar alegre cuando mi papá ya no estaba. No quiero ser igual, yo comprendo, yo puedo ser feliz, yo sé que puedo.

**T.** A eso se le llama establecer metas. Tú puedes decidir qué metas deseas realizar a corto, mediano y largo plazo. Inclusive puedes escribirlas y realizar un plan, en el cual puedas enumerar las metas y las tareas que debes realizar para alcanzarlas. Las metas deben ser personales, realistas, sinceras y que puedan dividirse en partes para que tu puedas saber cuándo avanzas o cuándo no. Es importante que las personas tengamos metas, así reconoces el por qué de tu esfuerzo diario. Un ejemplo: A. convulsiona. ¿Cuál sería tu meta a largo plazo con ella?

**P.** Pretendo que pueda aprender a manejar la situación por sí misma, yo no estaré toda la vida.

**T.** ¿Qué tareas debes realizar para lograr esa meta?

**P.** Hacerla responsable, que aprenda a tomarse su medicina sin que yo esté pendiente, que se gradúe para que logre trabajar y se valga por sí misma.

**T.** ¿Podrías establecerte metas y alcanzarlas a pesar de que la vida trae problemas?

**P.** Si.

**T.** ¿Piensas que aunque hayan dificultades, se pueden cumplir las metas?

**P.** Si, uno debe reconocer que la vida siempre traerá dificultades, pero no debe parar, uno debe continuar la vida de forma positiva.

**T.** Bien. Miremos qué logramos en esta sesión. La época navideña trae consigo un poco más de carrera, sin embargo descubriste que puedes realizar todo lo que te propongas. También reconoces cuál es tu papel de madre y que no realizas las actividades tú sola, las realizas con tus hijas. Hubo una enseñanza acerca del establecimiento de metas y su cumplimiento.

¿Qué me dices de esto?

**T.** Sí tienes razón, no estoy sola, tengo a mis hijas, y puedo hacerles ver que hay cosas que me corresponden a mí cumplirlas, pero otras le corresponden a su papá. Debo saber cuáles son mis metas y cumplirlas a pesar de las dificultades que tenga la vida.

**T.** Bien.

## Sesión 12

Fecha: 18 enero, 2006
-----------------------

### Objetivos

Revisión de la sistematización de las técnicas

Énfasis en pensamientos negativos recurrentes

Curso de la sesión

### 1. Apariencia del paciente

La paciente acudió a terapia con aspecto descansado, y determinada seriedad. Gustosa de acudir a sesión.

### 2. Tema central

Percepción de la paciente del manejo de técnicas: En este punto la paciente puso énfasis en la dependencia lograda en la época navideña: realizó compras sola y viajó al interior del país (nunca había manejado más allá de Antigua Guatemala). Mejoró autoestima al darse cuenta que puede manejar situaciones que con anterioridad no podía. También manifestó sentirse muy cómoda por poder tomar decisiones. En Navidad, época que para ella representaba tristeza, por la ausencia de sus padres, informó que pudo experimentar una Navidad tranquila y con gozo, disfrutando momentos familiares.

A inicios de enero 2006, su hija manifestó nuevos síntomas no asociados a la epilepsia. Las convulsiones siempre habían afectado el lado izquierdo con determinado patrón. En esa oportunidad los síntomas se manifestaron con parálisis del lado derecho con determinado dolor y sin pérdida de consciencia. Al llevarla al neurólogo, éste indicó que debían realizar nuevos exámenes para poder obtener un diagnóstico. Entre los exámenes le tomaron una tomografía, la cual mostró alteraciones (manchas en ambos hemisferios). S.M. presentó control de sus emociones informando la utilización de técnicas aprendidas en el transcurso del proceso psicoterapéutico para el control de la ansiedad.

### **3. Ejercicio en clínica**

Información de cadenas de apoyo. Programación de vida cotidiana, enseñanza de metas y objetivos, recordatorio de técnica de relajación, creencia conclusión previa, reconocimiento de sintomatología de ansiedad, técnica de estándar doble.

### **4. Tarea para casa**

Implementación de técnica de agenda de actividades. Relajación de 15 minutos diarios.

### **5. Observaciones de sesión 12**

Se pudo observar por su conducta durante la sesión a una paciente calmada, la cual utiliza las herramientas proporcionadas en terapia. No manifestó temores anticipados, buscaba información que descartara sus pensamientos automáticos a la vez que los podía reconocer con facilidad. Se presentaba anuente a la práctica de la relajación y comprendía la importancia de las tareas asignadas.

## **RESULTADOS CUARTO BAI**

Después de cuatro meses de tratamiento y un total de trece sesiones se analizaron los resultados del BAI, y pudo comprobarse que habían algunos síntomas que persistían: Ligero dolor de cabeza, boca seca, tener un nudo en la garganta, sentirse incitado, facilidad de sobresaltarse, pensamientos frecuentes de peligro, pensamientos frecuentes que algo malo puede ocurrir. Se consideró importante señalar que la puntuación de los síntomas en la escala BAI fue en todos de 1 punto, presentando en un ítem (frecuentes preocupaciones) con puntuación de 2. Esto indicó que bajó uno, dos o tres puntos en síntomas recurrentes durante el transcurso de la terapia.

