

**UNIVERSIDAD DE PANAMA  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
VICE-RECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST-GRADO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**



**UN PROGRAMA PARA REDUCIR LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN EN  
ADULTOS; UNA EXPERIENCIA DE GRUPO EN LA POLICLÍNICA DEL  
SEGURO SOCIAL J.J. VALLARINO.**

**POR:**

**ROLANDO ALBERTO JAÉN CABALLERO**

**Tesis presentada en cumplimiento de los requisitos exigidos para optar por  
el Grado de MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**2000**

## HOJA DE APROBACIÓN

**UNIVERSIDAD DE PANAMA**

**VICERECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST-GRADO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**FACULTAD DE HUMANIDADES**

**Nº. De CÓDIGO:** 327-14-06-98-04

**ESTUDIANTE:** ROLANDO ALBERTO JAÉN  
**CABALLERO**

**CÉDULA:** 8-425-561

**TÍTULO AL QUE ASPIRA:** MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TÍTULO DE LA TESIS:** UN PROGRAMA PARA REDUCIR LA  
ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN EN ADULTOS;  
UNA EXPERIENCIA DE GRUPO EN LA  
POLICLÍNICA DEL SEGURO SOCIAL J.J.  
VALLARINO.

**ASESOR:** MAGÍSTER FABIO BETANCOURT

**FIRMA DEL ASESOR:** 

**FIRMA DEL ESTUDIANTE:** 

**APROBADO POR:**   
COORDINADOR DEL PROGRAMA

---

**DIRECTOR DE POST-GRADO DE LA VICERECTORÍA DE  
INVESTIGACIÓN Y PORSTGRADO**

**FECHA:**

## DEDICATORIA



**El crecer nos permite apreciar eventos similares desde perspectivas diferentes, reconocer los matices de una misma situación, valorar las cosas sencillas y simples de la vida como las más importantes, sonreír y hasta a carcajadas gozar de experiencias ó vivencias pasadas que en su momento nos parecieron insuperables.**

**Dedico este trabajo a mi viejo, el hombre más racional por mi conocido, a los miles de personas que sufren hoy, que espero mañana rían.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**Mi más profundo agradecimiento a las siguientes personas que participaron en la concepción, desarrollo, elaboración, redacción y sustentación de esta obra.**

**Dra. Graciela Mabel Alvarez de Hamed, por su ofrecimiento del Departamento de Salud Mental de la Policlínica, en la concepción y desarrollo del programa.**

**Lic. Maritza Palacios, por el ofrecimiento de su espacio, tiempo y atinadas intervenciones durante las sesiones.**

**Los Participantes, por su fe en un programa que no había sido probado en nuestro medio, por su tenaz participación y deseo de superación personal; sin lo cual, programa alguno llega al éxito.**

**A las autoridades de la Policlínica J.J. Vallarino, por su autorización para llevar a cabo el programa.**

**Mgter. Fabio Bethancourt, por su asesoramiento general en el trabajo de investigación.**

**Mgter. Gerardo Valderrama, por su apoyo en los momentos de angustia.**

**Dra. Oris Rovetto, una vez más supo inyectar en mi la fuerza necesaria para sacar adelante un proyecto de tesis, por su constancia y responsabilidad en el trabajo de investigación.**

**Mgter. Ruth Ortiz, mi esposa por su valiosa participación en la revisión ortográfica y de redacción de este trabajo.**

**A todos aquellos colaboradores anónimos que de alguna manera contribuyeron en la realización de este trabajo.**

## **INDICE GENERAL**

## INDICE GENERAL

INDICE DE CUADROS  
INDICE DE FIGURAS  
RESUMEN  
SUMMARY

INTRODUCCIÓN  
CAPÍTULOS

PÁGINAS  
V

I.	Reducción de la Ansiedad y la Depresión con un Programa de Entrenamiento de Competencias de Afrontamiento.....	1
1.1.	Trastorno por Ansiedad.....	2
1.2.	Teorías de la Ansiedad.....	4
1.2.1.	Teoría Genética.....	4
1.2.2.	Teoría Psicodinámica.....	5
1.2.3.	Teoría del Aprendizaje.....	6
1.2.4.	Teoría Bioquímica.....	7
1.2.5.	Teoría Cognitiva.....	8
1.3.	La Depresión.....	18
1.3.1.	Síntomas y Signos.....	19
1.3.2.	Trastorno Distímico.....	20
1.3.3.	Evolución Natural.....	21
1.3.4.	Pronóstico.....	21
1.4.	Ansiedad y Depresión.....	24
1.5.	Programa de Entrenamiento de Competencias de Afrontamiento para reducir la Ansiedad y Depresión.....	25
1.5.1.	Bases Conceptuales que sustentan el Programa.....	25
1.5.2.	Terapia Racional – Emotiva.....	28
1.5.3.	La Terapia de Grupo.....	51
1.5.4.	El Programa de Competencias de Afrontamiento.....	54
II.	Metodología.....	59
2.1.	Planteamiento del Problema.....	60
2.2.	Objetivos de la Investigación.....	60
2.2.1.	Objetivo General.....	60
2.2.2.	Objetivos Específicos.....	60
2.3.	Preguntas de Investigación.....	60
2.4.	Justificación.....	61

2.5.	Hipótesis.....	61
2.5.1.	Hipótesis Conceptual.....	61
2.5.2.	Hipótesis Operacional.....	62
2.5.3.	Hipótesis de Trabajo.....	62
2.5.4.	Hipótesis Nula.....	62
2.6.	Unidades de Observación.....	63
2.6.1.	Variable Independiente.....	63
2.6.2.	Variables Dependientes.....	63
2.7.	Estrategias de Investigación.....	64
2.7.1.	Tipos de Investigación.....	64
2.7.2.	Diseño de Investigación.....	64
2.8.	Población y Muestra.....	67
2.8.1.	Población Objetivo.....	67
2.8.2.	Población Muestral.....	67
2.8.3.	Muestra.....	67
2.9.	Métodos de Selección.....	68
2.9.1.	Criterios de Inclusión.....	68
2.9.2.	Criterios de Exclusión.....	68
2.10.	Instrumentos.....	69
2.11.	Estadístico.....	69
2.12.	Desarrollo del Tratamiento.....	69
III.	Análisis de Resultados.....	71
IV.	Discusión.....	99
	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>102</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>106</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>111</b>

## **INDICE DE CUADROS**

## INDICE DE CUADROS

CUADRO		PÁGINAS
I a IX.	Casos Clínicos.....	73
X.	Resumen de la Evaluación Clínica (Eje V del DSM-IV).	83
XI.	Resumen de las Unidades Subjetivas de Malestar.....	84
XII.	Resultados en la Escala de Depresión de Beck.....	84
XIII.	Resultados de la Escala de Ansiedad IDARE (estado).....	85
XIV.	Resultados de la Escala de Ansiedad IDARE (rasgo).....	85
XV a XVIII.	Análisis de los resultados de la Evaluación Clínica.....	89
XIX a XXII.	Análisis de los resultados de las Unidades Subjetivas de Malestar.....	91
XXIII a XXVI.	Análisis de los resultados de la Escala de Depresión de Beck.....	93
XXVII a XXX.	Análisis de los resultados de la Escala de Ansiedad IDARE (estado).....	95
XXXI a XXXIV.	Análisis de los resultados de la Escala de Ansiedad IDARE (rasgo).....	97

## **INDICE DE FIGURAS**

## INDICE DE FIGURAS

FIGURAS	PÁGINAS
1. Gráfica de los resultados de las evaluaciones clínicas.....	86
2. Gráfica de los resultados de las evaluaciones subjetivas de malestar..	86
3. Gráfica de los resultados en la escala de depresión de Beck.....	87
4. Gráfica de los resultados en la escala de ansiedad IDARE (estado).....	87
5. Gráfica de los resultados en la escala de ansiedad IDARE (rasgo).....	88

**RESUMEN**

**SUMMARY**

## RESUMEN

En este estudio se presentan los resultados obtenidos en cuanto a intensidad de la ansiedad y depresión en 9 pacientes diagnosticados con trastornos depresivos, ansiedad y dolores crónicos tratados con el Programa de Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento. Se utilizó este tratamiento debido a su efecto modificador en la autopercepción e inquietud, componentes cognitivos esenciales de las personas ansiosas, lo cual conlleva a una reducción de sus síntomas. Observamos mejoría apreciable en la depresión y ansiedad en algunos de estos sujetos, sin embargo, todos presentaron un decremento de la sintomatología inicial.

El estudio se desarrolló en el Departamento de Salud Mental de la Policlínica del Seguro Social, J.J. Vallarino. Se escogieron para participar, personas diagnosticadas por los profesionales del departamento, con síntomas de depresión y ansiedad de intensidad que fluctuaba de ligera a moderada; ninguno necesitaba, de acuerdo al personal que los refirió, ser hospitalizado o estar bajo medicamento que controlase estas dolencias. Estos sujetos habían sido referidos a terapia de relajación.

Consistía el programa en cuatro módulos (Entrenamiento en Relajación, Reestructuración Cognitiva, Entrenamiento en Asertividad y Resolución de Conflictos) desarrollados estos en 15 sesiones (una semanal) de hora y media de duración, apoyados con tareas para el hogar que incluían ejercicios de relajación, tareas escritas, contactar un compañero y lecturas de material proporcionado. Se evaluaron las variables dependientes (depresión y ansiedad) al inicio, en la séptima sesión y al finalizar el tratamiento, con las escalas de Depresión de Beck e IDARE, impresión subjetiva del malestar de los mismos sujetos, cada sujeto fue evaluado individualmente a través de entrevistas clínicas profundas y se confeccionaron informes clínicos de cada uno.

Los resultados finales muestran una mejoría en todos los participantes del tratamiento, que va de muy leve a moderada.

## SUMMARY

This study presents the results related to the intensity of anxiety and depression in 9 patients with the diagnostics of depressive disorders, anxiety and chronic pains treated within the "*Coping Abilities Training Program*". This treatment was used because of its effect in modifying the auto-perception and *restless behavior*, which are the essential cognitive components on patients suffering from anxiety, resulting in a reduction of the symptoms. We were able to observe a significant improvement in some of the subjects, but all of them presented a reduction in the initial symptoms.

This study was conducted in the mental health department of the "Policlínica del Seguro Social, J. J. Vallarino". The participants were selected within the patients with symptoms of depression and anxiety fluctuating from *light to moderate* intensity, as identified by professionals of this department. None of them needed to be hospitalized and none were under medication to control these symptoms. All of them were referred for relaxation therapy. The program consisted in four modules (Relaxation Training, Cognitive Restructuring, Assertive Training and Conflict Resolution) given in 15 sessions (one per week) of 1.5 hours each, with homework assignments consisting on relaxation exercises, written assignments, to contact a friend and reading literature given by the therapists. The dependent variables (depression and anxiety) were evaluated at the beginning of the program, at the 7<sup>th</sup> session and at the end of the treatment with the Beck and the IDARE depression scales, by the subjective report of the patients and by extensive individual clinic interviews. A clinical report was made for each of them.

The final results show an improvement of all the participants ranging from *light to moderate*.

## **INTRODUCCIÓN**

## INTRODUCCIÓN

No contando en nuestro país con un trabajo previo que investigara la terapéutica psicológica en un contexto de grupo, desde alguna perspectiva teórica definida, los esfuerzos hasta el momento se han limitado a grupos de apoyo, de encuentro y a grupos de relajación. Estos grupos no mantienen una estructura dentro de la sesión y los objetivos y metas son muy vagos y ambiguos; más bien, los participantes encuentran un espacio donde compartir algunas situaciones que les producen sufrimiento.

Conscientes de la realidad socio económica de nuestra nación y reconociendo que el trabajo psicológico es costoso, debido al número elevado de consultas que se requieren para producir un cambio favorable y duradero del sufrimiento psíquico humano, nuestro sistema de salud pública es incapaz de dar cuenta de manera efectiva de la gran demanda de servicio que se le presenta debido a una multiplicidad de factores; entre ellos podemos indicar, que el servicio se conceptualiza en términos generales desde una perspectiva médico individualizada.

Este esfuerzo investigativo fue puesto en marcha debido al ánimo de realizar un trabajo que sirviera como modelo a seguir en las instituciones de Salud Mental Pública de nuestro país. Desarrollar un formato de trabajo en grupos que diese como resultado un mejoramiento de la Ansiedad y Depresión, dolencias que expresan el sufrimiento humano en sus componentes psíquicos,

con una estrategia eficiente, rápida y con bajos niveles de recaídas.

Iniciamos, exponiendo en el capítulo I, las consideraciones teóricas sobre la ansiedad y la depresión, nuestras variables dependientes, haciendo un énfasis en las teorías cognitivas las cuales sustentan nuestra intervención terapéutica, describimos la misma y la sustentamos desde sus principios conceptuales.

El Programa de Entrenamiento de Competencias de Afrontamiento, fue desarrollado en la Universidad George Washington y ha sido validado como una estrategia terapéutica de gran eficiencia comparado sus beneficios con otras terapias tanto individuales como de grupo; la muestra en cada situación experimental grandes beneficios a favor de este enfoque.

Reconocemos desde esta breve introducción que una investigación de este tipo no goza de los controles exigidos por un verdadero experimento por no contar con grupo control, sin embargo, es una estrategia válida y pionera de futuras investigaciones más controladas, cuando no es posible establecer aquellos controles debido a la inexistente cultura en cuanto a terapias de grupo dentro de nuestro servicio de salud. La muestra tan gentilmente ofrecida había sido referida a un grupo de terapia por relajación, era exigua y requería tratamiento inmediato a sus dolencias, ansiedad y depresión. Nos comprometimos con el reto de desarrollar este programa convencidos de la utilidad del mismo, considerando que de producirse cambios apreciables en la sintomatología de los asistentes sería un rompimiento inicial de los esquemas que sólo conceptúan el tratamiento psicológico desde una perspectiva individual, pero, a la vez conscientes de que los resultados tendrían que analizarse con

mucho cuidado debido a la falta de controles experimentales de el diseño.

En el capítulo II, planteamos la metodología de investigación, los objetivos generales y específicos, hipótesis de investigación y nula, los criterios y procedimientos seguidos en el Programa Terapéutico llamado Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento, el cual fue nuestra variable independiente.

Los resultados son presentados individualmente en tablas, principalmente siguiendo una perspectiva clínica, o sea, cada caso es analizado profundamente, luego como complemento realizamos una evaluación global del grupo de sujetos en tratamiento, siempre desde las limitaciones del diseño permitido.

Concluimos nuestro trabajo con una discusión de los resultados alcanzados a la luz de las teorías expuestas en el capítulo inicial, finalmente esbozamos algunas recomendaciones y sugerencias tanto a la práctica clínica del servicio de salud mental pública y privada, como a nivel investigativo.

En las últimas páginas de este trabajo el lector encontrará la sección de anexos, los cuales le permitirán apreciar las historias clínicas completas de los participantes y algunos formularios del programa.

## **CAPITULO I**

# **REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE COMPETENCIAS DE AFRONTAMIENTO**

## **REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CON UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE COMPETENCIAS DE AFRONTAMIENTO**

A lo largo de la historia del hombre la ansiedad y la depresión han estado presentes como la expresión psíquica del sufrimiento del humano, sin embargo, diversos autores han planteado que estas dolencias, pueden ser tratadas a través de muy diversas estrategias terapéuticas. Consideramos de suma importancia tratar el tema desde diferentes consideraciones conceptuales.

### **1.1. Trastorno por Ansiedad.**

El temor se define como una respuesta emocional y fisiológica a una amenaza externa reconocida. La ansiedad es un estado emocional desagradable, cuyas fuentes son menos fáciles de identificar; frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso agotamiento.

El temor a amenazas reconocibles causa tensión mental desagradable y cambios físicos similares, los pacientes utilizan los términos temor y ansiedad de manera intercambiable. Hay poca necesidad de diferenciar el temor de la ansiedad. No obstante, es importante distinguir entre trastornos de ansiedad diferentes, ya que un diagnóstico preciso tiene mayor probabilidad de resultar en un tratamiento eficaz y un mejor pronóstico.

La ansiedad varía en su intensidad, desde inquietudes menores hasta temblores notables, e incluso angustia completa; el tipo más extremo de ansiedad. Además esta varía en su evolución, con una intensidad máxima alcanzada en unos segundos, o más gradualmente a lo largo de minutos, horas o días. La duración también varía de algunos segundos a horas, o incluso días o meses, aunque los episodios de angustia, por lo general, se reducen dentro de 10 minutos y rara vez duran más de 30 minutos.

Cuando la ansiedad surge de manera inesperada, como llovida del cielo, se llama ansiedad espontánea o sin manifestación (o si es muy intensa, angustia espontánea). Cuando la ansiedad ocurre predeciblemente en situaciones específicas, se denomina ansiedad manifiesta situacional o fóbica (o cuando es extrema, angustia situacional o fóbica). Ansiedad anticipatoria (o angustia anticipatoria) es el término que se utiliza para describir la ansiedad desencadenada por el simple pensamiento de situaciones particulares.

El límite entre la ansiedad normal y la patológica no puede trazarse con precisión. A veces las personas buscan tratamiento para su ansiedad, que desaparece espontáneamente, antes de que se les pueda observar. Muchas veces se retrasa el tratamiento hasta que la desorganización del funcionamiento es evidente o el sufrimiento es intenso.

La ansiedad comúnmente se presenta como una manifestación de la preocupación apropiada acerca de los trastornos médicos y psiquiátricos. Los problemas médicos que involucran cualquier sistema corporal pueden producir ansiedad como síntoma. Las sustancias y factores dietéticos (particularmente

caféina y alcohol) también pueden provocar ansiedad.

## **1.2. Teorías de la Ansiedad.**

### **1.21. Teoría Genética.**

La siguiente es una brillante condensación de los aportes que la Teoría Genética al entendimiento de los trastornos de ansiedad.

"De los protozoarios a los mamíferos, los organismos se han engendrado de manera selectiva con diferencias genéticas para la conducta defensiva, acompañadas de diferencias en el cerebro y en otras funciones biológicas. Estudios en gemelos indican algún control genético, del temor humano normal desde la infancia en adelante, de la ansiedad como síntoma y como síndrome y de fenómenos fóbicos y obsesivo-compulsivos. Los trastornos de ansiedad son más comunes entre los parientes de los sujetos afectados que en los de los controles, especialmente entre las mujeres y los parientes de primer grado; el alcoholismo y la depresión secundaria también pueden estar sobre representados. Se han encontrado influencias familiares en el trastorno por angustia, agorafobia y problemas obsesivo-compulsivos. El trastorno por angustia, depresión mayor y alcoholismo. La más fuerte historia familiar de todos los trastornos de ansiedad, se ve en las fobias a las heridas sangrientas; aun cuando pueda tratarse exitosamente por exposición, su raíz puede yacer en una susceptibilidad automática específica, determinada genéticamente. Algunos efectos genéticos pueden modificarse por medios ambientales." (Marks 1986 En: Goldman, 1996).

Esta teoría esboza los conceptos de ansiedad exógena y el de ansiedad endógena. El concepto de ansiedad exógena: es una reacción defensiva ordinaria, la ansiedad, la cual es una reacción normal a un evento reconocido estresante externo, también es conocida como ansiedad provocada.

Por otra parte la ansiedad endógena es considerada una enfermedad u trastorno, en la que las personas que la padecen parecen nacer con una

vulnerabilidad genética. Usualmente aparece como una ola de ansiedad que llega repentinamente, sin aviso, y sin razón aparente. Algunas veces diferentes partes del cuerpo parecen salirse de control. El corazón palpita de manera incrementada, mareos, falta de respiración, cosquilleo, sudación de las manos, debilidad en las piernas, todos esto en la ausencia de razón aparente.

Lo repentino de estos síntomas, y el hecho de que ocurren sin aviso, sin una clara situación generadora, hace que este estado ansioso se considere un trastorno muy diferente a la ansiedad normal o exógena.

Endógeno viene de la palabra griega que significa "que se nació o se produce desde adentro". Significa literalmente que el problema central estriba en que se genera dentro del interior del individuo, más que como una reacción al medio externo del individuo. Este estado refleja que el ataque de pánico proviene del interior del sujeto. En el trastorno de ansiedad, como todos los trastornos y enfermedades, existe alguna medida de malfuncionamiento interno, y como en otros trastornos éste trae sufrimiento. Sheham, (1986)

El trastorno de ansiedad aparece más en mujeres que en hombres y la edad aproximada de aparición de los primeras experiencias está entre los 16 y 25 años de vida. Sheeham (1986)

### **1.2.2. Teoría Psicodinámica.**

En un principio Freud propuso una base fisiológica de la ansiedad, sin embargo, posteriormente concluyó que ésta servía como una señal para el yo del surgimiento de conflicto o impulsos inconscientes. Su teoría llevó al

desarrollo del psicoanálisis para el estudio y tratamiento de los trastornos emocionales. De acuerdo con la teoría psicoanalítica la ansiedad se ve como una emoción del Yo (parte del aparato psíquico que equilibra los impulsos y demandas de nuestro ELLO infantil, la austeridad y controles punitivos impuestos por el SUPER YO paternal, y la realidad externa. La ansiedad también se ve como el indicio clave de un conflicto inconsciente interno (Freud).

### **1.2.3. Teoría del Aprendizaje.**

Los terapeutas conductuales sostienen que la ansiedad es una respuesta aprendida a algún estímulo nocivo. Cuando una situación o estímulo provocan ansiedad en una persona, esta lo evita, la ansiedad disminuye y la persona aprende a reducirla evitando las situaciones que la provocan. El trastorno de la ansiedad generalizada puede resultar de un reforzamiento positivo y negativo imprevisible: la persona está indecisa acerca de cuales conductas de evitación serán efectivas para reducir la ansiedad.

La ansiedad también puede desarrollarse en respuestas a estímulos generalmente positivos o neutrales, si los mismos se acompañan de un estímulo nocivo o aversivo. Este proceso de condicionamiento se considera el responsable de la evitación de situaciones neutrales o benignas, en las que una ansiedad angustiante ha ocurrido. El apareamiento del pensamiento inductor de ansiedad recurrente (miedo a contaminarse) con una conducta compulsiva (lavarse las manos) que reduce la ansiedad, se toma como una explicación del trastorno obsesivo-compulsivo.

#### **1.2.4. Teoría Bioquímica.**

Los individuos que padecen de trastornos de ansiedad tienen un funcionamiento fisiológico significativamente diferente (p.ej., frecuencia cardiaca más alta, concentraciones de lactato sanguíneo y mayor déficit de oxígeno durante el ejercicio moderado). Igualmente los pacientes con estos trastornos son más sensibles a ciertas sustancias tales como cafeína, lactato, isoproterenol, adrenalina, yohimbina y piroxan). Muchas de estas sustancias incrementan la actividad del locus ceruleus o núcleo del cerebro medio el cual aporta aproximadamente el 70 % de las neuronas en el sistema nervioso central. Las personas a las que se le administran estas sustancias manifiestan un aumento en la ansiedad, y los monos exhiben conductas de temor similares a las que muestran cuando se encuentran en una situación de pelea.

La estimulación eléctrica del locus ceruleus en los monos produce una respuesta de temor similar, mientras su ablación reduce las conductas de miedo. Los medicamentos que inhiben el funcionamiento del locus ceruleus, también reducen las respuestas de temor en los monos y la ansiedad en individuos con trastornos de ansiedad, al igual que en los sujetos control. Los agonistas alfa 2 y los bloqueadores de los receptores beta-adrenérgicos han mostrado poseer algunas propiedades anti-ansiedad, los antidepresivos heterocíclicos e inhibidores de la monoaminoxidasa y los fármacos de benzodiacepina los cuales regulan y disminuyen la función del locus ceruleus, son los más útiles

para el clínico.

Las benzodiazepinas tienen un supuesto segundo modo de acción en que potencian el ácido gammaaminobutírico (GABA), un neurotransmisor inhibitor ampliamente distribuido. El descubrimiento de receptores de benzodiazepina en el sistema nervioso central condujo a la búsqueda de benzodiazepinas endógenas, las que finalmente se han encontrado.

Se cree que la neurotransmisión de serotonina anormal explica parte de la fisiopatología del trastorno obsesivo-compulsivo y los potentes inhibidores de captación de serotonina, son el fármaco más efectivo predecible para este trastorno.

La base bioquímica evidente de cada conducta, pensamiento y sentimiento, no implica que las anomalías bioquímicas deban ser tratadas con agentes químicos; la química cerebral, también puede ser modificada por intervenciones conductuales, psicológicas (cognitivas) y quirúrgicas.

#### **1.2.5. Teoría Cognitiva.**

A pesar de las pruebas sobre los factores biofisiológicos, todavía queda lugar para considerar los factores psicológicos. De hecho, existen pistas incluso entre los estudios de investigaciones biofisiológicas de al menos un papel interactivo de las variables psicológicas. El hecho de que las infusiones químicas tiendan a provocar pánico principalmente entre personas que ya sufren de trastornos de ansiedad, sugiere que las expectativas de los pacientes pueden ser un componente importante. Al provocarse los síntomas somáticos como

precursores de una pérdida total del control.

Tras una amplia revisión de la evidencia que apoya las influencias endocrinológicas en la ansiedad, las investigaciones sugieren que las respuestas neuroendocrinas a los estímulos que provocan la ansiedad son generalmente excitatorias de este sistema, pero la respuesta varía con la percepción del individuo del estímulo. Stokes (1985)

En años recientes ha habido un marcado incremento en las investigaciones de la terapia cognitiva en el tratamiento de los diferentes trastornos de ansiedad incluyendo entre estos el pánico. Los resultados de los experimentos generalmente apoyan la teoría. El tratamiento cognitivo del pánico es brevemente descrito, seguido por una revisión de relevantes tratamientos controlados. Estos experimentos sugieren que la terapia cognitiva es un tratamiento efectivo para el pánico y se compara favorablemente con algunas alternativas de tratamientos conductistas y terapias farmacológicas.

Procederemos ahora a describir el ataque de pánico y como la teoría cognitiva explica este trastorno. Un ataque de pánico es definido de acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (1980) como una alza repentina de ansiedad, una sensación intensa de aprehensión asociada con al menos 4 de una lista de síntomas físicos que incluye: palpitaciones aceleradas, falta de respiración, mareos, temblores, visión borrosa, náusea, sensación de desrealización, dolores de pecho y parestesias. Definida de esta forma, ocasionalmente los ataques de pánico son comunes en todos los trastornos de ansiedad. Barlow (1985). El diagnóstico de trastorno de pánico, sin embargo,

es reservado para un grupo de individuos que recurrentemente experimentan ataques de pánico y por lo menos algunos vienen de la nada, dicho de otra forma estos ataques no siempre tienen un detonante fóbico; una situación fóbica o un miedo anticipatorio conocidos.

En la versión última del Manual Diagnóstico y Estadísticos de las Enfermedades Mentales (DSM IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1987), se distingue el trastorno de pánico en aquellos en que se pueden identificar las situaciones particulares que detonan el pánico y que evitan estas situaciones (trastorno de pánico con agorafobia), de aquellos pacientes que no pueden identificar dichas situaciones y que no muestran una conducta de evitación de la situación o sea (trastorno de pánico sin agorafobia)

El hecho de que algunos ataques de pánico pueden ocurrir sin previo aviso ha sido interpretado por muchos investigadores de orientación biológica como una indicación de que el problema central del trastorno de pánico es un trastorno neuroquímico; este punto de vista parece recibir apoyo de la inducción y tratamiento farmacológico del trastorno de pánico. Sin embargo, un número de investigadores entre ellos Beck y Krinberg han sugerido que el ataque de pánico puede ser entendido desde una perspectiva cognitiva. La teoría cognitiva para el ataque de pánico establece que individuos que han padecido de ataques de pánico tienden a interpretar ciertas sensaciones corporales de un modo catastrófico; las sensaciones son mal interpretadas, principalmente aquellas que envuelven respuestas normales de ansiedad por ejemplo palpitaciones, mareos, parestesias, falta de aliento, etc.

La interpretación incorrecta catastrófica involucra la percepción de aquellas sensaciones, de manera mucho más peligrosa de lo que realmente son. En particular interpretan las sensaciones como un indicador de un colapso físico que de inmediato va a ocurrir o tal vez un desajuste mental, por ejemplo, el percibir una pequeña sensación de falta de aliento es indicador del cese inevitable de la respiración y la consecuente muerte, la percepción de palpitaciones algo aceleradas es evidencia de un inminente ataque al corazón, la percepción de pulsaciones es vista como evidencia de una hemorragia cerebral y la percepción de un pequeño mareo o desajuste se puede interpretar como la segura pérdida del control y la pérdida de la salud mental.

La sensación previa al ataque se inicia con aquellos estímulos que han sido interpretados como la fuente del peligro inminente. La interpretación produce un estado de aprehensión que está asociado a un amplio rango de sensaciones corporales. Estas sensaciones que producen ansiedad son interpretadas por sí mismas de una manera catastrófica, la inminente muerte o pérdida del control un incremento sucesivo de aprehensiones ocurre, las que producen más sensaciones corporales llevándonos a un círculo vicioso que culmina en un ataque de pánico.

La teoría cognitiva explica que hay ataques de pánico que son precedidos por un período de alta ansiedad y otros ataques aparecen de la nada. En ambos ataques se asume que este evento crucial es causado por la mala interpretación de sensaciones corporales.

Ataques precedidos por un alza en la ansiedad son consecuentes con una

ansiedad precedente, la que a su vez se debe, a la anticipación del ataque o algunos otros eventos relacionados con el ataque, por ejemplo, una pelea con la pareja. En el ataque de pánico que no es precedido por un alza de la ansiedad las sensaciones corporales mal interpretadas son inicialmente causadas por malos estados emocionales: excitación, rabia, disgusto o por algunos eventos inocuos como el ejercicio, es decir, falta de aliento, palpitaciones o mareos, o el efecto debido a un exceso en el consumo del café. En estos ataques el paciente falla en distinguir entre el detonador de las sensaciones corporales y el consecuente ataque de pánico y percibe el ataque como que no tiene una causa y que viene de la nada.

Cuando se aplica la terapia cognitiva a pacientes individuales a menudo es importante distinguir entre el primer ataque de pánico y el desarrollo subsecuente de ataques de pánico repetidos y del trastorno de pánico. Investigaciones han sugerido que del 7 al 28% de la población normal ocasionalmente experimenta un repentino ataque de pánico. Los eventos de la vida están llenos de estos, la cafeína, drogas, cambios hormonales, condiciones médicas benignas pueden percibirse como cambios autonómicos, sin embargo la teoría cognitiva asume que solamente entran en un ataque de pánico y de trastorno de pánico del 3 al 5 % de la población general. Si él o ella desarrollan una tendencia a interpretar estas percepciones autonómicas de una manera catastrófica, dicha tendencia puede ser debido a una experiencia de aprendizaje, en fechas anteriores al primer ataque, por ejemplo, observación de los padres con pánico o un modelo de parientes con conductas enfermas o pueden emerger

como consecuencia de la forma en que el paciente, el médico y otros responden al primer ataque. Al especificar que la mala interpretación catastrófica de las sensaciones corporales juega un rol causal en la producción del ataque de pánico recurrente, la teoría cognitiva presenta una perspectiva diferente de la que ofrecen los modelos puramente biológicos. Sin embargo, la teoría cognitiva acepta que los factores biológicos tienen un papel que jugar en los trastornos de pánico.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, está claro que la teoría cognitiva puede en principio responder a las principales características o explicaciones del ataque de pánico, sin embargo, esto no significa que la teoría es correcta. Para evaluar la teoría es necesario aclarar sus predicciones en un ambiente controlado o en una investigación experimental. En los últimos 10 años un gran número de estudiosos ha investigado la teoría cognitiva y han recibido considerable apoyo de estas investigaciones. En esta sección proveemos una breve mirada de estos experimentos cruciales que confirman las predicciones principales de esta teoría.

Se apunta al menos 3 predicciones principales que pueden derivarse de esta teoría:

1. Pacientes con trastorno de pánico más comúnmente interpretan las sensaciones corporales de una manera catastrófica, que algunos pacientes que no han tenido experiencias de pánico.
2. La condición que activa las malas interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales llevan a un incremento de la ansiedad y el pánico en los

pacientes con trastorno de pánico.

3. Los ataques de pánico pueden ser prevenidos reduciendo las tendencias del paciente a interpretar las sensaciones corporales de una manera catastrófica. (Clarence en: Clark, 1996)

La primera predicción está relacionada con establecer que los pacientes con ataque de pánico piensan de la forma mencionado por la teoría. Sin embargo la segunda y tercera predicción tienen que ver con el principio de que el pensamiento juega un papel causal en la producción de los ataques.

La terapia cognitiva sugiere que es posible tratar naturalmente los ataques de pánico que ocurren al ayudar a los pacientes a identificar y cambiar las malas interpretaciones de las sensaciones corporales.

Varios tratamientos cognoscitivos-conductuales que vienen en paquetes intentan lograr estos objetivos. Los más prominentes son probablemente los paquetes de terapia cognitiva desarrollados por Clark, Beck y colegas.

Los tratamientos de control de pánico diseñados por Barlow y colaboradores apuntan a combatir los pensamientos de los pacientes acerca de sus sensaciones corporales y suprimir aquellos pensamientos que disparan al pánico. Los últimos estudios sugieren que ambos tratamientos son altamente efectivos.

Los paquetes de terapia cognitiva utilizan una amplia variedad de técnicas conductuales y cognitivas para ayudar a pacientes a identificar y combatir sus malas interpretaciones corporales, se incluye identificar y contradecir al paciente, inducir al paciente a que muestre la evidencia de la mala interpretación y

sustituya la mala interpretación a cambio de una interpretación más realista y por una reestructuración de las imágenes; los procedimientos conductuales incluyen inducir las sensaciones de miedo (hiperventilación al leer un par de palabras que representan sensaciones de miedo y catástrofes o enfocando la atención en el cuerpo), con la intención de demostrar las causas verdaderas de los síntomas de pánico y establecer las conductas que provoquen seguridad al paciente tales como apoyarse en objetos sólidos cuando se siente mareado. Una práctica es exponer al paciente a situaciones de peligro, de miedo de tal forma que se le permita al paciente confrontar sus pensamientos negativos, los deseche o cambie, al igual que las consecuencias de estos.