En la primera sesión la paciente presentaba un 65% de ansiedad según BAI, sin presentar una crisis como la que vive en la actualidad. En la doceava sesión de terapia presentó un 17% de ansiedad (enero 18, 2006). Bajando de un nivel severo a un nivel medio según la clasificación BAI. También se pudo observar una mejoría del 74% con relación a puntuación BAI basal. En cuanto puntuación CGI hay una mejoría de 2 puntos, lo que significa estar mucho mejor, habiendo presentado un grado de severidad

de 5 puntos encontrándose en la categoría de marcadamente enfermo en su primera cita. Este dato indicó la eficacia de la terapia cognitiva conductual en el trastorno de ansiedad generalizada sin el uso de ningún medicamento y en el rango de tiempo estipulado por su autor Aaron Beck.

**Segmento de transcripción de sesión 12, en la cual se puede observar la utilización de técnicas enseñadas en el proceso terapéutico y su dominio de emociones en una situación de crisis.**

**T.** ¿Sosteniendo?

**P.** Si lo estoy manejando, he podido dormir, pero me he despertado en la noche un par de veces, pero no paso más de media hora despierta y vuelvo a conciliar el sueño. No querido viajar fuera de la capital porque creo que no es bueno en estos momentos (por trabajo), pero no considero que sea aprensión, más bien precaución. Me he controlado en lo relacionado con estarla llamando por celular a cada rato cuando A. sale a divertirse con sus amigos o va al colegio. Trato de no retroceder, hace algún tiempo eso era motivo de discusión, ella me reclamaba el control que tenía sobre ella. La aturdía tanto que llegaba el momento en que no me contestaba el celular. Cuando regresaba a casa, me enseñaba el número de llamadas más que habían. Eran muchas y por supuesto discutíamos. Yo solo deseaba saber que estaba bien, y recuerdo que le decía: <Por favor tu dime dónde estas, si ya vienes de regreso a casa o por lo menos la hora que tienes estimada de regreso>.

Entonces ella me reclamaba: <Pero mamá tú también solo llámame una vez. Si tú ya sabes dónde estoy>. Ella me decía que de ver tantas llamadas en el celular más se enojaba y entonces no me llama de vuelta. Mira, antes yo no sentía, pero eran como siete llamadas que yo hacía en dos horas.

Recientemente, estando ya aquí contigo me puse la cuota de tres. Pero he comprendido que ni eso está bien.

El sábado no había ido a ningún lado por haberse sentido tan indispuesta, quería ir al cine, yo le dije: <no vayas, mira que tanto ruido, tanto color, tanta luz en pantalla grande>.

Eso no es muy beneficioso para ella, menos ahora con los nuevos síntomas que presenta. Yo ya la quería manipular, le ponía excusas: no, que mira que después el colegio, tantos deberes que has tenido, etc. Después de tanto tratar, me di cuenta que me estaba anticipando, que nuevamente estaba pensando en algo malo, que no necesariamente debía pasar; le pedí un momento para pensar.

Hice ejercicio de respiración, traté de analizar mis pensamientos y luego regresé a hablar con ella. Hicimos un trato: ella me llamaría en caso necesitara algo. Así fue, no la llame y no la he llamado estos días que ha ido al colegio. Le digo: <Si quieres algo me llamas>, no la he llamado cuando sale.

Anteriormente generé una dependencia con las llamadas, ahora tratando de no ser tan aprensiva, y lo que me sorprende es que me siento bien y aún bajo esta circunstancia.

## Sesión 13

Fecha: 25 enero, 2006
-----------------------

### Objetivos

#### Revisión de utilización de técnicas(programación)

Analizar puntuaciones que se elevaron según BAI (Frecuentes preocupaciones (un punto), respiraciones entrecortadas (un punto), ligero dolor de cabeza (un punto), sentirse excitado (un punto).

### Curso de la sesión

#### 1. Apariencia del paciente

La paciente acudió a terapia con aspecto descansado, y determinada seriedad. Gustosa de acudir a sesión.

#### 2. Tema central

Esta sesión se centró en la programación de sus tareas diarias (tarea semana anterior). Esta herramienta se utilizó con el fin de que la paciente aminorara lo más posible toda actividad que le pudiera elevar de nuevo la ansiedad. El pensamiento que la paciente presentaba era no tener tiempo para realizar sus objetivos. Sin embargo, al darse cuenta lo que realizaba diariamente durante una semana, pudo rectificar lo que pensaba y comprendió su capacidad. Aumentó su valía en cuanto a su persona. Se le preguntó acerca de los síntomas presentados con elevación de un punto, obteniendo una puntuación de 0 BAI anterior. Su preocupación era el desconocimiento del nuevo diagnóstico de su hija (los médicos no habían emitido ningún diagnóstico); sin embargo indicó que los pensamientos negativos no eran frecuentes y que era capaz de bloquearlos, <lo que sucede es que aparecen y es algo que no quisiera que sucediera>. Se trató de disminuir el impacto de la situación y se indicó que era normal sentirse de esa forma, debido a la situación que estaba viviendo. El síntoma de respiración entrecortada le ocurría cuando sonaba el teléfono. Su hija estaba realizando su práctica supervisada, haciéndose cargo de niños pequeños (tres a cuatro años) y había ocasiones que no contaba con compañía de otro adulto para su supervisión. Pensaba que cuando

sonaba el teléfono era para indicarle que su hija había convulsionado. Se le volvió a recordar acerca de las herramientas para bloquear el pensamiento anticipatorio y la respiración adecuada. El síntoma de dolor de cabeza indicó se debía a problemas hormonales. Los síntomas de nerviosismo o asustada que presentaba se debían al desconocimiento del nuevo padecimiento de su hija. Los nuevos síntomas que mostraba la joven parecían deberse a un derrame cerebral (diagnóstico preliminar que le entregaron los médicos de Estados Unidos). Se volvió a repasar la hoja de situación, pensamiento y conducta. Con el fin de reconocer y manejar mejor las herramientas proporcionadas en el transcurso del tratamiento psicológico.