La revisión de la terapia es marcadamente consistente. En las experiencias conducidas en cinco centros diferentes en cuatro países: Inglaterra, Alemania, Suecia y Estados Unidos, entre 75 y 95% (un promedio de 85 %) de pacientes ha estado libres de ataque de pánico después de tres meses de terapia cognitiva y estos logros se han mantenido por lo menos después de un año. Resultados similares esencialmente se han obtenido en el tratamiento de control del pánico.

Otros diferentes tratamientos conductuales y farmacológico también han demostrado ser efectivos para el pánico. Hay particularmente una importante pregunta y es cómo la terapia cognitiva conductual se compara con la mejor de las otras alternativas empíricamente validadas, los tratamientos psicológicos y farmacológico para el pánico? Para responder esta pregunta Clark y colaboradores, al azar colocaron pacientes con trastorno de pánico en diferentes

tipos de terapia: terapia cognitiva, relajación aplicada, imipramina y en una lista de espera. Ost (1987) un especialista altamente competente, entrenado en la relajación fue designado como el que llevara a cabo la terapia psicológica de relajación y fue significativamente más efectiva que la relajación tradicional. El entrenamiento con ambos tratamientos fue combinado con una exposición a situaciones temidas. La imipramina fue la droga escogida en el tratamiento farmacológico porque en repetidas ocasiones ha mostrado más efectividad que el placebo y es probablemente la intervención farmacológica más validada. Los pacientes que recibieron terapia cognitiva o relajación aplicada tuvieron hasta 12 sesiones en los primeros 3 meses y 3 sesiones de apoyo en los siguientes 3 meses. Los pacientes que recibieron imipramina tuvieron un número similar de sesiones y fueron mantenidos a dosis máxima durante 6 meses. Después de un tiempo la medicación fue gradualmente retirada. Los tres tratamientos fueron dados en conjunto con una exposición a situaciones temidas. Pacientes y asesores independientes evaluaron antes de iniciar los tratamientos y a los 3, 6 y 15 meses después. La comparación entre los grupos de tratamiento y la lista de espera a los 3 meses indicaron que los 3 tratamientos fueron efectivos. Sin embargo, las comparaciones entre los 3 grupos de tratamiento indicaban que en varias medidas la terapia cognitiva fue superior significativamente a los otros dos tratamientos, la de relajación aplicada y la de imipramina.

Ha sido frecuentemente sugerido que la terapia cognitiva puede ser efectiva en producir cambios terapéuticos sostenidos a largo tiempo. Los análisis de la data a largo plazo (15 meses) provee apoyo a esta sugerencia.

Pacientes tratados con imipramina fueron significativamente más propensos a recaer luego del tratamiento que aquellos pacientes tratados con terapia cognitiva (40% vs. 5%). El porcentaje de pacientes que estaban libres de síntomas de pánico a los 15 meses y que no necesitaron tratamiento posterior para el pánico fue de un 80% para terapia cognitiva, 47% para terapia de relajación aplicada y 50 % para tratamiento con imipramina.

Podemos observar que el apoyo que provee la efectividad de la terapia cognitiva en el tratamiento de pánico, Clark y colaboradores (1992), probaron una predicción adicional de la terapia cognitiva. Clark (1986) apunta que la terapia cognitiva predice la resolución a largo plazo después del fin del tratamiento (psicológico o farmacológico) para el pánico esta relacionado con la medida en que las malas interpretaciones de las sensaciones corporales han cambiado durante el curso de la terapia. O sea, pacientes que continuaron mal interpretando las sensaciones corporales al final del tratamiento, tendrán un desenvolvimiento clínico menor que aquellos pacientes que han cesado de hacer sus malas interpretaciones. El análisis de los 15 meses de Clark (1992) apoya la hipótesis. Las medidas de las malas interpretaciones de las sensaciones corporales tomadas al final del tratamiento fueron posteriormente correlacionadas positivas con la sintomatología del seguimiento. Aún más, esta relación fue significativa para pacientes tratados con imipramina y para aquellos pacientes tratados con intervención psicológica.

En este formato breve pudimos observar un desglose de la teoría cognitiva del pánico. La teoría produce un apoyo o relación del fenómeno clínico

del pánico. Sin embargo, una teoría debe mantenerse o declinar por lo preciso de sus predicciones. Un número de expertos ha sustentado las predicciones derivadas de la teoría cognitiva, y hasta el momento los resultados han sido los esperados.

Posteriores trabajos experimentales están siendo realizados. Entre tanto, es estimulante saber que el acercamiento cognitivo a generado lo que parece ser un tratamiento efectivo del trastorno psicológico del pánico.

### **1.3. La Depresión.**

Existe o se han presentado diversos enfoques teóricos para explicar los trastornos del humor, especialmente la depresión, desde el punto de vista psicológico. Cada uno de estos enfoques han intentado demostrar su verdad, con resultados contradictorios en algunos casos y otros congruentes, sin embargo, las hipótesis expuestas en estos modelos no son excluyentes entre si, ni tampoco respecto a los modelos biológicos. La depresión es uno de los trastornos médicos más frecuentes y ya los egipcios antiguos la reconocían como una entidad patológica definida. El empleo común del término "depresión" se inició primeramente por los intentos de Emil Kraepelin de crear una palabra con mayor especificidad diagnóstica que melancolía.

Durante la mayor parte de este siglo los clínicos han intentado subclasificar este síndrome basándose en los síntomas y las causas. La distinción entre las depresiones reactivas y las no reactivas o endógenas, es decir, aquellas que no eran precipitadas por estrés psicosocial, resultaron

carecer de valor de predicción. En todo caso, estos criterios son muy subjetivos y dependen de la manera en que se obtenga la historia detallada y el valor que asignen el paciente o el clínico a los cambios que ocurren de manera sistemática durante la vida.

### **1.3.1. Síntomas y signos.**

Se ha distinguido entre los sujetos deprimidos a aquellos que muestran un retraso psicomotor prominente y anhedonia y los que tienen pruebas de activación psicomotora, remordimiento, ansiedad y, en ocasiones, pensamiento delirante. La cantidad y gravedad de los síntomas somáticos generalmente se incrementan con la gravedad de la depresión. Separar las depresiones mayores según sean endógenas o autónomas, no se ha encontrado útil, ni para predecir la reacción al fármaco ni para mejorar la evaluación del riesgo general. Los individuos pueden, de hecho, mostrar características endógenas en un episodio y en otro no.

El carácter de los síntomas depresivos depende en gran medida de la gravedad del trastorno. En los casos más graves los pacientes manifiestan un sistema delirante paranoide extenso o nihilista y experimentan alucinaciones, por lo general de contenido auto despreciativo y congruentes con el estado subyacente del ánimo. Los rasgos psicóticos incongruentes del estado de ánimo, se presentan con menor frecuencia. Estos individuos presentan mayores alteraciones psicomotoras y por lo general reaccionan mal a la medicación antidepressiva.

La depresión ocurre a cualquier edad y puede manifestarse con síntomas primarios que no abarcan cambios manifiestos del estado de ánimo. Puede ser diagnosticada la depresión en niños. A causa de los cambios del desarrollo cognoscitivo y lingüístico que ocurren en la infancia, los estados emocionales se manifiestan y proyectan de forma diferente. En los adultos el síntoma principal puede ser un cambio de la función cognoscitiva. Se ha aplicado el término "seudodemencia" a un estado clínicamente idéntico a la demencia senil irreversible, pero que mejora rápidamente con tratamiento antidepressivo.

### **1.3.2. Trastorno distímico.**

Recientemente se acuñó el término de trastorno distímico para indicar de manera específica a un grupo de pacientes que se describían antes como casos de depresiones neuróticas. Desde hace mucho tiempo los clínicos observaron que estos sujetos experimentan sentimientos crónicos de insuficiencia y auto denigración y que los expresan de una manera impresionante que desafía todos los intentos de tratamiento. Estos individuos expresan su pérdida de interés o el placer en casi todas las actividades de la vida diaria, pero no muestran síntomas de gravedad suficientes para satisfacer los criterios de crisis depresiva mayor. El estado de ánimo puede ser no remitente o alternarse con periodos breves de estado de ánimo normal que no dura más de unas cuantas semanas. Los pacientes distímicos tienden a reaccionar en exceso a las tensiones normales de la vida con estado de ánimo depresivo. Tienen poca confianza en sí mismos, pero suelen ser muy exigentes y quejumbrosos y culparán a los demás de sus

fracasos al mismo grado en que se culpan a sí mismos. Son comunes los rasgos obsesivos. Como resultado de estas actitudes, los pacientes distímicos tienden a llevar una vida social limitada y tienen relaciones interpersonales inestables con otras personas. Es común en este grupo de pacientes el abuso de alcohol y otras sustancias.

### **1.3.3. Evolución natural.**

Los pacientes distímicos suelen quejarse de haberse sentido deprimidos durante toda la vida. No es posible identificar una época específica del comienzo, y en todo caso describe que ésta ocurrió muy al principio de la infancia o la adolescencia con una historia de muchas intervenciones terapéuticas.

Los individuos que tienen una predisposición a las experiencias depresivas también pueden ser víctimas de recurrencias de crisis depresivas mayores y por ende tienen depresiones dobles durante ciertos periodos de sus vidas. Poca auto estima, desesperanza y anhedonia crónica se pueden considerar fenómenos aprendidos que se iniciaron y reforzaron en momentos críticos a causa de una crisis depresiva mayor. Los síntomas depresivos suelen ser leves o moderados, es común en estos casos la morbilidad relacionada con la depresión mayor, como el suicidio. Los pacientes distímicos son consumidores muy frecuentes de los servicios de asistencia médica y salud mental.

### **1.3.4. Pronóstico.**

El trastorno distímico se acompaña de alteración de límites muy amplios.

En algunos casos se observan afectados sólo de manera leve el funcionamiento social y el rendimiento en el trabajo, pero otros se caracterizan por preocupación suicida recurrente e incapacidad para conservar un rendimiento suficiente en la escuela o el trabajo. Como el trastorno abarca de manera indudable a un grupo heterogéneo de individuos, el pronóstico dependerá de la respuesta del sujeto a la psicoterapia, a la medicación antidepresiva o a las dos cosas.

Seguidamente y de manera breve expongo la manera en que la Teoría Cognitiva plantea la problemática de la depresión. De acuerdo en la depresión se resalta tres conceptos para explicar los aspectos psicológicos de la misma: 1) la triada cognitiva, 2) los esquemas y 3) los errores en procesamiento de la información.

El primer componente de la triada es la visión negativa del paciente acerca de si mismo. Este se valora torpe, desgraciado, sin valía personal, todas sus experiencias desagradables se deben a sus defectos y finalmente esta seguro que no posee aquellos atributos necesarios para lograr la felicidad.

La tendencia del paciente depresivo a interpretar sus experiencias de manera negativa. Constantemente piensa y por ende siente que el medio y los amigos le hacen demandas imposibles de lograr o siempre encuentra obstáculos insuperables. Interpreta su interactuar en situaciones o con sus amigos siempre en términos de derrota. Sin terapia no logra encontrar o darse explicaciones de los acontecimientos más realistas y menos negativas.

Su visión acerca del futuro, es siempre negativa, incluso cuando hace

planes a largo tiempo anticipa que sus sufrimientos y problemas presentes serán para siempre. En planes o proyectos a corto plazo, inevitablemente solo ve fracasos.

El resto de los síntomas de la depresión son explicados como consecuencia de estos patrones de pensamiento negativos.

El segundo concepto principal son los esquemas, este nos ayuda a entender por qué se mantienen los pacientes depresivos sufriendo incluso ante la evidencia objetiva contraria de que existen aspectos positivos en su vida. Cada situación esta compuesta por muchos estímulos, sin embargo cada persona atiende selectivamente algunos, los combina y conceptualiza en un estilo o forma muy personal, las personas tienden a ser consistentes en sus respuestas a fenómenos similares. A si tenemos que estas formas personales de interpretar una situación se convierten con el tiempo en patrones estables o esquemas a través de los cuales invariablemente percibimos e interpretamos los acontecimientos y personas.

Por último, los errores en el procesamiento de la información son sistemáticos en la manera de pensar de la persona depresiva y sirven para mantener y dar validez sus cogniciones negativas incluso a pesar de la realidad contraria. Algunos de estos errores son: 1) inferencia arbitraria, se adelantan las conclusiones negativas en ausencia de evidencia real o con evidencia en contra, 2) abstracción selectiva, se centra la persona depresiva en algún detalle fuera del contexto, pasando por alto otras características más determinantes de la situación, 3) generalización excesiva, se elaboran reglas generales a partir de

uno o dos eventos aislados y se aplican estas a situaciones similares como aquellas no relacionadas, 4) maximización y minimización, dan interpretaciones exageradas en cuanto a la significación o magnitud de los hechos, 5) personalización, en que estos pacientes tienden fácilmente a sentirse responsables de fenómenos externos cuando no existen pruebas firmes para esta relación y 6) pensamiento absolutistas o dicotómicos, es la tendencia manifiesta a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas, bueno o malo, bellísimo o extremadamente feo, el paciente depresivo al describirse a sí mismo siempre lo hace en el extremo negativo.

Consideramos que este enfoque es alentador ya que reconocemos la posibilidad de modificar los pensamientos e imágenes o sea las cogniciones, de cambiar estos patrones de pensamiento los síntomas depresivos deben de remitir de manera más rápida y perdurable que el observado en las terapias psicoanalíticas y farmacológicas respectivamente.

#### **1.4. Ansiedad y Depresión.**

Al menos tres cuartas partes de los pacientes con depresión primaria, se quejan de sentirse ansiosos, preocupados o temerosos. La ansiedad extrema puede ocurrir, en la depresión agitada, en forma de expresiones faciales angustiadas; morderse los labios, dedos, uñas o ropa; retorcerse las manos; ir y venir de manera constante e incapacidad para sentirse tranquilo. A la inversa, la ansiedad primaria puede ser depresiva por sí sola. Si la ansiedad persiste y en especial si interfiere en el funcionamiento, la depresión secundaria es la regla

más que la excepción. Algunos pacientes tienen trastorno, tanto depresivo primario como de ansiedad primaria. Mientras que la mayoría de los pacientes con ansiedad o depresión, cae claramente en las respectivas categorías del DSM-IV para la ansiedad o depresión, el diagnóstico diferencial puede ser desafiante y requerir diversas entrevistas, mayor evaluación y ensayos de tratamiento.

### **1.5. Programa de Entrenamiento de Competencias de Afrontamiento para Reducir la Ansiedad y Depresión.**

#### **1.5.1. Bases conceptuales que sustentan el programa Terapia Cognitiva - Conductual.**

En la década del 70, tres psicólogos marcaron la vanguardia en el desarrollo de este enfoque: George Kelly, con su teoría del Constructo Personal, Albert Ellis, con la Terapia Racional Emotiva y Aaron Beck con su Terapia Cognoscitiva. La premisa básica de todos estos enfoques es que la manera en que un individuo percibe los eventos y situaciones, la forma en que anticipa o evalúa un acontecimiento, más que el acontecimiento en sí, tiene el impacto más significativo en la conducta y las emociones. Además estas teorías afirman que la modificación de pensamientos y sentimientos son indispensables para cambiar la conducta; o sea, podemos deducir fácilmente que el proceso de cambio puede ser provocado de manera activa por el terapeuta.

Las interpretaciones cognitivas de la ansiedad tienden a cambiar el foco de la condición fisiológica misma y destacar por contra los procesos cognitivos.

"Sin embargo, la ansiedad no es el proceso patológico en los llamados trastornos por ansiedad, como el dolor o fiebre no son el proceso patológico en una infección o lesión. No debemos permitir que los mecanismos de la naturaleza para dramatizar el sentimiento de ansiedad nos lleven a creer que esta experiencia subjetiva tan destacada juega un papel central en los llamados trastornos por ansiedad. La ansiedad actúa como buscador de atención. Aleja la atención de las preocupaciones o inquietud hacia esta experiencia subjetiva desagradable. El principal problema en los trastornos de ansiedad no es la generación de la ansiedad sino los patrones (esquemas) de cognitivos o de pensamientos exagerados y desproporcionados respecto al peligro, que están estructurando continuamente las experiencias externas y/o internas como signos de peligro. (Beck En: Suinn, 1993a)

Según esta visión, las fuentes esenciales de la ansiedad son una apreciación de una persona y sus ideas sobre la realidad. Por tanto, Beck procede a argumentar que el centro del padecimiento en los estados de ansiedad no es el sistema afectivo sino los patrones de pensamientos catastróficos referidos al peligro, que están constantemente presentando una visión de la realidad como peligrosa y del Yo como vulnerable. (Beck En: Suinn, 1993b). Otros como Sarason, (1985) nos indican que los componentes cognitivos de la ansiedad como las creencias personales, suposiciones y expectativas sobre cómo funciona el mundo y el lugar de la persona en el mundo son las fuentes principales del problema. Para el teórico cognitivo, los procesos del pensamiento colorean seriamente las interacciones diarias. Por ejemplo, se

dice que hay dos tipos de componentes cognitivos que caracterizan a las personas ansiosas: auto-preocupación e inquietud. En la auto-preocupación, se reconstruyen los sucesos en términos personales, interfiriendo por tanto con la apreciación objetiva o la habilidad de tomar la perspectiva de otro. Hay evidencia de que las personas ansiosas bien pueden caracterizarse por esta auto-preocupación. La inquietud, el otro componente cognitivo que caracteriza a las personas ansiosas. Los sujetos ansiosos comparten la tendencia común a inquietarse mucho por los acontecimientos.