### 3. Ejercicio en clínica

Programación, bloqueo de pensamiento, respiración y relajación

### 4. Tarea para casa

Programación: con el fin de que logre cumplir cinco días a la semana con los ejercicios de relajación (deseo de la paciente).

Contrarrestar pensamiento cada vez que suena el teléfono.

### 5. Observaciones de sesión 13

Compartió sentir determinada preocupación, pues esperaba el análisis de laboratorios de los exámenes de su hija. Además de la información que proporcionó S.M., pudo observarse que ésta lograba controlar perfectamente la situación, manteniendo un equilibrio en el manejo de sus emociones. Además manifestó estar deseosa de dominar cualquier síntoma que le produjera ansiedad.

#### **Segmento de la transcripción de sesión 13, en la cual la paciente muestra la utilización e implementación de técnicas para lograr la automatización**

**T.** ¿Cómo te sientes?

**P.** Preocupada, solo esto hacía falta. Mira solo con epilepsia es suficiente, ahora con otro síntoma como que es muy duro de enfrentar. La verdad me pongo triste por momentos, pero como tengo mucho temor a sentirme como antes me sentía, siempre estoy muy pendiente de mis pensamientos y ver qué puedo hacer para que éstos no me jueguen la vuelta como antes. Sé que no es fácil llevar esto, pero mejor inicié a buscar información que me pueda ayudar a entender qué pasó.

**T.** ¿Tienes algo que quisieras contarme?

**P.** Pues la verdad es que me siento controlada, estoy muy pendiente de mi relajación, he podido comprobar lo bien que me hace. Creo que se está convirtiendo en un buen hábito. Además, como mencionamos en la sesión pasada, mi autoestima está mejorando, estoy siendo un poco egoísta con los demás. Me tomo el tiempo que necesito para yo estar bien. Claro, no es mucho, pero lo busco.

## Apéndice B: Técnicas aplicadas en caso 1

**Tabla 5: Técnicas aplicadas en caso 1**

<b>TÉCNICA</b>	<b>EJEMPLO</b>	<b>SESIÓN EN QUE SE APLICÓ</b>
Reconocimiento de pensamientos	Situación: Acostada escucha respiración de hija. Pensamiento: “Ya va a convulsionar” Conducta: Levantarse	1, 3
Listado de situaciones y sentimientos	Situación: suena el teléfono Sentimiento: angustia	1, 2
Vocabulario descriptivo de emociones	Tristeza, felicidad, cólera, entusiasmo	2
Ejercicios de relajación	Tensión y relajación de músculos.	2, 9
Jerarquía de estímulo	10 pasos de menor a mayor que podría vivir ante una situación que le provoca ansiedad.	3
Contrarrestar el pensamiento	Terapeuta Rol de contestar el teléfono. Paciente Rol de efectuar la llamada.	3, 12
Registro de pensamientos	Situación: En una fiesta familiar. Emoción: angustia 90%, aislamiento 100%, vergüenza (100%), temor a crítica (100%) Pensamiento automático: “Se está comportando rara, ya va a convulsionar, todos nos van a ver” Evidencia que apoya el pensamiento: Todos miran lo que sucede y nadie me ayuda. Evidencia que no apoya el pensamiento: Uno de los asistentes se acerca a darme un vaso de agua y me ofrece ayuda Pensamiento alternativo: A. no es la única que convulsiona en este mundo. (100%) La convulsión ya va a pasar (90%) Estimación de emociones: angustia (50), temor a la crítica 10%, aislamiento 10%, vergüenza (5%)	1, 2, 3, 4
Autorecompensa	Después de la realización de las tareas de la casa, permitirse un descanso de 30 minutos.	4
Higiene del sueño	Evitar permanecer más de 30 minutos en la cama sin conciliar el sueño.	4

TÉCNICA	EJEMPLO	SESIÓN EN QUE SE APLICÓ
Aprendizaje (Información)	Brindar información de utilidad. En este caso se informó sobre: Epilepsia, higiene del sueño, depresión, motivación, comunicación, Terapia Cognitiva Conductual, aprendizaje por moldeamiento, Consejería de pares.	1, 4, 5, 7, 8
Entrenamiento de comunicación	Educación sobre la comunicación no agresiva.	5
Resolución de problemas	Si tu hija convulsiona en el cine y tu no estás cerca, ¿Qué solución encuentras para esta crisis?	5, 6
Estándar doble	Paciente: “No cumplir con todas las tareas del hogar, me hace considerarme incapaz”. Terapeuta: ¿Piensas que si tu hermana no logra realizar las tareas de su casa debido a su trabajo es incapaz? ¿Por qué no?	5, 11
Aceptación	Hoja en la cual anotó las actividades que cumplía a cabalidad en su vida cotidiana. Aceptación de su eficacia.	6
Análisis Funcional	¿Será que todo lo que haces cuando tu hija convulsiona está mal?	6
Colocar el evento en perspectiva	¿qué pasaría si las personas te critican realmente?	7
Nueva creencia nuclear a prueba	Hoja para ser trabajada en casa, la cual consta de cuadro en el cual completa la información. Nueva creencia: Soy capaz de vivir sin pensar constantemente en la enfermedad de mi hija. Evidencia que apoya la nueva creencia: 1. Estuve en el trabajo concentrada en él. 2. Sonó el teléfono y no me alarmé	10
Costos y beneficios	Ventajas y desventajas. Listado de ventajas de viajar sola a Quetzaltenango y desventajas de hacerlo	11, 12
Agenda de Actividades	Listado de actividades diarias y calificarlas sobre base de placer, control, ansiedad, temor y otras sensaciones. Programación de la relajación y listar el grado de placer que le produce.	12

## Apéndice C: Caso 2

### **CURSO DEL TRATAMIENTO**

Toda sesión se llevó a cabo en la Clínica No. 1 del Centro de Apoyo a la Comunidad, Universidad del Valle de Guatemala, en el horario de 16:00 a 17:00 horas.

#### **Sesión 1**

Fecha: 7 octubre, 2005
------------------------

#### Objetivos

Conocer a la paciente y parte de su problema actual

Pasar el BAI para verificar si podía ser parte del estudio.

Dar a conocer las reglas, servicio a presentar y responsabilidades que conlleva el curso de la terapia.

Explicación del modelo cognitivo conductual

Inicio de conocimiento de pensamientos y situaciones

Firma del consentimiento informado

#### **Curso de la sesión**

1. Apariencia del paciente:

Vestida acorde a su edad, buena higiene y presentación en general.

2. **Rapport** (entiéndase por rapport el establecimiento de vínculo terapéutico)

Se logró un buen *rapport*, la paciente colaboró voluntariamente y habló sin necesidad de realizar tanta pregunta directa.

#### **3. Tema central**

Relato de su historia personal y problema actual. H.G. infirió que se sentía con determinado grado de ansiedad debido a su economía. Mostró cierta pena al hablar de su historia familiar (dato a tomar en cuenta para análisis)

Se trató un poco de su vida en general: niñez, adolescencia, matrimonio y vida actual con el fin de poder estructurar el curso de las sesiones.

#### **4. Ejercicio en clínica**

Se enfatizó en la educación cognitiva conductual y la influencia de los pensamientos en la vida cotidiana. Se realizaron ejercicios en los cuales la paciente podía reconocer sus pensamientos.

#### **5. Tarea para casa:**

Reconocimiento de situaciones de crisis en la vida cotidiana, los sentimientos que provocan y la conducta que genera.

#### **6. Observaciones sesión 1**

H.G es una mujer sumamente amable y un poco tímida. Presentó actitudes de ansiedad como tocarse el pelo constantemente al hablar. Dificultad de fluidez en su discurso, titubeaba al hablar. Muy cuidadosa de la información que brindaba. Se habló de su divorcio y cómo sufrió de maltrato. Dato que se tomó en cuenta fue el siguiente comentario: <me da vergüenza pero debo reconocer y hablar del maltrato físico y psicológico que sufrí cuando estaba casada>. Provocó ansiedad hablar de su familia, pues según refirió su hogar no consistió en un hogar integrado. Muestra cierto recelo para hablar sobre el tema.