Debe reconocerse el trabajo de Lazarus con su énfasis en la apreciación, la ansiedad aparece cuando se aprecia un evento como una amenaza, siendo esta apreciación principalmente un proceso cognitivo, simbólico. Lazarus enfatiza que la confusión a la hora de entender el estado de estrés se debe a que el sujeto considera que las emociones están relacionadas con el estrés, que estas son las causas de este. Al contrario, él propone que estas emociones son consecuencias, particularmente de ciertos procesos cognitivos. En vez de simplemente gastar tiempo de investigación examinando los estados emocionales, considerando estas emociones como efectos, pide que se preste más atención a entender las causas de estos estados emocionales, esto es, cogniciones y percepciones. Las cogniciones son las apreciaciones de la persona en dos sentidos: apreciación de un suceso ambiental en términos de su potencial de ser dañino, y apreciación de los propios recursos en términos de su adecuación para afrontar la amenaza. Se cree que existe el estado ansioso o

estrés cuando el individuo percibe ambos, el suceso como amenazante o dañino, y sus propios recursos como inadecuados para manejar la amenaza.<sup>1</sup>

Beck sugiere, que si bien es cierto en el momento del ataque de pánico los pacientes voluntariamente no hablan sobre sus pensamientos, encontramos, que al preguntar al mismo su mente se encuentra saturada de pensamientos e imágenes de naturaleza amenazante.

La observación clínica sugiere que la aparición de los síntomas neurovegetativos de manera sorpresiva y sin advertencia estos son interpretados como una señal de serias consecuencias físicas o mentales, esta mala interpretación conduce a un incremento de los síntomas. Por ejemplo, la mala interpretación de los síntomas fisiológicos conducen a los estados ansiosos (ataque de pánico); así, un ritmo cardiaco acelerado se puede interpretar como un inminente ataque cardiaco y este a su vez resultara en la muerte, estos pensamientos disparan otros síntomas fisiológicos. Beck (1985)

### **1.5.2. Terapia Racional - Emotiva**

Otra fuente conceptual del programa de entrenamiento en competencias de afrontamiento es la Terapia Racional B Emotiva, la cual fue fundada en 1955 por Albert Ellis en la ciudad de Nueva York. Consideraba este que "si la gente quiere que se le ayude a vivir feliz con los demás, lo primero que tendrían que aprender es a vivir en paz consigo mismo" Ellis (1962)

---

<sup>1</sup> Suinn, Richard M. "Entrenamiento en manejo de ansiedad". Editorial Desclée de Brouwer, S.A. Bilbao, 1993. Págs.346.

Recibió mucha influencia de los filósofos estoicos Epicteto y Marco Aurelio, estos en esencia decían que las personas se alteran no por las cosas en sí, sino por su visión de las cosas, en la actualidad este planteamiento es el núcleo de las aproximaciones cognitivo - conductuales en la psicoterapia de hoy.

Otras influencias filosóficas provienen de Immanuel Kant, Spinoza y Schopenhauer que en resumen dicen que todos los seres humanos desarrollan hipótesis sobre la naturaleza del mundo, y de la importancia de comprobar la validez de tales hipótesis, en lugar de asumir que son correctas necesariamente. Podemos pensar que aquellas personas que no comprueban sus hipótesis contra la realidad, desarrollan percepciones irracionales de los acontecimientos y por ende sus reacciones conductuales y emocionales serán inapropiadas o fuera de realidad.

De acuerdo a la Terapia Racional - Emotiva (TRE) los hombres son más felices cuando establecen metas y propósitos en su vida y se esfuerzan por conseguirlos. Se supone que al establecer y perseguir estos objetivos y metas impuestas las personas desarrollan mayor conciencia de que viven en un mundo social. Las personas encaminadas hacia objetivos y metas sociales son más racionales, esto los ayuda a conseguir estas metas de acuerdo a la TRE, lo contrario las ideas irracionales frenan la consecución.

La Terapia Racional Emotiva no intenta ser puramente objetiva, científica y técnica, sino que es un acercamiento humanístico existencial a los problemas humanos y a sus soluciones. Se ocupa principalmente de las conductas,

emociones y evaluaciones de las personas perturbadas. Es racional y científica, pero pone la racionalidad y la ciencia al servicio de los hombres con el fin de que vivan felices.

Las cogniciones, emociones y conductas no son experimentadas de forma aislada sino que se superponen significativamente, esto ocurre en particular en el campo de las alteraciones psicológicas. La TRE ha insistido en la natural inferencia de los acontecimientos y ha demostrado como los hechos, o mejor dicho, la forma en que percibimos los hechos, o sea nuestra evaluación cognoscitiva afecta nuestras emociones y conductas.

La Terapia Racional Emotiva sostiene de que el pensamiento irracional está muy determinado por factores biológicos que interactúan en condiciones ambientales. Vemos que personas que han sido educadas bajo estricta racionalidad, potencialmente pueden convertir sus preferencias individuales y sociales en exigencias absolutistas e irracionales respecto a si mismos, a los demás y al mundo que les rodea.

La TRE, sin embargo, sostiene que también existe otra tendencia biológica básica, destinada a ejercitar la capacidad de elección y a trabajar contra el pensamiento irracional.

De acuerdo a la Terapia Racional Emotiva existen dos categorías de peticiones absolutistas que conducen a perturbaciones psicológicas, las perturbaciones del yo y las perturbaciones incómodas.

En las perturbaciones del yo una persona se hace peticiones a si misma, a otros y al mundo, si esas peticiones no son satisfechas la persona puede llegar a perturbarse condenando su "si mismo".

En las perturbaciones incómodas la persona se hace peticiones a si misma, a otros y al mundo, pero se trata de ordenes dogmáticas que crean bienestar y condiciones de vida cómoda que debe existir, cuando estas peticiones no son satisfechas la persona se perturba, condenando a otros.

El ABC es una estructura muy sencilla para explicar conceptualmente los problemas psicológicos de los clientes. En este esquema, A simboliza el acontecimiento desencadenante o Activador (Activating Event), B representa lo que Cree una persona de ese acontecimiento (Belief) y C significa las respuestas emocionales y conductuales o las consecuencias que derivan de esas creencias particulares en la B ( Consequence ).

Las As (acontecimientos Activadores) no existen en estado puro; casi siempre interactúan unos con otros e incluye parte de Bs. y Cs, además las personas ponen algo de si mismas en las As, metas, pensamientos, deseos y tendencias fisiológicas.

Las creencias (B) sobre los eventos activadores son los que en realidad modelan las consecuencias o las Cs, si esto no fuera cierto todas las personas reaccionarían de la misma manera a eventos activadores iguales y la misma persona siempre invariablemente se comportaría de la misma forma ante los mismos eventos activadores.

Por ejemplo todos los padres ante el descubrimiento de que el hijo mayor es drogadicto se deprimirían, esto no es así ya que sabemos que algunos no les importa en lo absoluto, por otro lado la depresión inicial no cambiaría a otras formas mas adecuadas de afrontar esta situación al pasar el tiempo.

La C (consecuencias cognitivas, afectivas y comportamentales) provienen de la interacción entre As y Bs. C está casi siempre influida y afectada pero no exactamente causada por A, porque los seres humanos por naturaleza reaccionamos a los estímulos dentro de un medio. Y lo que es más, cuando A tiene mucho poder (ejm. condiciones de vida miserables, un terremoto) tiende a afectar profundamente a C.

Cuando C consiste en una alteración emocional (ejm. sentimientos severos de ansiedad, depresión, hostilidad, autodesprecio y autocompasión), la causante más directa suele ser B.

Aunque en muchas ocasiones las C son consecuencia de una pequeña A y una gran B, o sea la influencia sobre la conducta, afecto ó sentimientos ( Bs. ) de los eventos activadores es pequeña y mas bien son las creencias de las personas las que dirigen las conductas, afectos y sentimientos.

A, B y C están intrínsecamente relacionadas y ninguna de ellas puede existir sin la otra.

La teoría racional emotiva afirma que en el fondo de una alteración psicológica lo que existe es la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre los hechos que van percibiendo a lo largo de su vida. Los seres humanos perturbados están gobernados por los

"debo, debería, tengo que, es mi obligación". La TRE sostiene la hipótesis de que estas cogniciones absolutistas son el alma de una filosofía religiosa que es el rasgo principal de la alteración emocional y conductual humana.

Estas creencias son consideradas como irracionales por la TRE, porque suelen impedir y obstaculizar que las personas persigan sus metas y propósitos más importantes. Es posible que las personas tengan la confianza que tienen que conseguir las metas propuestas, si las consiguen no hay trastorno, pero los seres humanos no son infalibles, de no ocurrir el éxito programado las personas entran en las perturbaciones. La TRE es una teoría que se basa en las probabilidades y no siempre las cosas salen como se esperan. Las personas con pensamientos absolutistas están sujetos a contraer perturbaciones psicológicas en un futuro. La TRE dice que las personas perturbadas son esclavos de los "debería y tendría".

La TRE ha podido constatar que los seres humanos realizan muchos actos ilógicos cuando están alterados. En este sentido, la TRE concuerdan con los terapeutas cognitivos como Beck, en que tales distorsiones cognitivas son manifestaciones de alteración psicológica. Sin embargo, para la teoría TRE, tales distorsiones casi siempre proceden de los "debería y tengo que". Algunos de las mas frecuentes son: el todo o nada, salto a las conclusiones, adivinar el futuro, fijar la atención en lo negativo, descalificar lo positivo, siempre y nunca, minimización, razonamiento emocional, etiquetar y sobregeneralizar, personalizar, perfeccionismo.

La TRE sostiene que la tendencia humana a pensar irracionalmente tiene raíces biológicas, pero también reconoce que las variables ambientales contribuyen a la alteración psicológica. La teoría racional emotiva también afirma que las perturbaciones varían de una persona a otra. Algunas personas criadas por padres sobreprotectores o faltos de cariño salen relativamente ilesos de la situación, mientras que otras sufren daños emocionales a pesar de haber vivido en ambientes más sanos. La teoría TRE sobre la adquisición de alteraciones puede resumirse diciendo que los seres humanos no sufren una perturbación simplemente por sus experiencias; sino que más bien llevamos habilidad de perturbación a nuestras experiencias.

La TRE sostiene además que la principal razón por la que la gente perpetua sus problemas psicológicos es porque se adhieren a una filosofía de baja tolerancia a la frustración. Tales personas creen que debe estar cómodas y por ello no trabajan para producir el cambio, porque ese trabajo significa experimentar incomodidad.

La teoría TRE nos dice que si bien es cierto los seres humanos tienen una clara tendencia biológica a pensar irracionalmente, también sostiene que poseen la capacidad de elegir el trabajar para cambiar este pensamiento irracional y sus efectos autodestructores.

Existen varios niveles de cambio, la teoría TRE indica que los cambios más elegantes y duraderos que pueden producir los individuos son aquellos que incluyen una reestructuración filosófica de sus creencias irracionales, el cambio a este nivel puede ser específico o general. Los sujetos cambian sus creencias

irracionalles por unas creencias racionales más adecuadas para superar una situación particular y como medio general de afrontamiento a la vida.

En este punto haremos un esbozo de la práctica básica de la TRE. Primero se consideraran los aspectos de la relación terapéutica, segundo se trataran los acontecimientos que inducen a los clientes a acudir a la TRE, tercero se especificaran las estrategias de tratamiento, cuarto se dará una explicación de las principales técnicas de tratamiento, quinto, se enumeraran los obstáculos que se encuentran en el proceso y como se pueden superar.

La TRE es un tipo de psicoterapias activas - directivas en la que los terapeutas son activos cuando llevan a sus pacientes a identificar el origen filosófico de sus problemas psicológicos y cuando les demuestran que pueden enfrentarse y cambiar sus evaluaciones irracionales perturbadoras; por todo esto se considera una forma educativa de terapia.

Los terapeutas TRE aceptan incondicionalmente a sus clientes como seres humanos falibles y capaces de autodestruirse, pero nunca esencialmente malos ó buenos. Son terapéuticamente genuinos, tienen sentido del humor con el fin de que el cliente no tome demasiado en serio su problema, también ofrecen una empatía filosófica. Como puede verse salvo pequeñas variaciones la terapia Racional Emotiva comparte estos aspectos de la Terapia Centrada en el Cliente de Carl Rogers.

Se recomienda un estilo activo y directivo con la mayoría de los clientes y particularmente con aquellos que están muy perturbados y presentan grandes

resistencias, sin embargo no todos los terapeutas TRE funcionan tan activos algunos prefieren un estilo mas pasivo de acuerdo al paciente.

Las preferencias de los clientes sobre la terapia se refiere a qué clase de experiencia que desean. Los terapeutas de la TRE inducen a la participación activa del cliente, demostrándole que son ellos los que tienen que provocar el cambio, y este cambio se da solo con trabajo duro de parte del terapeuta, pero principalmente del cliente.

El siguiente paso en la terapia es la valoración o evaluación clínica. Es importante para la TRE la valoración de la clase y grado de perturbación emocional de los clientes por varias razones: determinar hasta que punto están perturbados los pacientes, con el fin de que el terapeuta conozca que beneficio pueden sacar de la terapia y para decidir que técnica TRE es la más recomendada; para determinar cuan difícil puede ser un cliente y cuanto durará la terapia; para descubrir que tipo de proceso terapéutico le ayudará más a un cliente en particular; descubrir los déficit en habilidades que tienen los clientes y con que clase de entrenamiento les iría mejor para remediar algunos déficit (habilidades conversacionales, habilidades de relaciones heterosociales, asertividad o entrenamiento vocacional).

Los principios básicos de este enfoque terapéutico son los siguientes:

1. Terapia enfocada a la conducta y a las cogniciones: esta terapia enfatiza en las conductas actuales y en los pensamientos conscientes, su objetivo es modificar tanto la conducta y las cogniciones más que dar al paciente la oportunidad de simplemente ventilar sus sentimientos. Esta basada en el

supuesto que los cambios en las conductas y cogniciones producirán cambios en los sentimientos y emociones.

2. **Orientada en el presente:** se enfatiza principalmente en como las pensamientos actuales, la conducta, los beneficios y los castigos mantienen patrones disfuncionales.

3. **Terapia de corta duración:** los formatos de terapia cognitiva toman menos de 20 sesiones con altos índices de eficacia.

4. **Enfatiza en la medición:** la terapia cognitiva procura medir los cambios a través de evaluar la frecuencia, duración intensidad y severidad de síntomas específicos.

5. **Responsabilidad:** los progresos son evaluados constantemente durante el curso de la terapia, tanto por el terapeuta como por el paciente.

6. **Colaboración:** la colaboración entre el terapeuta y el paciente es indispensable.

7. **Didáctica:** la terapia visualiza al paciente como a un estudiante, se utiliza Biblioterapia, se recomienda lecturas, cintas de audio y vídeo e incluso el terapeuta sirve de modelo para conductas y pensamientos adecuados, se espera que entre más el paciente sabe mejor podrá enfrentarse con sus problemas.

8. **Se estimula la independencia del paciente:** su principal objetivo consiste en "sacar al terapeuta del negocio". Esto lo logra al enseñar al paciente técnicas de auto ayuda, juego de papeles, tareas para la casa, incremento de la asertividad, resolución de problemas.

9. **Modelo del Cliente:** Al paciente se le trata como a un cliente. de tal forma que como tal se le explica los costos y beneficios de la terapia.

10. **Apuntar al síntoma:** la terapia cognitiva se dirige a modificar los síntomas específicos, el propósito es incrementar o disminuir las conductas, pensamientos, sentimientos o interacciones específicas.

11. **Rechazo a la sustitución de síntomas:** la terapia cognitiva rechaza la idea que los síntomas al ser eliminados son sustituidos por otros. Se enfatiza que al eliminar o reducir síntomas en una Area conducirá al mejoramiento en otras areas.

12. **Cambios Continuos:** los cambios son visto como un proceso acumulativo; en toda sesión se le pide al paciente que ensaye los pensamientos y conductas aprendidas y que practiquen las mismas en casa.

13. **Rechazo del concepto de Disposición al Cambio:** Este enfoque rechaza la idea de que el paciente debe de estar listo para el cambios, más bien dice a sus paciente que actúen como si ya hubiesen cambiado, incluso se insiste en esto con pacientes que manifiesten inconformidad.

14. **Reto a la posición del Paciente:** confrontar al paciente con la idea de que hay alternativas a su usual patrón de comportamientos.

15. **Enfocado a Resolver Problemas:** cada sesión es vista como una oportunidad para hacer progresos en la solución de problemas más que solo ofrecer la oportunidad de ventilar problemas emocionales.

16. **Planes de Tratamiento:** cada intervención obedece a un plan de intervención estructurado el cual incluye sus constantes evaluaciones.