## 7. Información adicional

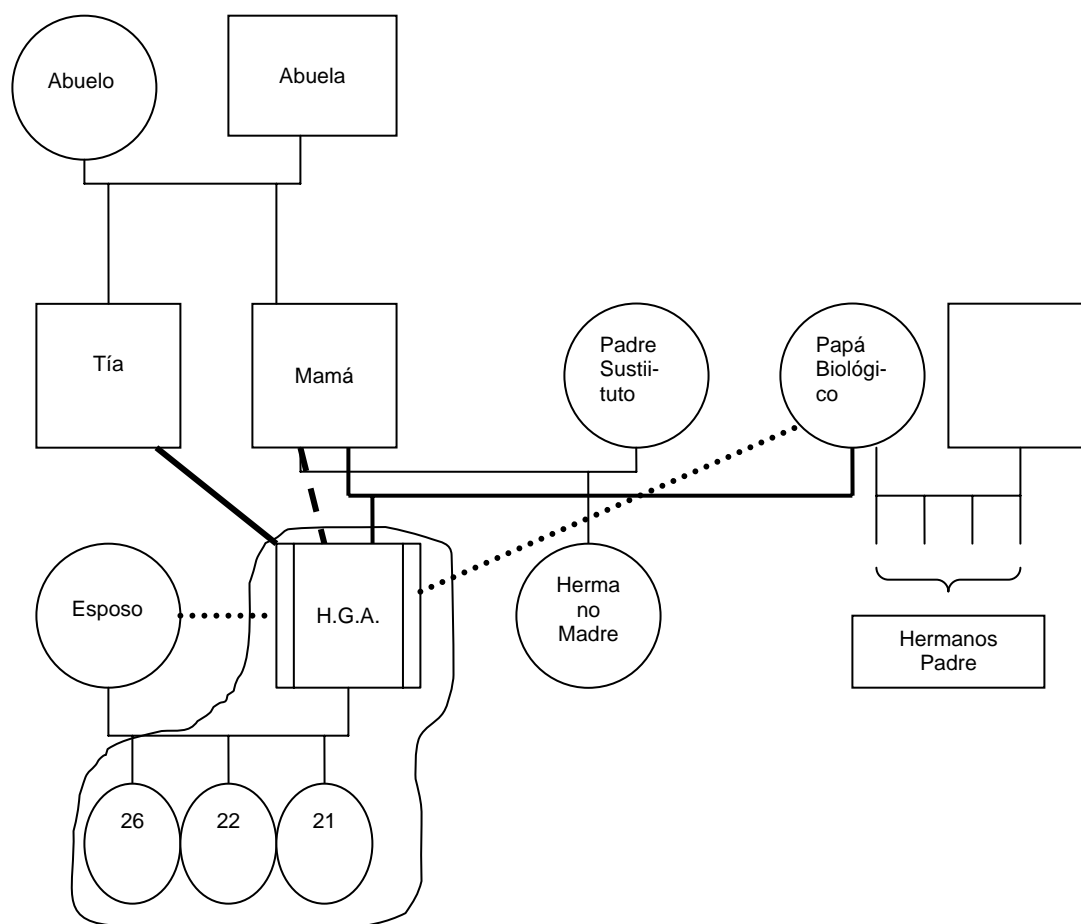


Figura 3: Genograma de H. G.

## Sesión 2

Fecha:	14 octubre, 2005
--------	------------------

Objetivos

Revisión de tarea

Identificación de situación, emoción o pensamiento

Tema central a tratar

### Curso de la sesión

#### 1. Apariencia del paciente

Acorde a su edad. Buen arreglo e higiene personal.

#### 2. Tema central

Economía, y discusiones con hijos (problemas disciplinarios). También se dialogó acerca del tema de su esposo.

#### 3. Ejercicio en clínica

Enseñanza técnica ¿Cuál es la evidencia? y resolución de problemas. Reconocimiento de pensamientos positivos. Importancia en el reconocimiento de pensamiento, conducta y emoción.

#### 4. Tarea para casa

Ejercicios de relajación con un mínimo de 15 minutos diarios y un máximo de 20.

Identificación de pensamiento y sentimiento en actividades de su vida cotidiana.

#### 5. Observaciones sesión 2

Acudió a sesión con un estado de ansiedad alto, en una escala del 1 al 10, se situó en 9. Tema central más importante fue acerca de los problemas en su economía y la desorganización que esto le provocaba, problemas disciplinarios con sus hijos y a insomnio por pensamientos recurrentes como: <ya se acerca el 15 y no tengo dinero para pagar> <¿Qué voy a decir si no puedo pagar?>. Presentó conductas de tocarse constantemente el pelo con ambas manos.

Cuando escuchó voces de personas que gritaban afuera de la clínica, se puso tensa, y

perdió la atención de la sesión, para centrarla en las personas que estaban fuera. Se detuvo la sesión pues la paciente se sintió incómoda. Expresó que ante cualquier alza de tono de voz, se siente incómoda, la hace recordar inconscientemente a su ex esposo (dato importante)

No realizó las tareas de la sesión anterior, hubo necesidad de recordarle la importancia de su colaboración. Al terminar la sesión su ansiedad fue de 5 según su percepción.

Al trabajar con creencias nucleares, se explica al paciente que en algunas situaciones, éstas pueden ser verdad y en otras ocasiones no. Además se sugiere que se observen las reacciones verbales y no verbales del paciente (Quinto, E. 2002:49).

**Segmento de la transcripción de sesión 2, en la cual se identifican las situaciones que le causan ansiedad.**

**T.** ¿Pudiste identificar los momentos de crisis?

**P.** Sí, cuando pienso en los problemas económicos de casa, sobre todo cada fin de mes. Cuando pienso en todos los pagos que hay que hacer, eso me afecta. La universidad, no me provoca estrés, al contrario me gusta, me encanta compartir con mis compañeras, podrían ser mis hijas. Me gusta sentir que me aceptan, que no hay una brecha de edad entre ellas y yo, sino que me tratan de igual a igual y eso me hace sentir muy bien. Y otro momento de crisis es cuando hay problemas con mis hijos, cuando a veces hay discusiones, cuando las cosas no funcionan bien entre ellos y eso me provoca ansiedad. Yo no puedo escuchar que dos personas discuten, me dan deseos de salir corriendo, de huir, no lo tolero, no me gusta. Cuando el papá de mis hijos me acosaba, también me provocaba crisis, aunque ahora ya es bastante aislado eso, pero sí me provocaba ansiedad.

**Sesión 3**

Fecha: 28 octubre, 2005

Nota: Falta de adherencia al tratamiento. No acudió a su cita programada.

Objetivos

Chequeo de tareas semana pasada

Chequeo de estado durante la semana (que el paciente relate cómo se ha sentido)

Curso de la sesión

**1. Apariencia del paciente**

Bastante buena, muy bien arreglada acorde a su edad.

**2. Tema central**

Cumplió con tareas asignadas. Trabajó en opciones que le eran útiles para disminuir nivel de ansiedad. Identificación de pensamientos, emociones y conductas. Ejercicios de respiración para disminuir la ansiedad. Inició a reconocer sus pensamientos negativos, sin embargo presentó dificultad en dominio de los mismos. Trabajo fijo, lo que le produce estabilidad emocional y económica. Relato de lo ocurrido durante una presentación.