17: **Continuidad del Tratamiento:** al utilizar un plan de tratamiento en cada sesión se revisan las tareas asignadas, el problema del día y el plan para la próxima semana.

18. **Desmitificando la Terapia:** utilizando Biblioterapia, planes de tratamiento, modelamiento, juego de papeles, tareas y la responsabilidad el paciente es dirigido dentro de una relación de colaboración con el terapeuta.

19. **Retroalimentación del Paciente:** esta modalidad ayuda a ir corrigiendo las estrategias utilizadas, cada paciente es único.<sup>2</sup>

En la planificación del tratamiento el terapeuta desarrolla un plan general para la terapia y un plan específico para cada sesión individual. Se debe de tener en cuenta tres fases: inicial, mitad y final. En la etapa inicial el terapeuta planifica alcanzar un número de metas: desarrollar una fuerte alianza terapéutica; identificar las metas del paciente para la terapia; resolver problemas; enseñar a cada paciente el modelo cognitivo; lograr activar o motivar la conducta del paciente (especialmente si está deprimido o retraído); educar al paciente sobre su trastorno; enseñar al paciente a identificar, evaluar y responder a sus pensamientos automáticos; familiarizar al paciente con las tareas para casa, elaborar una agenda terapéutica y a retroalimentar al terapeuta acerca de cómo se siente con la terapia y que espera pueda cambiar. En esta etapa el terapeuta es más directivo y sugiere los puntos de la agenda y las tareas.

En la parte media de la terapia, el terapeuta continúa trabajando sobre los objetivos iniciales pero también hace énfasis en identificar, evaluar y modificar

las creencias del paciente. Comparte su concepción cognitiva del paciente y utiliza técnicas racionales y emotivas para facilitar la modificación de las creencias. Además, cuando sea necesario el terapeuta ayuda al paciente a reformular sus metas y le enseña las habilidades y destrezas que le hagan falta para alcanzar sus metas.

En la parte final del tratamiento, el énfasis del tratamiento cambia a preparar al paciente para la terminación del tratamiento y prepararlo para posibles recaídas. Para este punto el paciente se vuelve más activo en la terapia, tomando la iniciativa de elaborar la agenda de la sesión, sugerir posibles soluciones a problemas e incluso determinando las tareas para casa.

"El terapeuta desarrolla un plan terapéutico basado en la evaluación del pacientes en los Ejes I y II del DSM IV, sus síntomas, trastornos y el motivo de consulta."<sup>3</sup>

Algunas técnicas específicas de esta terapia son:

**Reestructuración Cognitiva:** Se basa en el supuesto de que el sistema cognoscitivo de un individuo pueda ser cambiado de manera directa y que este cambio dará por resultado una serie alterada y más apropiada de conductas racionales. Primero se identifica el razonamiento fallido y las ideas irracionales se auxilia al cliente para que reconozca estos patrones de pensamientos debilitantes, esto se logra poniendo en duda las ideas de las personas y proporcionando otro marco de referencia. Luego se retroalimenta

---

<sup>2</sup>Windy Dryden y Albert Ellis, "Práctica de la terapia racional emotiva" Desclée de Brouwer, España, 1989.

<sup>3</sup>Beck, Judith S. "Cognitive Therapy: basics and beyond" The Guilford Press. New York, 1995, Págs.338

para observar si los cambios han producido una percepción más realista de la situación.

**Entrenamiento en habilidades Sociales:** Se definen por habilidades sociales aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente, las habilidades sociales pueden considerarse vías o rutas para los objetivos de un individuo. En la terapéutica se deben de tener en cuenta tres aspectos: 1. Entender la conducta socialmente hábil en términos de su posibilidad de llevar hacia consecuencias reforzantes. 2- En que situaciones interpersonales se manifiestan las habilidades sociales. 3- Describir las conductas socialmente competentes de modo objetivo. En el entrenamiento de estas habilidades se descomponen las habilidades en sus componentes básicos los cuales pueden ser: contacto visual, afecto adecuado, preguntas conversacionales, volumen de voz, expresiones de aprecio y elogio, expresiones de sentimientos personales, expresiones de reconocimiento y atención, conducta positiva recíproca, expresiones gestuales, proximidad, entre otras. Se evalúan las manifestaciones de estas conductas básicas, se corrigen las defectuosas y se enseñan las no manifiestas a través de técnicas de juego de papeles o role playing.

**Afrontamiento de estrés en la solución de problemas:** Se basa en el entrenamiento para inocular a los clientes contra problemas futuros y facilitar el desarrollo del autocontrol. Sus programas implican determinar los patrones de pensamiento y estrategias de los clientes en situaciones estresantes, y

enseñarles autodeclaraciones más productivas. El terapeuta enseña al cliente a usar estas declaraciones para combatir el estrés y la ansiedad.

**Terapia de inoculación de estrés:** Se basa en que las autodeclaraciones influyen en las actitudes y sentimientos. No se juzga las autodeclaraciones de inmediato, se evalúan en términos de racionalidad, se transforman en autodeclaraciones más positivas. Entrenamiento de los individuos para aproximarse a situaciones interpersonales. Se enfoca en los requerimientos de una tarea o problema particular, las conductas que necesitan ejecutarse y los cursos alternativos de acción disponible, esta técnica la desarrollo Meichembaum.

**Juego de Papeles:** Técnica en la cual los sujetos representan junto con el terapeuta y otros pacientes situaciones conflictivas. Es un método en que se utiliza una atmósfera teatral, con todo y escenario, director y actores que ayudan al interprete principal. El paciente mismo desempeña el papel principal en la producción psicodramática y el terapeuta o director con frecuencia hace una descripción de la situación que va a representarse. A medida que la escena progresa, el director puede detener la acción y sugerir que se inviertan los papeles.

**Visualización:** Técnica utilizada para recordar información sobre áreas conflictivas a través de la evocación de la fantasía, especialmente durante situaciones emocionalmente intensas. Al individuo se le induce a utilizar la imaginación, ya que algunos pacientes reportan las imágenes con mayor facilidad que los pensamientos, en este caso el paciente visualiza mentalmente

las situaciones que le producen ansiedad para que pueda afrontarla en la realidad, la respuesta indeseada se extingue al ser reemplazada por otra respuesta apropiada. Esto se realiza en forma progresiva.

Tareas cognitivas para la casa: el propósito de estas es proporcionar a los clientes un marco en el que puedan refutar las creencias irracionales por sí mismo entre sesiones de terapia

Pueden darse también cassettes de sus propias sesiones de terapias para que estos sean escuchados por lo menos una vez al día.

Biblioterapia: se le dan libros y material escrito que hablan sobre la TRE.

Escuchar Cintas sobre varios temas y utilizar la TRE con los amigos y conocidos.

Técnicas Emotivas, los terapeutas de la TRE muestran una actitud emocional de aceptación incondicional. La TRE maneja varias técnicas emotivas entre las que destacan: 1. Métodos humorísticos: para animar al cliente a pensar racionalmente sin tomarse a sí mismo demasiado en serio. 2. El autodescubrimiento: los terapeutas admiten honestamente, que ellos han tenido problemas similares y que los han superado gracias a la TRE. 3. Se utilizan historias, leyendas, parábolas, chistes, poemas y aforismos adjuntos a las técnicas de Refutación cognitiva. 4. La TRE utiliza como parte de su arsenal de técnicas canciones humorísticas racional de tal manera se presenta la filosofía racional de forma amena y memorables. 5. Ejercicios de ataque a la vergüenza: los clientes se comportan en público deliberadamente vergonzosa, con el objeto de aceptarse a sí mismos y tolerar la incomodidad que les provoca. 6. Ejercicios

de riesgos: el cliente se fuerza a asumir riesgos calculados en áreas en las que quisieran hacer cambios. 7. Repetición de frases racionales fuerte y apasionadamente.

Técnicas Conductuales, la TRE emplea el uso de técnicas conductuales porque acepta el hecho que cambios conductuales facilitan a menudo el cambio cognitivo. Los terapeutas TRE animan al cliente a realizar tareas en casa con el fin de que aumenten su nivel de tolerancia a la frustración; estas tareas están basadas en los paradigmas de desensibilización en vivo e inundación, más que en aquellas basadas en la desensibilización gradual.

Otros métodos conductuales son: 1. Actividades de quedarse allí: esta técnica da la oportunidad de tolerar el descontento crónico por medio del recuerdo de situaciones incómodas. 2.. Ejercicios de antiprocrastinación o de toma de decisiones rápidas; hoy mejor que mañana. 3. El uso de recompensas y castigos. 4. El rol fijo de Kelly, se emplea algunas veces en la TRE, se le pide al cliente que actúe como si ya pensase racionalmente y sienta que el cambio es posible. 5. El entrenamiento en habilidades sociales tales como: conversacionales, concertación de citas, entrevistas de trabajo, relaciones Heterosociales y vocacionales.

El empleo de Auto - Afirmaciones racionales o de afrontamiento: además de discutir sus creencias irracionales, el terapeuta TRE pide al cliente que idee creencias racionales o afirmaciones de afrontamiento que puedan decirse a sí mismos, y que les ayuden a superar sus problemas emocionales y conductuales. Se le pide al cliente que intente proporcionar estas afirmaciones de

afrontamiento y si les resulta muy difícil hacerlo, el terapeuta podrá sugerir algunas.

**Referencias,** las personas alcohólicas y toxicómanas o drogodependientes, continúan enfatizando o refiriéndose al placer de hacerlo y al dolor que conlleva dejar el hábito. Mediante la TRE se enseña al individuo a anotar los muchos dolores que conlleva su adicción y los muchos placeres privados de su abstinencia, para que puedan revisar enérgicamente estos puntos varias veces al día (Ellis, McInerney, Diguseppe y Yeager, 1992).

**Distracción Cognitiva:** la TRE emplea varios tipos de distracción cognitiva con clientes drogodependientes: el método de relajación progresiva de Jacobson; yoga, meditación, ejercicios de respiración y biofeedback. Ahora bien, aunque todos estos métodos de distracción puedan servir para tranquilizar a algunos alcohólicos e interferir con su hábito, normalmente son más paliativos que curativos; por tal razón, estos métodos de distracción cognitiva deben ser empleados en conjunto con la discusión de las creencias irracionales.

**Técnicas Psico - Educativas de la TRE:** la TRE es por definición una terapia educativa, y por tanto utiliza folletos, libros y cassettes. Varios de estos materiales ayudan al cliente a superar su inicial ansiedad y depresión, así como la baja tolerancia a la frustración y sus auto descalificaciones.

**Reformulación:** la TRE enseña a los clientes adictos a reformular algunos de los acontecimientos activadores malos de sus vidas, de manera más positiva.

**Tareas para casa:** la TRE emplea continuamente las tareas para casa, cognitivas, emotivas y conductuales.

Existen dos formas TRE: preferencial y general. La TRE general es sinónimo de terapia cognitivo conductual, mientras que la preferencial es única en muchos sentidos. El propósito principal de la TRE preferencial es bastante ambicioso: animar a que los clientes hagan un cambio filosófico profundo en las dos áreas fundamentales de perturbación del YO y de perturbación incomoda. Esto es ayudar a los clientes, todo lo humanamente posible, a abandonar sus procesos de pensamiento perturbadores e irracionales y reemplazarlos por pensamientos no absolutos y racionales.

En TRE los objetivos más importantes consisten en ayudar a los clientes a perseguir metas y propósitos básicos a largo plazo, y demostrarle que esto se consigue aceptándose totalmente ellos mismos y tolerando condiciones de vida incomoda e imposibles de cambiar.

Los terapeutas implementan las siguientes estrategias para producir el cambio filosófico:

1. Las perturbaciones conductuales y emocionales tienen antecedentes cognitivos, y estas cogniciones suelen tomar la forma de evaluaciones absolutistas.
2. Los terapeutas de la TRE entrenan a sus clientes para que observen sus propias perturbaciones psicológicas y las atribuyan a sus raíces ideológicas.

3. Las personas tienen una cierta autodeterminación y pueden elegir trabajar para no perturbarse, Se le demuestra a los clientes que no son esclavos de los pensamientos irracionales.

4. Las personas pueden elegir y maximizar su libertad trabajando activamente para cambiar sus Creencias perturbadoras irracionales. Esto se consigue empleando métodos cognitivos, emotivos y conductuales, pero de forma intensa.

La TRE con todo que es una terapia multimodal y que aboga por incorporar ciertas técnicas que considera son eficientes para tratar exitosamente a los clientes desaprueba algunas por considerarlas que producen mas daño que beneficio a los pacientes. Las siguientes técnicas son evitadas por casi todos los terapeutas TRE en la mayoría de sus clientes:

1. Técnicas que hacen a la gente mas dependiente (Terapeutas excesivamente cordiales que se convierten en refuerzo, o la creación y análisis de una neurosis de trasferencia).

2. Técnicas que animan a la gente a ser mas crédula y sugestionable (pensamientos positivos).

3. Técnicas que dan grandes rodeos y son ineficaces (métodos psicoanalíticos en general y la libre asociación en particular)

4. Métodos que hacen sentirse mejor a corto plazo más que a largo plazo (algunas técnicas experienciales como la expresión total de un sentimiento de formas dramática y catártica. El peligro esta en que se puede animar al cliente a adquirir filosofías irracionales).

5. Técnicas que distraen a los clientes de trabajar sus creencias irracionales
6. (Métodos de relajación, Yoga ); sin embargo , estos métodos se emplean junto con la refutación cognitiva para producir el cambio filosófico.
7. Métodos que pueden reforzar inconscientemente la filosofía de baja tolerancia a la frustración (desensibilización gradual).
8. Técnicas que incluyen una filosofía anticientífica (curación por fe y misticismo).
9. Técnicas que intenten cambiar acontecimientos Activadores (A) antes que B, o sin enseñar al cliente como cambiar sus Creencias Irracionales Bs., (algunas terapias de familia).

Sin embargo es importante señalar que estas técnicas no están prohibidas por fuerza; si el terapeuta considera que alguna lo ayuda a superar algún problema específico la debe de emplear o remitir al cliente donde se le pueda suministrar.

Existen ciertas situaciones y condiciones proveniente de la relación terapéutica, del terapeuta y del cliente que pueden obstaculizar el progreso del tratamiento de TRE.

En la relación terapéutica, básicamente se atribuye a un pobre emparejamiento entre el cliente y el terapeuta, si no se puede resolver este aspecto es preferible remitir el cliente a otro terapeuta.

Del terapeuta, obstáculos en las habilidades y obstáculos por una perturbación, la primera puede ser superada con la práctica y a través de métodos educativos tradicionales. El segundo obstáculo requiere para su

resolución que el terapeuta examine sus propias creencias irracionales antes de emprender el tratamiento. Algunas creencias irracionales de los terapeutas son: tengo que tener éxito con todos mis clientes todo el tiempo, tengo que ser respetado y querido por todos mis clientes, etc.

Del cliente, para obtener el máximo beneficio de la TRE los clientes deben de llegar a tres tipos de insight que son: 1. La perturbación psicológica está determinada por las creencias absolutistas que tienen de sí mismos, de otros y del mundo. 2. Aunque la gente adquiriera las creencias irracionales en su mas tierna infancia, mantienen sus perturbaciones , redocrinándose a sí mismos en el presente con esas creencias irracionales. 3. Sólo si se trabaja constantemente en el presente y futuro para pensa, sentir y actuar contra esas creencias irracionales, serán capaces de abandonar sus irracionalidades y convertirse en personas menos perturbadas y por ende más felices.

Otro aspecto a tener en cuenta es la resistencia terapéutica, los terapeutas cognitivo-conductuales sugieren abordar el problema de la disconformidad dando a los pacientes una base adecuada para cumplir en el tratamiento y las tareas asignadas, y desarrollando todas esas tareas en colaboración con el paciente. Beck et al. (1979), Rush et al. (1979), Lazarus y Fay (1982), Meichenbaum y Gilmore (1982)

M.R. Goldfried (1982) sostiene que la resistencia puede reflejar una o más de las siguientes variables: una muestra directa del problema que presenta el paciente; otros problemas del paciente, pesimismo respecto del cambio, temor a cambiar, escasa motivación para cambiar, reacción psicológica, un efecto de

sobre carga del paciente por un exceso en la asignación de tareas, y contingencias en el entorno del paciente que interfieren en el tratamiento.

Lazarus y Fay (1982) identifican cuatro tipos de resistencia en la terapia: "la resistencia que es función de las características individuales del paciente; la resistencia que es producto de las relaciones interpersonales del paciente (procesos de sistemas o familiares); la resistencia que es función del terapeuta (o de la relación); y la resistencia debida al estado actual del método terapéutico. También observan que una de las principales formas de resistencia en la terapia cognitivo-conductual consiste en no realizar las tareas asignadas."<sup>4</sup>

El conjunto más sólido y coherente de pruebas experimentales controladas sobre la eficacia de los procedimientos Cognitivo-Conductuales proviene de la investigación en torno de la terapia cognitiva de la depresión. Actualmente hay unos diez estudios resultados, bien diseñados y controlados, que demuestran que la terapia cognitiva es tanto o más eficaz que la medicación antidepresiva. Hollon y Najavits (1988), Hollon y Beck (1986). Sin embargo, pese a este impresionante conjunto de evidencias, la terapia cognitiva no es eficaz para todos los pacientes.

Si bien la terapia cognitiva en su forma actual es eficaz para muchos pacientes, no lo es para todos. Incluso los estudio de resultados que arrojan las cifras más impresionantes, indican que entre el 25 y 30 % de los pacientes deprimidos tratados con terapia cognitiva no mostraron ninguna mejoría clínica

---

<sup>4</sup>Safran, Jeremy D y Zindel V. Segal "El proceso interpersonal en la terapia cognitiva" Ediciones Paidós, Barcelona, 1994. Págs.377.

en el momento de la finalización del tratamiento. Si a esto le agregamos el 25 % adicional de todos los pacientes que abandonan la terapia antes de completar el tratamiento, encontramos una cantidad apreciable de pacientes excluidos de los beneficios de este enfoque.

### **1.5.3. La Terapia de grupo.**

Algunos métodos de psicoterapia, como el psicoanálisis, emplean la terapia de grupo por razones de conveniencia, porque es más práctico y económico, sin embargo la Terapia Cognitivo B Conductual (TCC) apoya en un modelo educacional más que en uno médico o psicodinámico. En consecuencia, como la mayoría de los que se dedican a la enseñanza, está a favor de las sesiones de grupo tanto como de las individuales.

La teoría cognitiva de la depresión afirma que la operación de un conjunto de cogniciones negativas y de percepciones inadecuada de sí mismo, del entorno y del futuro produce sentimientos negativos y la pasividad conductual constituyen los principales componentes observables del síndrome depresivo. Trabajar con pacientes deprimidos en un contexto de grupo introduce la posibilidad de elicitar en el paciente una serie de inferencias negativas que no tendrían por qué salir a la luz en terapia individual.

Si bien parece que los pacientes depresivos tienden a aplicarse así mismos reglas bastantes diferentes de las que aplican a los demás o, dicho de otro modo, que los errores en las inferencias y en los pensamientos son más

evidentes cuando el paciente piensa sobre sí mismo que cuando piensa en otra persona.

La mayor objetividad y flexibilidad al juzgar a otras personas se pone de manifiesto en la experiencia de grupo. En primer lugar, el paciente depresivo suele considerar que la identificación de los errores en las cogniciones negativas de otros pacientes y la evaluación de los pensamientos y supuestos resulta más fácil que la identificación y evaluación de sus propias cogniciones.

El trabajo en grupo con pacientes depresivos facilita la identificación y evaluación de su propio conjunto de cogniciones idiosincráticas. En este sentido, los miembros del grupo someten los supuestos a una prueba de realidad y al hacerlo, mejoran su habilidad para corregir sus propios pensamientos derrotistas.

En resumen se puede decir que los pacientes depresivos son capaces de funcionar dentro de un grupo y de obtener beneficios de las experiencias de grupo. No obstante, el foco central de discusión y el grado de estructuración en un marco cognitivo parecen ser determinantes críticos de la efectividad de la terapia de grupo.

En la actualidad, existe bastante evidencia de la terapia cognitiva de grupo reduce la sintomatología inicial. En estudios realizados por Morris (1975) Rush y Watkins (1978), Shaw y Hollon (1978), se ha observado que los pacientes tratados con terapia cognitiva de grupo mostraban en el post-tratamiento puntuaciones de depresión significativamente menores que las que habían obtenido en el pre-tratamiento.

“Hasta el momento, existen pocos datos disponibles sobre el tema de las recaídas. No se sabe si la terapia cognitiva de grupo producirá efectos similares a la individual, pero esperamos que sea así.”<sup>5</sup>

Los objetivos más importantes para los asistentes a los grupos TCC son:

1. comprender las raíces de sus síntomas y funcionar mejor en sus relaciones interpersonales; 2. entender las dificultades de otros miembros del grupo y servirles de ayuda; 3. minimizar las perturbaciones básicas, para sentirse bien emocionalmente y 4. llegar a un cambio, no solo conductual sino filosófico, incluso aceptar lo desagradable de la realidad; renunciar a los pensamientos mágicos y sabotadores, desistir en considerar los infortunios y frustraciones de la vida como horribles y catastróficos; tomar la responsabilidad total de sus propias dificultades emocionales; y abandonar cualquier forma de autodevaluación y en su lugar, aprender a aceptarse completamente a sí mismos y a otros como personas humanas que pueden fallar y cometer errores.

Al igual que en la modalidad individual el terapeuta es activo y directivo; exige la participación decidida y comprometida de todos los miembros del grupo; incorpora todas las técnicas de enfrentamiento clínico previamente indicada y mantiene siempre una actitud de aceptación incondicional del cliente.

---

<sup>5</sup>Aaron Beck y otros “Terapia cognitiva de la depresión” 9na edición. Desclée de Brouwer, Bilbao, 1983. Págs. 394.

#### **1.5.4. El programa de competencias de afrontamiento.**

El programa de competencias de afrontamiento es una forma de psicoterapia de grupo breve y estructurada en la que se enseña a los clientes una variedad de técnicas cognitivo-conductual utilizadas para reducir la ansiedad y la depresión, y para afrontar con mayor eficacia los problemas y el estrés de la vida diaria. Las técnicas cognitivo-conductuales incorporadas en este programa (relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad y resolución de problemas) han sido cuidadosamente elegidas para proporcionar a los pacientes un marco complementario de estrategias de afrontamiento a las que poder recurrir a la hora de abordar sus problemas presentes y futuros. Este programa sirve tanto para prevenir como para remediar.

Es un programa psico-educacional, su función no es en términos de anormalidad-diagnóstico-prescripción-terapia-curación, sino en términos de la enseñanza de actitudes y competencias personales que el individuo puede aplicar para resolver problemas psicológicos presentes y futuros y para potenciar su satisfacción vital. (Guernsey et al. 1971 En: Sank y Shaffer, 1993)

El psicoterapeuta trabaja en forma similar a la de un profesor, los participantes son vistos como estudiantes capaces de aprender y aplicar las técnicas enseñadas.

Concentra su atención en los problemas prácticos de cómo pueden las personas cambiar su propio comportamiento para afrontar de una manera más satisfactoria los problemas de su vida.

Tanto la terapia cognitivo-conductual como el entrenamiento en competencias de afrontamiento surgieron cuando Albert Ellis (1975, 1958 y 1962) y Aaron Beck (1963, 1970, 1971, 1976) comenzaron a contemplar los procesos cognitivos de los pacientes y la identificación de tales procesos como un aspecto crucial para el progreso terapéutico. Las ideas de ambas formas pioneras constituyen la base del componente de reestructuración cognitiva inherente al programa de competencias de afrontamiento.

Además, debido a que la terapia de conducta estaba siendo desarrollada por Wolpe y Lazarus (1966), la Terapia Racional Emotiva y la Terapia Cognitiva incorporaron muchas de sus técnicas (ejm. Tareas para casa, relajación, ensayos conductuales y auto-registro).

Este programa fue desarrollado a lo largo de siete años en The George Washington University Health Plan, una organización para el mantenimiento de la salud que funciona dentro del George Washington University Medical Center en Washington, D.C. Fue "diseñado con el objetivo de desarrollar un medio breve, de tiempo limitado y económico para enseñar importantes competencias de auto ayuda a pacientes moderadamente ansiosos o deprimidos."<sup>6</sup>

El medio: este programa, originado en un contexto médico, es igualmente apropiado en un entorno de salud mental institucional o ambulatorio, así como en un despacho de práctica privada. Los requisitos necesarios a nivel de espacio y equipos son mínimos, el programa solo requiere de asientos cómodos

---

<sup>6</sup>Sank, Lawrence y Carolyn Schaffer "Manual del terapeuta para la terapia cognitiva conductual en grupos". Editorial Desclée de Brouwer, S.A. España. 1993. Págs. 278.

para los miembros participantes y los terapeutas, la habitación debe ser relativamente silenciosa y garantizar la privacidad. Es recomendable utilizar una disposición en forma de círculo con suficiente espacio entre cada participante para su comodidad de tal manera que se logre un fácil contacto visual de cada uno de los participantes.

**Número de participantes:** de ocho a doce personas será un número razonable para el buen funcionamiento de un grupo de pacientes moderadamente ansiosos o deprimidos. Para un grupo de paciente gravemente deprimidos se recomienda un grupo de seis a ocho personas.

**Duración de la sesión:** los grupos pequeños (hasta 10 participantes) y menos sintomáticos requerirán únicamente de 75 a 90 minutos por sesión. Los grupos más grandes y con pacientes sintomáticos más graves pueden requerir hasta dos horas por sesión.

**Frecuencia de sesiones:** las sesiones se realizan una vez por semana, siempre el mismo día y hora.

**Contenido de cada sesión:** las sesiones del programa están detalladamente estructuradas y cuentan con el material requerido para cada una.

**Los módulos:** el programa de competencias de afrontamiento consiste en cuatro módulos o competencias, que son enseñadas a los pacientes en el curso de 15 sesiones.

**Módulo de relajación (sesiones 1 y 2):** en este módulo los terapeutas intentan enseñar a los participantes dos acercamientos básicos a la relajación: la

respuesta de relajación de Benson (RRB, 1975) y la relajación muscular progresiva de Jacobson (Relajación muscular profunda, RMF, 1938).

**Módulo de reestructuración cognitiva (sesiones 3 a 6):** en este módulo se intenta enseñar al paciente formas alternativas de pensar como medio para combatir los problemas derivados del estado de ánimo (depresión, ansiedad, etc), y los trastornos conductuales (fobias, abuso de sustancias, etc). Los patrones disfuncionales o distorsionados de pensamientos son identificados, y a continuación se enseña a los participantes métodos que les van permitir desafiar sus pensamientos automáticos (PA) negativos y sustituirlos por respuestas más racionales (RR).

**Módulo de entrenamiento en asertividad (sesión 8 a 11):** el entrenamiento en asertividad es un método que permite apoyar un funcionamiento interpersonal más efectivo en el paciente que bien es excesivamente pasivo o demasiado agresivo. Este método pone el acento en el aspecto conductual desarrollado sobre la base de las competencias cognitivas establecidas en el módulo anterior.

**Módulo de resolución de problemas (sesión 12 y 13):** la resolución de problemas enseña a los participantes como pensar respecto a problemas importantes que serían susceptibles de producir un trastorno de tipo cognitivo (ejm. disforia) o conductual (ejm. parálisis). Este acercamiento se sistematiza con el fin de permitimos abordar tanto los problemas de la vida diaria, al igual que otros más graves.

**Sesión de cierre o unirlo todo (sesión 14):** en esta sesión se dedica a integrar todo lo aprendido durante el tratamiento.

Evaluaciones Individuales (sesión 7 y 15): durante esta dos sesiones se realizan entrevista clínicas individuales con el objeto de apreciar los avances en la disminución de la sintomatología inicial, se aplican los instrumentos de evaluación al final de cada entrevista individual y se establece una fecha para una entrevista de seguimiento.<sup>7</sup>

Biblioterapia: los módulos de reestructuración cognitiva y entrenamiento en Asertividad; se sugieren dos libros: "Feeling Good" de Burns (1980) y "When I say No I feel guilty" de Smith (1975), sin embargo, debido a que estos libros no los encontramos localmente en español, se utilizaron los libros: "Tus zonas erróneas" de Dr. Wayne W. Dyer (1978) y La asertividad: expresión de una sana autoestima" de Olga Castanyer (1996), los cuales por su contenido estrechamente relacionado con los temas tratados en los módulos y por ser libros escritos para el público no profesional que son fueron de gran éxito.

Debido al gran éxito logrado por este enfoque terapéutico en otras latitudes y consciente de la gran necesidad de atención de problemas relacionados con cuadros de ansiedad y depresión que existe en los centros de salud pública de nuestra ciudad, el servicio de salud mental dentro de estos centros no se da abasto con la demanda de servicios.

Por estas razones decidimos montar el Programa de Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento en una Policlínica del Seguro Social con el apoyo decidido de todos los profesionales encargados de la Policlínica y en especial del equipo de salud mental.

---

<sup>7</sup> En los anexos de encuentra detalladas cada una de las sesiones del tratamiento y los materiales utilizados.

**CAPITULO II**  
**METODOLOGÍA**

## **METODOLOGÍA**

### **2.1. Planteamiento del Problema.**

¿Se reducen los síntomas de los pacientes diagnosticados con algún tipo de depresión y ansiedad cotidiana con el Programa de competencias de afrontamiento?

### **2.2. Objetivos de la Investigación.**

#### **2.2.1. Objetivo general.**

Reducir los síntomas de ansiedad y depresión de aquellas personas que enfrentan problemas cotidianos.

#### **2.2.2. Objetivos Específicos.**

1. Evaluar los síntomas de ansiedad y depresión de pacientes referidos a grupos de terapia de relajación.
2. Reducir los síntomas de ansiedad y depresión en las personas que enfrentan problemas de la vida diaria.
3. Mejorar la autoestima de las personas que padecen síntomas depresivos.

### **2.3. Preguntas de Investigación.**

1. ¿Cuál es la ansiedad en pacientes que padecen de trastornos depresivos?

2. ¿Cuál es la depresión en pacientes que padecen trastornos depresivos?
3. ¿Se reducen los síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes que asisten al Programa de Competencias de Afrontamiento ?

#### **2.4. Justificación.**

La solicitud de atención por parte de pacientes con trastornos depresivos es cada vez mayor en Panamá. Los sistemas de salud pública no pueden dar respuesta a este incremento en la solicitud del servicio con las terapias tradicionales que en su mayoría son de tipo individual y con altos índices de recaídas, por tal razón los resultados de esta investigación son de vital relevancia.

#### **2.5. Hipótesis.**

##### **2.5.1. Hipótesis conceptual.**

1. Los síntomas de depresión presentado por los sujetos que asisten al Programa de Competencias de afrontamiento luego de concluido éste, serán menores que al inicio del mismo.
2. Los síntomas de ansiedad situacional o (estado) presentado por los sujetos que asisten al Programa de Competencias de Afrontamiento luego de concluido serán menores que al inicio del mismo.
3. Los síntomas de ansiedad como rasgo presentado por los sujetos que asisten al Programa de Competencias de Afrontamiento luego de concluido

serán menores que al inicio del mismo.

#### **2.5.2. Hipótesis operacional.**

1. Los puntajes en la Escala de Depresión de Beck serán significativamente menores al concluir el tratamiento que al iniciar el mismo.
2. Los puntajes en el Cuestionario de Ansiedad Estado, (IDARE, SXE) serán significativamente menores al concluir el tratamiento que al inicio del mismo.
3. Los puntajes en el Cuestionario de Ansiedad Rasgo, (IDARE, SXR) serán significativamente menores al concluir el tratamiento que al inicio del mismo.

#### **2.5.3. Hipótesis de trabajo.**

1. Los síntomas de depresión observada después del tratamiento serán menores que al inicio del mismo.
2. Los síntomas de ansiedad estado observada después del tratamiento serán menores que al inicio del mismo.
3. Los síntomas de ansiedad rasgo observada después del tratamiento serán menores que al inicio del mismo.

#### **2.5.4. Hipótesis Nula.**

1. Los síntomas de depresión observada después del tratamiento serán iguales o mayores que al inicio del mismo.
2. Los síntomas de ansiedad estado observada después del tratamiento serán iguales o mayores que al inicio del mismo.

3. Los síntomas de ansiedad rasgo observada después del tratamiento serán iguales o mayores que al inicio del mismo.

## **2.5. Unidades de observación (variables).**

### **2.6.1. Variable independiente.**

Programa de Competencias de Afrontamiento; es la capacidad de la persona para lograr la solución de conflictos y su adaptación. Un formato de terapia cognitivo conductual para grupos. Dividido en cuatro módulos (15 sesiones): Relajación. (sesiones 1 y 2), Reestructuración Cognitiva (sesiones 3 a 6), Entrenamiento en asertividad (sesiones 8 a 11), Resolución de Problemas (sesiones 12 y 13), Sesión 7 (individual / evaluación a la mitad del tratamiento y Sesiones 14 y 15 (cierre/ unirlo todo). Las sesiones del programa están detalladamente estructuradas y cuentan con el material requerido para cada una.

### **2.6.2. Variables dependientes.**

Depresión: trastorno del humor caracterizado por retraso psicomotor, anhedonia, tristeza, debilidad, falta de motivación. Puntuaciones en la Escala de Depresión de Beck de más de 10 puntos. (Ver Anexo 6).

Ansiedad: estado emocional displacentero, cuyas fuentes son a menudo difíciles de identificar, frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento, sudoración de manos, agitación y taquicardia. Puntuaciones en la Escala IDARE arriba de 50.

## **2.7. Estrategias de Investigación.**

### **2.7.1. Tipo de investigación.**

Pre - experimental

### **2.7.2. Diseño de Investigación.**

**Estudio de Caso de Intervención/ Terapéutico.** El investigador está principalmente interesado en el trastorno clínico y desarrolla o bien la descripción de la evolución del desorden o una intervención para tratar el problema, tal como fue nuestro caso.

Tal como lo expresamos en nuestra introducción el estudio de casos se conceptualiza por la falta de controles experimentales, la falta de grupo de control.