**3. Ejercicio en clínica**

Análisis de la retroalimentación del video en un momento de crisis. Enseñanza de técnicas de planificación de actividades en momentos de niveles de ansiedad alto. Práctica de jerarquía de estímulos.

**4. Tarea para casa**

Hojas de pensamiento y conducta

Hoja de experimento

Plan de acción.

**P5. Observaciones sesión 3**

Mejoría en búsqueda de alternativas para la solución de sus problemas. Relato de crisis de ansiedad causada por una presentación que debía realizar. Logró manifestar la sintomatología de la ansiedad generalizada (boca seca, sudoración, falta de concentración). Entre los temores característicos de la ansiedad, relató el temor a la crítica, la incapacidad para enfrentar la situación (olvido del tema y utilización correcta de la dinámica que debía realizar). Fue de suma importancia la grabación de dicha presentación, logró comprobar la magnitud de sus pensamientos y cómo éstos afectan su emoción y su conducta. La terapia cognitiva puede utilizar material educativo. El objetivo de la terapia es de enseñar al paciente y para ello puede utilizarse diversos tipos

de material didáctico, como cassettes, grabaciones, etc. (Beck, A. 1985:260).

En la ansiedad generalizada los temores pueden activarse cuando la persona no se encuentra en situaciones amenazantes. Ellos pueden entenderse como una consecuencia de verse atacados o rechazados. Algunos de los temores pueden ser relacionados a traumas psicológicos (Beck, A., 1985:95).

En la ansiedad generalizada, un estímulo puede ser caracterizado por un cambio del ambiente o evento interno, esto conduce a una segunda consideración cognitiva de defensa versus riesgo, se produce, así, una reconsideración final del peligro, riesgo y habilidades de afrontar dicho peligro, lo que provocarán tanto una respuesta conductual (pelear, huir, quedarse paralizado), emocional (ansiedad, miedo, temor) y respuesta fisiológica (palpitaciones, sudor, tensión muscular, sensación de ahogo) (Quinto, E., 2002:47).

**Segmento de transcripción de sesión 3, en la cual se puede observar los temores que sufren las personas que padecen de ansiedad generalizada.**

**T.** ¿Qué pensamiento te venía constantemente, para sentirte nerviosa?

**P.** Que no lo voy a lograr, que me calificarían mal, que las cosas no salieran como lo había planificado, que no me recordará de lo que tenía que hablar. Cuando vimos el video todo mundo decía: <pero si estás tranquila> <no se te ve nerviosa>, ni siquiera en las manos se me notaba que yo estaba nerviosa, la verdad solo yo sabía lo que estaba sintiendo.

**T.** Al verte en el video tú, ¿Qué piensas de verte allí?, porque tu podías ver tu exterior y sentir tu interior al mismo tiempo. ¿Puedes hacer la comparación de una y otra situación al estarte viendo?

**P.** Si, yo si sé que estaba mal, pero no cabe duda que yo tuve que hacer un esfuerzo grande para que eso no se reflejara, porque yo, sí reconozco que estaba muy nerviosa.

**Sesión 4** (no acudió a fecha programada)

Fecha: 11 octubre, 2005

Objetivos

Tema central

BAI

Curso de la sesión

### 1. **Apariencia del paciente**

Acudió a sesión muy abrigada.

### 2. **Tema central**

Tranquilidad por nuevo empleo. Barreras de comunicación. Creencia nuclear con relación a comunicación.

### 3. **Ejercicio en clínica**

Enseñanza acerca de comunicación, reconocimiento de barreras existentes en cuanto a comunicación. Técnica de estándar doble.

### 4. **Tarea para casa**

Programa de organización de su tiempo

### 5. **Observaciones de sesión 4**

En esta sesión se pudo comprobar que la paciente presentaba un nivel de ansiedad bajo, en relación a su primer BAI, debido a que cuenta con un trabajo que le ofrece un ingreso económico mensual fijo, lo que la hace sentirse productiva. Por otra parte, durante la sesión manifestó que posee barreras de comunicación con su hermana y madre. También presenta medidas compensatorias de aislamiento y silencio ante una conversación no grata para ella. Prefiere callar e irse antes de dejar saber qué siente y qué le desagrada. Al sentir que el peligro aumenta, más respuestas primarias son activadas, y éstas pueden presentar más impedimentos y temores. Retroalimentación desfavorable tiene un efecto negativo. La sensación de vulnerabilidad servirá para que la persona se distraiga de su tarea, posteriormente interpretará su ansiedad como una señal de pérdida de control de sí mismo (Beck, A. 1985:146).

**Segmento de transcripción de sesión 4, en la cual puede observarse las barreras de comunicación que presentó en es oportunidad.**

**P.** La verdad es que solo con mi ex – esposo lo intenté. En mi matrimonio era muy condescendiente, para evitar la confrontación. Él era muy agresivo, yo fui abusada

fisicamente y mentalmente. Eso dejó una huella en mi muy grande.

Ahora reconozco que es por eso que a mi no me gusta pelear. De alguna forma me recuerda esa época tan dura. Durante mi separación, en la etapa final de ese proceso, sí estuve que marcar un hasta aquí, cuando me llamaba le decía, <si me llamas para insultarme o amenazarme mejor llegamos hasta aquí>, y colgaba el teléfono. Pero aún eso me hacía sentir muy mal.