"Siguiendo la concepción tradicional, el estudio de caso se refiere a la investigación de un individuo o grupo de individuos en la ausencia de controles experimentales. La falta de sujetos control implica la dificultad de excluir muchas interpretaciones alternativas que podrían explicar la conducta del cliente. Por tanto, el estudio de caso puede distinguirse de la investigación experimental, en la cuál, debido a que las variables que influyen la conducta son manipuladas directamente y se incluyen condiciones de control apropiadas, puede establecerse el rol causal del cambio de la conducta. Desde luego, en alguna investigación, no es posible o no es permisible la manipulación experimental de las condiciones, debido a las cuestiones prácticas o éticas o al naturaleza de la variable independiente. En estos casos, las técnicas estadísticas (el análisis correlacional) pueden ayudar a descartar interpretaciones alternativas. Un estudio de caso omite controles experimentales o estadísticos y, por lo tanto, proporciona una información que debe interpretarse con mucha cautela" (Kasdin 1980 En: Bellack, y Hersen, 1989).

No obstante el estudio de caso puede perfeccionarse de diferentes maneras, de tal forma que se mejore la validez interna que es la principal

debilidad de este diseño. Estas dimensiones como las llamo Kasdin (1981), se deben planificar dentro de la investigación de modo que se mejore la validez de las inferencias o para mejorar la interpretación de los datos obtenidos, las siguientes son algunas de estas dimensiones, las cuales para este estudio, tuvimos presentes. Pudimos obtener diferentes tipos de datos, tanto objetivos como subjetivos, entre los subjetivos incluimos datos de auto-registro o evaluación subjetiva (p. ej. Impresiones subjetivas de los participantes, familiares y profesional encargado del caso) del cambio que se ha podido producir durante el tratamiento y entre los datos objetivos, se recogieron los puntajes en las escalas IDARE y Depresión de Beck. Todas estas son importantes, pero la más relevante será la evaluación clínica de la conducta.

Algunas otras dimensiones tomadas en cuenta fueron

1. Entrevistas y programas de entrevistas: Una entrevista clínica inicial, nos proporciono la información acerca del sujeto en estudio. Esta entrevista Clínica inicial se constituye en piedra angular de la información, su sintomatología, antecedentes, etc.
2. Esta entrevista inicial, fue integrada junto a la información que proporcionaron
3. los profesionales que refirieron a los pacientes para el tratamiento.
4. Escalas objetivas: Con el fin de lograr un buen registro de resultados del tratamiento, se dedicó un gran esfuerzo a aplicar al inicio, en la sesión séptima y al final del programa las pruebas IDARE y la escala de Beck con el objeto de obtener registros objetivos de la evolución de los síntomas de

ansiedad y depresión.

5. **Momento de evaluación:** El número y momento de las evaluaciones se efectuaron al comienzo, en la sesión 7 y al final del tratamiento. Esta evaluación continua permitió eliminar un número mayor de amenaza a la validez interna.
6. **Número de sujetos:** En vista de que nuestro estudio es de caso, utilizamos un grupo de 9 sujetos, cada sujeto sirvió como su propio control, aunque, con el fin de evaluar la efectividad de resultados, procederemos a analizar los mismos de forma de grupo.
7. **Heterogeneidad de los sujetos:** Planteado que nuestra investigación es un estudio de caso con intervención terapéutica en un formato de grupo, tomamos en cuenta la diversidad o heterogeneidad de los sujetos implicados en el tratamiento, de esta forma lo exitoso del tratamiento podrá ser asegurado si éste muestra eficacia en sujetos heterogéneos.
8. **Estandarización del Tratamiento:** Con el fin de asegurar inferencias válidas de nuestro tratamiento, este es un paquete estructurado de intervención el cual está debidamente estandarizado en otras poblaciones. De esta forma se llevó a cabo el estudio de manera consistente y permitirá a otros colegas de la comunidad científica, evaluar esta información más fácilmente.
9. **Análisis de los resultados:** El análisis de los resultados en nuestro estudio va a ser de dos formas, primero a través de observaciones clínicas e impresiones subjetivas del malestar reportado por los propios

participantes; además, de manera objetiva utilizando las pruebas IDARE y la escala de Depresión de Beck.

10. **Proyecciones del tratamiento:** En los estudio de caso hay que tener en cuenta la cronicidad del trastorno. Teniendo un amplio historial del trastorno, es menos probable que se produzca un cambio significativo en la sintomatología sin que ésta sea efecto del tratamiento.

## **2.8. Población y Muestra.**

### **2.8.1. Población Objetivo.**

Pacientes diagnosticados con Trastornos depresivos y de ansiedad.

### **2.8.2. Población Muestral.**

Pacientes diagnosticados con trastornos depresivos y de ansiedad que solicitan atención en la Policlínica del Seguro Social en el corregimiento de Juan Díaz.

### **2.8.3. Muestra.**

Nueve pacientes diagnosticados con trastornos depresivos y de ansiedad que solicitan atención en la Policlínica del Seguro Social en el corregimiento de Juan Díaz, que fueron seleccionados por el equipo de salud mental del hospital y remitidos a un grupo de terapia de relajación, además desearon participar en el programa.

## **2.9. Métodos de Selección.**

### **2.9.1. Criterios de Inclusión.**

Los participantes en este estudio deben reunir los siguientes criterios:

1. Haber sido diagnosticados con trastornos depresivos y de ansiedad por un profesional idóneo que haya descartado otras patologías psicológicas y físicas.
2. Presentar estados de ansiedad y depresión que no requieran hospitalización.
3. Los estados de ansiedad y depresión son los principales motivos de atención.
4. Desear participar voluntariamente del estudio, mediante aceptación escrita.

### **2.9.2. Criterios de Exclusión.**

Los siguientes son los criterios de exclusión de participantes para el estudio:

1. Padecer de otro trastorno mental.
2. Padecer de Trastornos de Ansiedad o Depresivos de tipo psicótico.
3. No desear participar del estudio.

## **2.10. Instrumentos.**

1. Escala de Depresión de Beck. (Ver anexo 6)
2. IDARE Cuestionario de Ansiedad Estado / Rasgo (b). (Ver anexo 7)
3. Escala USM (unidades subjetivas de malestar) (Ver anexo 8)
4. Entrevistas clínicas individuales (Ver anexo 9)

## **2.11. Estadístico.**

Pruebas por Rangos de Friedman,

## **2.12. Desarrollo del tratamiento.**

En el servicio de Salud Mental de la Policlínica J.J. Vallarino de la Caja del Seguro Social, que está ubicada en Juan Díaz, desarrollamos el programa descrito, la escogencia de la muestra estuvo a cargo del equipo de salud mental de dicho centro, siguiendo los criterios de inclusión e exclusión, luego estos pacientes fueron entrevistados por mi persona para asegurarme, entre otras cosas, de que estuviesen de acuerdo en participar de este estudio y además para lograr una anamnesis profunda de cada individuo; éstos firmaron junto con nosotros la aceptación de participar bajo los principios éticos acostumbrados en este tipo de entrenamiento; ej. el respeto al paciente y a su privacidad, la posibilidad de abandonar el grupo cuando el lo deseara, etc. Cada sujeto fue evaluado con las escalas de ansiedad y depresión mencionadas anteriormente con el fin de ubicar su grado de perturbación ansiosa o depresiva. Cada sesión

estaba completamente estructurada, fue a la vez grabada en audio y se le dieron a los participantes todos los materiales didácticos requeridos.

En esta investigación por su diseño de estudio de casos con intervención es de gran importancia profundizar en cada sujeto; o sea, a cada uno de los participantes se le evaluó de manera exhaustiva a través de las entrevistas clínicas de inicio, a la mitad del tratamiento y al final del mismo; además se efectuaron auto-registros de la conducta y pensamientos elaborados por los propios pacientes, es decir, su impresión subjetiva de su malestar. Sin embargo, aplicamos dos pruebas objetivas con el fin de corroborar nuestra impresión clínica; analizamos las diferencias en los resultados en las diferentes evaluaciones con una prueba estadística no - paramétrica, con el fin de evaluar los cambios en la sintomatología del grupo como tal.

Para detalles de las sesiones revisar el anexo número 5.

**CAPITULO III**  
**RESULTADOS**

## **RESULTADOS**

Los siguientes son los resultados individuales logrados a través de la entrevista clínica profunda, la impresión subjetiva del participante y la aplicación de las escalas para evaluar la ansiedad y la depresión, IDARE y Beck respectivamente.

A cada sujeto se le redactó un informe clínico completo, el mismo incluye el motivo de consulta, antecedentes del malestar, anamnesis individual y familiar, examen del estado mental y el diagnóstico basado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, versión IV (DSM - IV), en sus cinco ejes.

### CUADRO I. CASO CLÍNICO 1.

<b>Nombre</b>	Amargada
<b>Sexo</b>	Femenino
<b>Estado Civil</b>	Unida
<b>Edad</b>	21 años
<b>Educación</b>	V año de Universidad
<b>Religión</b>	Católica
<b>Ocupación</b>	Estudiante
<b>Nivel de Vida</b>	Medio
<b>Evaluación Inicial / Queja Principal</b>	"No tengo paciencia a nada, pierdo la calma rápido. Siempre pienso que mi compañero me va engañar con otra, a raíz de esto empiezan pensamientos que me angustian, me produce una tremenda taquicardia, sin motivo"
<b>Evaluación Intermedia / sesión 7</b>	"Desde hace tres semanas no he tenido taquicardias, sin embargo, no puedo evitar pensar en que mi compañero me puede ser infiel; pero bueno, eso puede pasar, lo que no puede ser es que yo me muera por eso"
<b>Evaluación Final / Sesión 15</b>	"Ya no me dan las taquicardias, ahora he empezado a pensar que tal vez sea que ya no lo quiero. Realmente lo que me molestaba no era tanto sus posibles infidelidades sino que yo estuviera en casa con nuestra niña y el estuviera divirtiéndose"
<b>Eje I</b>	F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia F63.8 Trastorno explosivo intermitente
<b>Eje II</b>	Ninguno
<b>Eje III</b>	Ninguno
<b>Eje IV</b>	263.0 Problemas Conyugales
<b>Eje V</b>	55, 71, 75 puntos
<b>Tratamiento – TCC/ 1era medición – Beck</b>	10
<b>Tratamiento – TCC/ 2da medición – Beck</b>	8
<b>Tratamiento – TCC/ 3ra medición – Beck</b>	4
<b>Tratamiento – TCC/ 1era medición – IDARE</b>	Estado: 58 Rasgo: 64
<b>Tratamiento – TCC/ 2da medición – IDARE</b>	Estado: 52 Rasgo: 59
<b>Tratamiento – TCC/ 3ra medición – IDARE</b>	Estado: 54 Rasgo: 56
<b>Escala USM / 1era</b>	60
<b>Escala USM / 2da</b>	50
<b>Escala USM / 3ra</b>	45

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO II. CASO CLÍNICO 2.**

<b>Nombre</b>	Aislado
<b>Sexo</b>	Masculino
<b>Estado Civil</b>	Soltero
<b>Edad</b>	21 años
<b>Educación</b>	Bachiller en Mecánica
<b>Religión</b>	Católico
<b>Ocupación</b>	Ayudante de Producción
<b>Nivel de Vida</b>	Medio Bajo
<b>Queja Principal</b>	"Me siento muy nervioso y ansioso, no se que me pasa. Soy muy solitario, no tengo amigos, siempre he estado aislado, no me atrevo a entablar una relación con una muchacha, siento que no tengo tema y que de seguro la aburriré. Me siento fatigado con facilidad, siento que las cosas se salen de mi control".
<b>Entrevista sesión 7</b>	"Estoy más tranquilo, he logrado entablar una especie de amistad con un compañero de trabajo, él me invitó a una fiesta en su casa, logre conversar con un par de muchachas, me sentí al principio algo tenso, pero logre sobrevivir, creo que algún día superare esto del todo".
<b>Eje I</b>	F40.1 Fobia Social
<b>Eje II</b>	F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia
<b>Eje III</b>	Ninguno
<b>Eje IV</b>	Ninguno
<b>Eje V</b>	70, 75 puntos
<b>Tratamiento – TCC/ 1era medición – Beck</b>	12
<b>Tratamiento – TCC/ 2da medición – Beck</b>	10
<b>Tratamiento – TCC/ 1era medición – IDARE</b>	Estado: 62 Rasgo: 60
<b>Tratamiento – TCC/ 2da medición – IDARE</b>	Estado: 60 Rasgo: 60
<b>Escala USM / 1era</b>	40
<b>Escala USM / 2da</b>	35

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO III. CASO CLÍNICO 3.**

<b>Nombre</b>	Alegre
<b>Sexo</b>	Femenino
<b>Estado Civil</b>	Divorciada
<b>Edad</b>	38 años
<b>Educación</b>	V año de Universidad
<b>Religión</b>	Católica
<b>Ocupación</b>	Asistente de Mercadeo
<b>Nivel de Vida</b>	Medio
<b>Entrevista Inicial / Queja Principal</b>	"En ocasiones me altero, pierdo la paciencia con mis hijos y mi jefe; quisiera ser controlada. A veces, no digo nada al estar disgustada por algo, pero me siento mal por eso y la siguiente ocasión es probable que estalle; sufro dolores de cabeza y estrés"
<b>Entrevista Intermedia / Sesión 7</b>	"Esto de controlar los pensamientos y hacer los ejercicios de relajación realmente funciona, al comenzar a perder la paciencia me alejo, respiro hondo varias veces y al calmarme puedo decir que me molesta de las cosas sin irritarme, me estoy sintiendo mas cómoda".
<b>Entrevista Final / Sesión 15</b>	"Actualmente me siento más fuerte emocionalmente, entiendo que siempre se presentarán problemas, pero que depende de mí el como me afecten. Tengo una fistula anal que me molesta mucho y el papá de mis hijos me hizo citar a tribunal de menores, aduciendo falta de vigilancia de éstos por mi parte; él lo que quiere es fastidiarme y no le voy a dejar hacerlo"
<b>Eje I</b>	F63.8 Trastorno explosivo intermitente
<b>Eje II</b>	Ninguno
<b>Eje III</b>	Ninguno
<b>Eje IV</b>	V61.20 Problemas paterno filiales Z63.8 Problemas conyugales (ex - cónyuge)
<b>Eje V</b>	82, 85, 86 puntos
<b>Tratamiento - TCC/ 1era medición - Beck</b>	4
<b>Tratamiento - TCC/ 2da medición - Beck</b>	10
<b>Tratamiento - TCC/ 3ra medición - Beck</b>	2
<b>Tratamiento - TCC/ 1era medición - IDARE</b>	Estado: 50 Rasgo: 40
<b>Tratamiento - TCC/ 2da medición - IDARE</b>	Estado: 43 Rasgo: 43
<b>Tratamiento - TCC/ 3ra medición - IDARE</b>	Estado: 47 Rasgo: 37
<b>Escala USM / 1era</b>	40
<b>Escala USM / 2da</b>	30
<b>Escala USM / 3ra</b>	30

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO IV. CASO CLÍNICO 4.**

<b>Nombre</b>	Amable
<b>Sexo</b>	Femenino
<b>Estado Civil</b>	Unida
<b>Edad</b>	37 años
<b>Educación</b>	Bachiller
<b>Religión</b>	Católica
<b>Ocupación</b>	Ama de casa
<b>Nivel de Vida</b>	Medio
<b>Entrevista Inicial / Queja Principal</b>	"Me siento deprimida, frustrada en muchas ocasiones, ansiedad, dolor de espalda y circulación, bajo interés sexual y baja concentración".
<b>Entrevista Intermedia / Sesión 7</b>	"Todavía me siento algo triste, sin embargo, estoy aprendiendo a controlarme algo más, el problema de mi pareja, se lo he dejado a Dios, trato de disfrutar cada momento, las relaciones sexuales han mejorado.
<b>Entrevista Final / Sesión 15</b>	"Estoy en todo sentido mejor, mi relación de pareja es estupenda, realmente me siento feliz, incluso mis problemas de espalda y circulación han desaparecido"
<b>Eje I</b>	F32.9 Trastorno depresivo no especificado
<b>Eje II</b>	Ninguna
<b>Eje III</b>	Hipertensión arterial
<b>Eje IV</b>	Z63.0 Problemas Conyugales
<b>Eje V</b>	75, 80, 85 puntos
<b>Tratamiento – TCC/ 1era medición – Beck</b>	9
<b>Tratamiento – TCC/ 2da medición – Beck</b>	10
<b>Tratamiento – TCC/ 3ra medición – Beck</b>	3
<b>Tratamiento – TCC/ 1era medición – IDARE</b>	Estado: 46 Rasgo: 50
<b>Tratamiento – TCC/ 2da medición – IDARE</b>	Estado: 46 Rasgo: 46
<b>Tratamiento – TCC/ 3ra medición – IDARE</b>	Estado: 40 Rasgo: 51
<b>Escala USM / 1era</b>	65
<b>Escala USM / 2da</b>	40
<b>Escala USM / 3ra</b>	10