**T.** ¿Piensas que todas las personas reaccionan igual que tu ex – esposo? ¿Todas las personas tenemos el mismo carácter o la misma educación?

**P.** No, para nada, es solo que yo anticipo el mal comportamiento de la otra persona. Temo que me pueda dañar. Pero nada que ver, no.

## RESULTADOS SEGUNDO BAI

Los resultados muestran una puntuación BAI de 18, lo que indica que obtuvo una mejoría de 62% según escala BAI basal. Presentó dificultad en los siguientes ítems de la escala: Frecuentes preocupaciones, impaciencia y cansancio. En el ítem de tensión muscular logró bajar su puntuación de 3 puntos a 1 punto. Además bajó su puntuación en 1 punto en la mayoría del resto de ítems del BAI. Esto indica que aunque no fue constante en presentar sus tareas, sí llevó a la práctica en su vida cotidiana las técnicas psicoterapéuticas trabajadas en clínica.

La terapia cognitiva implica que es un trabajo de equipo en búsqueda de soluciones. La alianza se representa cuando el paciente reporta pensamientos y conductas relacionadas con la ansiedad, mientras que el terapeuta provee estructura y expertaje en cómo se soluciona el problema. El énfasis consiste en el problema no en corregir defectos o cambios de personalidad (Beck, A. 1985:288).

### Sesión 5 (no acudió a fecha programada)

Fecha: 19 enero, 2006

#### Objetivos

Revisión de utilización de herramientas durante el tiempo transcurrido 2 meses

BAI.

Técnica de jerarquía de estímulos

## **Curso de la sesión**

### **1. Apariencia del paciente**

Uniforme de trabajo. Calmada y de buen humor. Acorde a su edad

### **2. Tema central**

Recapitulación de otras sesiones y del tiempo que no asistió a terapia. Relato acerca de crisis debido a un problema familiar hacía seis semanas aproximadamente. Utilizó las herramientas aprendidas en sesiones pasadas para afrontamiento de problema. Informó acerca de logros alcanzados, de los cuales son importantes mencionar: Generó comunicación asertiva. Planificación que abarca casa, trabajo y estudio; resolución de problemas (trabajo fijo, comunicación). Reconoció y bloqueó pensamientos automáticos, lo cual provocó control en sus reacciones y un equilibrio saludable en su vida. Puso en práctica la relajación de forma constante para evitar el insomnio.

### **3. Ejercicio en clínica**

Pensamientos positivos.

### **4. Observaciones sesión 5**

Estabilidad económica (trabajo estable). Integración en su nuevo trabajo (se sentía bien, acogida por sus alumnos y compañeros de trabajo). Buena relación con sus hijos (logró manifestarles lo que le molesta sin necesidad de que ella se sienta mal o provoque disgusto familiar).

Disminución de barreras en la comunicación, sin que a ella le provocara ansiedad ni temor. Mejoró su sueño, puso en práctica diaria ejercicios de relajación e higiene del sueño. Dificultades en el transcurso del proceso terapéutico: falta de adherencia al cumplimiento de asistencia de sesiones y presentación de tareas, sin embargo lo trabajado en clínica fue implementado a su vida cotidiana.

### **Segmento de transcripción de sesión 5, en la cual la paciente muestra la disminución de barreras en la comunicación.**

**P.** Sí. A fin de año ella (refiriéndose a su hermana) y mi mamá tuvieron problemas. Mi hermana, ya es mayor tiene 35 años, ya no vive con mi mamá. Tuvieron un disgusto. Como cosa rara, mi mamá me llamó para contarme el problema. Yo escuché a las dos, pero para servirles de guía.

Te cuento que pude decirles que con mucho gusto yo las escuchaba, pero que no esperaran de mí que emitiera juicio a favor de alguna. Pues yo estaba en una posición muy difícil, por un lado a mi mamá, y por el otro a mi hermana.

**T.** ¿Se enojaron, te gritaron, te trataron diferente?

**P.** No para nada, siento que me comprendieron. Tanto así que mi mamá me llamó para que ayudara a mi hermana a conseguir casa. Ahora vive como a una cuadra de mi casa. También con mi hermana estoy mejor, pues le dije que yo tendía a ser un poco solitaria, que no se enojara si yo no pasaba seguido a saludarla. Te soy sincera, también dándole a entender que no me fuera a buscar mucho. Por último, todo se arregló y yo me sentí bien de que me tomaran en cuenta para escuchar mis consejos y ayudarlas a buscar soluciones.

**T.** ¿Tus hijos?

**P.** Bien, también logré expresarles el temor que me causa oír los gritos, aunque ahora cuando escucho gritos antes de alterarme trato de ver qué están haciendo. Me he logrado controlar.

## Apéndice D: Técnicas aplicadas en caso dos

**Tabla 6: Técnicas aplicadas en caso 2**

<b>TÉCNICA</b>	<b>EJEMPLO</b>	<b>SESIÓN EN QUE SE APLICÓ</b>
Reconocimiento de pensamiento	Situación: En la cama. Pensamiento: Ya es 15 y no tengo dinero para pagar. Sentimiento: Ansiedad, angustia. Conducta: Insomnio	1, 2, 3
¿Cuál es la evidencia?	Situación: En clínica escucha personas hablando en voz alta. Pensamiento: ¿Quién se pelea, qué pasara? Sentimiento: Angustia, ansiedad. Conducta: Pérdida de atención. Categorización del pensamiento: Qué le hace pensar que esas personas se están peleando, ¿Cuál es la evidencia que apoya ese pensamiento?	2
Relajación	Ejercicios de respiración para relajación para bajar el nivel de ansiedad.	2, 3, 4, 5
Utilización de escalas	Del 1 al 10, ¿Qué tan ansiosa se siente en este momento?	2, 3
Resolución de problemas	Si la economía es difícil en este momento, ¿Qué piensa Ud. que puede hacer para aminorar el problema? Enviar currículum a varios lugares. Promocionar las clases particulares un poco más. Eliminar determinados gastos que son innecesarios.	2
Análisis Funcional	El temor al realizar un examen. ¿Si pierdo el examen, soy una persona poco inteligente?	4, 5
Entrenamiento de comunicación	Comunicar de manera asertiva que le molesta que alcen la voz. Comunicar a su familia que requiere de determinada privacidad.	3, 4
Agenda de actividades	Organización de horario para prever posibles contratiempos que provocan ansiedad.	3, 4
Jerarquía de estímulo	Listado de menor a mayor de pasos que le producen ansiedad en un examen o presentación.	4, 5
Retroalimentación de un video	Filmación de su presentación, para poderse observar y comprobar que sus pensamientos no eran verdaderos.	4

## Apéndice E: Consentimiento informado y compromiso de participación

**Información:** En el presente estudio el paciente obtiene el beneficio de la terapia cognitiva, la cual proporcionará alivio, según estudios en este tipo de diagnóstico. La paciente no corre ningún tipo de riesgo

### **Consentimiento informado**

Yo \_\_\_\_\_ acepto participar en el proyecto No'j, que se está realizando en el departamento de Psicología (Lic. Claudia García de la Cadena; 3640335 al 40 ext. 537) en la Universidad del Valle de Guatemala a cargo del Doctor Emilio Quinto Barrera, quien es responsable del proyecto, además estoy anuente a lo siguiente:

- a) Realizar las pruebas requeridas para mi diagnóstico.
- b) Asistir a las citas con regularidad a la hora establecida.
- c) Realizar las tareas solicitadas con el fin de obtener buenos resultados en la terapia.
- d) Toda la información será confidencial y sin excepción no tendrán acceso a ella personas que no participen en el estudio o los responsables.
- e) Cualquier duda o comentario con respecto al estudio podrán ser preguntados a los responsables del proyecto.

Estoy de acuerdo con todos los puntos antes leídos.

_____	_____	_____
Firma del paciente	Nombre del paciente	fecha
_____	_____	_____
Firma del investigador	Nombre del investigador	fecha
_____	_____	_____
Firma del testigo	Nombre del testigo	fecha

## Apéndice F: Escala de impresión Clínica Global

### ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL

(Para ser llenado por el terapeuta)

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_

#### GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD

Basándose en su experiencia clínica,  
¿Cuál es la gravedad de la enfermedad en  
el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más  
extremadamente enfermos

#### MEJORÍA GLOBAL

Comparando con el estado inicial, ¿Cómo  
se encuentra el paciente en estos  
momentos? (Punté la mejoría total  
independientemente de que a su juicio se  
deba o no por completo al tratamiento)

1. No evaluado
2. Mucho mejor
3. Moderadamente mejor
4. Levemente mejor
5. Sin cambios
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor

Considerando su experiencia clínica total con esta población en particular, qué tan  
mentalmente enfermo(a) está el / la paciente en este momento:

## Apéndice G: Inventario de ansiedad de BECK

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### El inventario de ansiedad de El control de tu estado de ánimo

	Nunca 0	Algunas veces 1	Frecuentemente 2	La mayoría de veces 3
1. Sentirse nervioso	0	1	2	3
2. Frecuentes preocupaciones	0	1	2	3
3. Temblores, inquietud, sentirse inestable	0	1	2	3
4. Tensión muscular, dolores musculares o músculos resentidos	0	1	2	3
5. Impaciencia	0	1	2	3
6. Cansado con facilidad	0	1	2	3
7. Respiraciones entrecortadas	0	1	2	3
8. Taquicardia (latidos del corazón rápidos)	0	1	2	3
9. Sudoración no debida al calor	0	1	2	3
10. Boca seca	0	1	2	3
11. Vértigo o ligero dolor de cabeza	0	1	2	3
12. Náuseas, diarrea o problemas estomacales	0	1	2	3
13. Incontinencia urinaria	0	1	2	3
14. Ruborizarse (no destellos) o escalofríos	0	1	2	3
15. Dificultades para tragar o "Tener un nudo en la garganta".	0	1	2	3
16. Sentirse excitado o incitado	0	1	2	3
17. Facilidad en sobresaltarse	0	1	2	3
18. Dificultades de concentración	0	1	2	3
19. Problemas para conciliar el sueño o quedarse dormido	0	1	2	3
20. Irritabilidad	0	1	2	3
21. Evitación de lugares donde me podría sentir nervioso	0	1	2	3
22. Pensamientos frecuentes de peligro	0	1	2	3
23. Verme a mí mismo como incapaz de afrontar las cosas	0	1	2	3
24. Pensamientos frecuentes de que algo malo va a ocurrir	0	1	2	3
	0	1	2	3
	0	1	2	3