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO V. CASO CLÍNICO 5.**

<b>Nombre</b>	Bella
<b>Sexo</b>	Femenino
<b>Estado Civil</b>	Unida
<b>Edad</b>	40 años
<b>Educación</b>	VI grado de primaria
<b>Religión</b>	Católica
<b>Ocupación</b>	Ama de casa
<b>Nivel de Vida</b>	Medio bajo
<b>Entrevista Inicial / Queja Principal</b>	"Quiero morirme, no valgo nada, mi marido me maltrata verbalmente, me insulta a diario, tengo miedo que me deje, no se que haría, creo que debería morirme"
<b>Entrevista Intermedia / Sesión 7</b>	"Mi esposo dice que es por gusto que yo venga a acá y lea esas cosas, pero yo seguiré viniendo ya que me estoy sintiendo mejor, se que mis hijos me necesitan sana".
<b>Entrevista Final / Sesión 15</b>	"Bueno tengo días de estar sintiéndome mejor, he comenzado a vender unos productos naturales y asisto a unas reuniones de mujeres de un partido político, creo que esto me distrae. Mis esposo esta más amable conmigo. Ya no pienso en morirme".
<b>Eje I</b>	F34.1 Trastorno distímico F33.4 Trastorno depresivo mayor recidivante
<b>Eje II</b>	F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia.
<b>Eje III</b>	Ninguna
<b>Eje IV</b>	Z63.0 Problemas Conyugales
<b>Eje V</b>	50, 61, 70 puntos
<b>Tratamiento – TCC/ 1era medición – Beck</b>	48
<b>Tratamiento – TCC/ 2da medición – Beck</b>	35
<b>Tratamiento – TCC/ 3ra medición – Beck</b>	23
<b>Tratamiento – TCC/ 1era medición – IDARE</b>	Estado: 59 Rasgo: 44
<b>Tratamiento – TCC/ 2da medición – IDARE</b>	Estado: 42 Rasgo: 62
<b>Tratamiento – TCC/3ra medición – IDARE</b>	Estado: 58 Rasgo: 63
<b>Escala USM / 1era</b>	95
<b>Escala USM / 2da</b>	70
<b>Escala USM / 2da</b>	50

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO VI. CASO CLÍNICO 6.**

<b>Nombre</b>	Cordial
<b>Sexo</b>	Femenino
<b>Estado Civil</b>	Unida
<b>Edad</b>	43 años
<b>Educación</b>	II año de Universidad
<b>Religión</b>	Católica
<b>Ocupación</b>	Ama de casa
<b>Nivel de Vida</b>	Medio
<b>Entrevista Inicial / Queja Principal</b>	"Tengo un problema bien marcado para conservar amistades, vecinos, etc. Lo atribuyo a que tengo la autoestima baja y al palparlo las personas me menosprecian"
<b>Entrevista Intermedia / Sesión 7</b>	"Bueno no estoy tan pendiente ni me afectan tanto los vecinos, realmente no puedo saber que piensan ellos, las relaciones con mi esposo e hijos han mejorado, mi esposo está muy contento con mi cambio".
<b>Entrevista Final / Sesión 15</b>	"Me estoy sintiendo mejor cada día en términos generales, sin embargo, en ocasiones me deprimó, no puedo evitarlo; cuando estoy así me vuelvo hipersensible a cualquier comentario que escuche sobre mis hijos, tengo entonces que intentar relajarme y pensar positivamente. Estas crisis duran muy poco, tal vez solo una cuantas horas un día a la semana"
<b>Eje I</b>	F34.1 Trastorno distímico F33.4 Trastorno depresivo mayor recidivante F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
<b>Eje II</b>	F60.31 Trastorno límite de la personalidad
<b>Eje III</b>	Presión Alta
<b>Eje IV</b>	Ninguno
<b>Eje V</b>	55, 65, 70 puntos
<b>Tratamiento – TCC/ 1era medición – Beck</b>	16
<b>Tratamiento – TCC/ 2da medición – Beck</b>	4
<b>Tratamiento – TCC/ 3ra medición – Beck</b>	2
<b>Tratamiento – TCC/ 1era medición – IDARE</b>	Estado: 56 Rasgo: 61
<b>Tratamiento – TCC/ 2da medición – IDARE</b>	Estado: 30 Rasgo: 57
<b>Tratamiento – TCC/ 3ra medición – IDARE</b>	Estado: 37 Rasgo: 47
<b>Escala USM / 1era</b>	80
<b>Escala USM / 2da</b>	40
<b>Escala USM / 2da</b>	30

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO VII. CASO CLÍNICO 7.**

<b>Nombre</b>	Clara
<b>Sexo</b>	Femenino
<b>Estado Civil</b>	Separada
<b>Edad</b>	48 años
<b>Educación</b>	III año de Secundaria
<b>Religión</b>	Católica
<b>Ocupación</b>	Supervisora de taller
<b>Nivel de Vida</b>	Medio bajo
<b>Entrevista Inicial / Queja Principal</b>	"Fueres dolores de espalda que se generalizan al resto del cuerpo, mareos, debilidad en el cuello y toda la parte izquierda al caminar o ejecutar cualquier movimiento del cuello, adormecimiento y calambres en las piernas"
<b>Entrevista Intermedia / Sesión 7</b>	"Estoy viniendo sola a aquí, me da miedo, pero necesito poder hacerlo sola, tengo que volver a trabajar"
<b>Entrevista Final / Sesión 15</b>	"Realice un movimiento brusco en el baño y me disloque el brazo, se han agudizado mis dolores de espalda. Mi hija tiene que ayudarme en mi aseo personal; esto me incomoda un poco, pero que se va hacer. Estoy segura que esto pasará pronto de hecho ya me estoy valiendo por mi misma un poco más"
<b>Eje I</b>	F45.4 Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica, crónico (307.89) F40.01 Trastornos de angustia con agorafobia
<b>Eje II</b>	Ninguna
<b>Eje III</b>	Problemas de columna
<b>Eje IV</b>	V61.1 Problemas conyugales
<b>Eje V</b>	45, 50, 50 puntos
<b>Tratamiento - TCC/ 1era medición - Beck</b>	14
<b>Tratamiento - TCC/ 2da medición - Beck</b>	5
<b>Tratamiento - TCC/ 3ra medición - Beck</b>	5
<b>Tratamiento - TCC/ 1era medición - IDARE</b>	Estado: 41 Rasgo: 29
<b>Tratamiento - TCC/ 2da medición - IDARE</b>	Estado: 36 Rasgo: 32
<b>Tratamiento - TCC/ 3ra medición - IDARE</b>	Estado: 36 Rasgo: 29
<b>Escala USM / 1era</b>	85
<b>Escala USM / 2da</b>	80
<b>Escala USM / 3ra</b>	80

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO VIII. CASO CLÍNICO 8.**

<b>Nombre</b>	Tranquila
<b>Sexo</b>	Femenino
<b>Estado Civil</b>	Casada
<b>Edad</b>	43 años
<b>Educación</b>	Bachiller en Letras
<b>Religión</b>	Católica
<b>Ocupación</b>	Ayudante de laboratorio
<b>Nivel de Vida</b>	Medio bajo
<b>Entrevista Inicial / Queja Principal</b>	"Me siento muy deprimida, no tengo animo de nada, me cuesta dormir en las noches, estoy muy alterada de los nervios, por nada lloro. Todo se me ha complicado, siento que no voy a poder con todo este problema de mi separación"
<b>Entrevista Intermedia / Sesión 7</b>	"Creo estar aceptando que estoy sola con mi hijo, mi madre sigue enferma, ya no lloro tanto, incluso he salido a pasear con mi hijo los fines de semana; estoy mejor en el trabajo, me concentro más y estoy durmiendo mejor".
<b>Entrevista Final / Sesión 15</b>	"Ya entregué los papeles al Abogado para el divorcio, estoy decidida. Mi madre salió del hospital y se fue al interior, mi hijo saco calificaciones aceptables. En estos días asistí a una reunión de unos productos en casa de una compañera; sabe, es la primera vez que salgo sola me sentí realizada".
<b>Eje I</b>	F34.1 Trastorno distímico F33.0 Trastorno depresivo mayor recidivante
<b>Eje II</b>	Ninguna
<b>Eje III</b>	Artritis
<b>Eje IV</b>	Z63.0 Problemas Conyugales
<b>Eje V</b>	55, 65, 80 puntos
<b>Tratamiento - TCC/ 1era medición - Beck</b>	34
<b>Tratamiento - TCC/ 2da medición - Beck</b>	10
<b>Tratamiento - TCC/ 3ra medición - Beck</b>	7
<b>Tratamiento - TCC/ 1era medición - IDARE</b>	Estado: 58 Rasgo: 51
<b>Tratamiento - TCC/ 2da medición - IDARE</b>	Estado: 58 Rasgo: 58
<b>Tratamiento - TCC/ 3ra medición - IDARE</b>	Estado: 55 Rasgo: 51
<b>Escala USM / 1era</b>	92
<b>Escala USM / 2da</b>	70
<b>Escala USM / 3ra</b>	50

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

CUADRO IX. CASO CLÍNICO 9.

<b>Nombre</b>	Positiva
<b>Sexo</b>	Femenino
<b>Estado Civil</b>	Unida
<b>Edad</b>	51 años
<b>Educación</b>	III año de modistería
<b>Religión</b>	Católica
<b>Ocupación</b>	Operaria
<b>Nivel de Vida</b>	Medio
<b>Entrevista Inicial / Queja Principal</b>	"Tengo miedo a salir sola; al estar en un lugar abierto público, me siento desmayar, me pongo muy ansiosa, las manos me sudan, tengo que irme inmediatamente. Ya casi no salgo, me cuesta dormir, paso noches que concilio el sueño, luego en el día tengo mucho sueño; además, mi esposo es muy déspota, me larga de la casa cada vez que se le ocurre, me siento triste, mi hijo se casó y se mudó lejos ya no podré contar con él"
<b>Entrevista Intermedia / Sesión 7</b>	"Bueno yo me siento igual que siempre, en cuanto a salir a lugares públicos, sin embargo, estoy más tranquila por lo del matrimonio de mi hijo, he ido a cocinarle un par de ocasiones en que estaba enfermo. He dormido un poco más y no le estoy prestando tanta atención a las groserías de mi marido"
<b>Entrevista Final / Sesión 15</b>	"He salido varias veces con mi esposo a Los Pueblos, caminamos un poco cuando me comienzo a sentir ansiosa, nos sentamos y me obligo a quedarme, al rato se me empieza a pasar el miedo. Mi esposo me esta ayudando mucho, hemos visitado a nuestro hijo un par de veces. En ocasiones duermo bien, aunque la mayoría de las veces tengo dificultades"
<b>Eje I</b>	F40.01 Ataque de Pánico con agorafobia F43.20 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.
<b>Eje II</b>	Ninguna
<b>Eje III</b>	Artritis
<b>Eje IV</b>	Z63.0 Problema Conyugal
<b>Eje V</b>	50, 55, 60 puntos
<b>Tratamiento – TCC/ 1era medición – Beck</b>	11
<b>Tratamiento – TCC/ 2da medición – Beck</b>	19
<b>Tratamiento – TCC/ 3ra medición – Beck</b>	8
<b>Tratamiento – TCC/ 1era medición – IDARE</b>	Estado: 52 Rasgo: 51
<b>Tratamiento – TCC/ 2da medición – IDARE</b>	Estado: 47 Rasgo: 49
<b>Tratamiento – TCC/ 3ra medición – IDARE</b>	Estado: 48 Rasgo: 39

<b>Escala USM / 1era</b>	<b>70</b>
<b>Escala USM / 2da</b>	<b>50</b>
<b>Escala USM / 3ra</b>	<b>30</b>

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

### **Resultados clínicos observados y puntuación USM.**

Los resultados parciales logrados al concluir con seis sesiones del tratamiento, indican que todos los pacientes muestran algún grado de mejoría en la sintomatología reportada como queja principal en la entrevista inicial, esta mejoría varía de muy ligera a muy marcada. De igual forma en la escala USM (unidades subjetivas de malestar) todos los sujetos ubicaron su grado de malestar en la segunda medición por debajo al reportado en la medición inicial.

### **CUADRO X. RESUMEN DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA (EJE V DEL DSM-IV)**

<b>CASOS</b>	<b>1era MEDICIÓN</b>	<b>2da MEDICIÓN</b>	<b>3ra MEDICIÓN</b>
<b>1</b>	<b>55</b>	<b>71</b>	<b>75</b>
<b>2</b>	<b>70</b>	<b>75</b>	<b>Abandono</b>
<b>3</b>	<b>82</b>	<b>85</b>	<b>86</b>
<b>4</b>	<b>75</b>	<b>80</b>	<b>85</b>
<b>5</b>	<b>50</b>	<b>61</b>	<b>70</b>
<b>6</b>	<b>55</b>	<b>65</b>	<b>70</b>
<b>7</b>	<b>45</b>	<b>50</b>	<b>50</b>
<b>8</b>	<b>55</b>	<b>65</b>	<b>80</b>
<b>9</b>	<b>50</b>	<b>55</b>	<b>60</b>

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XI. RESUMEN DE LAS UNIDADES SUBJETIVAS DE MALESTAR**

<b>CASOS</b>	<b>1era MEDICIÓN</b>	<b>2da MEDICIÓN</b>	<b>3ra MEDICIÓN</b>
1	60	50	45
2	40	35	Abandono
3	40	30	30
4	65	40	10
5	95	70	50
6	80	40	30
7	85	80	80
8	92	70	50
9	70	50	30

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XII. RESULTADOS EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK**

<b>CASOS</b>	<b>1ERA MEDICIÓN</b>	<b>2DA MEDICIÓN</b>	<b>3ERA MEDICIÓN</b>
1	10	8	4
2	12	10	Abandono
3	4	10	3
4	9	10	3
5	48	35	23
6	16	4	2
7	14	5	5
8	34	10	7
9	11	19	8

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XIII. RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD IDARE  
(ANSIEDAD ESTADO)**

<b>CASOS</b>	<b>1ERA MEDICIÓN</b>	<b>2DA MEDICIÓN</b>	<b>3ERA MEDICIÓN</b>
<b>1</b>	<b>58</b>	<b>52</b>	<b>54</b>
<b>2</b>	<b>62</b>	<b>60</b>	<b>Abandono</b>
<b>3</b>	<b>50</b>	<b>43</b>	<b>47</b>
<b>4</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>40</b>
<b>5</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>58</b>
<b>6</b>	<b>56</b>	<b>30</b>	<b>37</b>
<b>7</b>	<b>41</b>	<b>36</b>	<b>36</b>
<b>8</b>	<b>58</b>	<b>58</b>	<b>55</b>
<b>9</b>	<b>52</b>	<b>47</b>	<b>48</b>

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XIV. RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD IDARE  
(ANSIEDAD RASGO)**

<b>CASOS</b>	<b>1ERA MEDICIÓN</b>	<b>2DA MEDICIÓN</b>	<b>3ERA MEDICIÓN</b>
<b>1</b>	<b>64</b>	<b>59</b>	<b>56</b>
<b>2</b>	<b>60</b>	<b>60</b>	<b>Abandono</b>
<b>3</b>	<b>40</b>	<b>43</b>	<b>37</b>
<b>4</b>	<b>50</b>	<b>46</b>	<b>51</b>
<b>5</b>	<b>44</b>	<b>62</b>	<b>63</b>
<b>6</b>	<b>61</b>	<b>57</b>	<b>47</b>
<b>7</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>29</b>
<b>8</b>	<b>51</b>	<b>58</b>	<b>51</b>
<b>9</b>	<b>51</b>	<b>49</b>	<b>39</b>

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

Figura 1. Gráfica de los resultados de la evaluación clínica (DSM IV / Eje V)

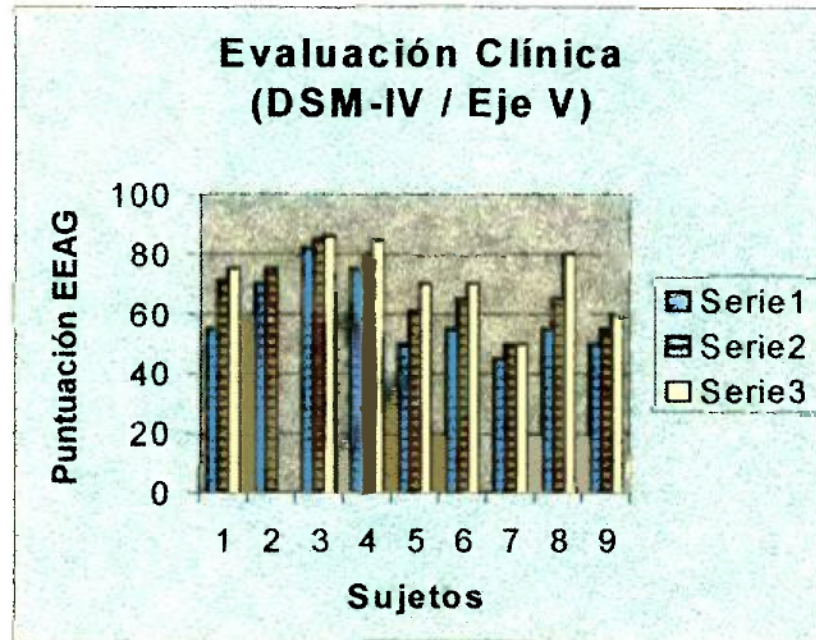


Figura 2. Gráfica de los resultados en la escala subjetiva de malestar (USM)

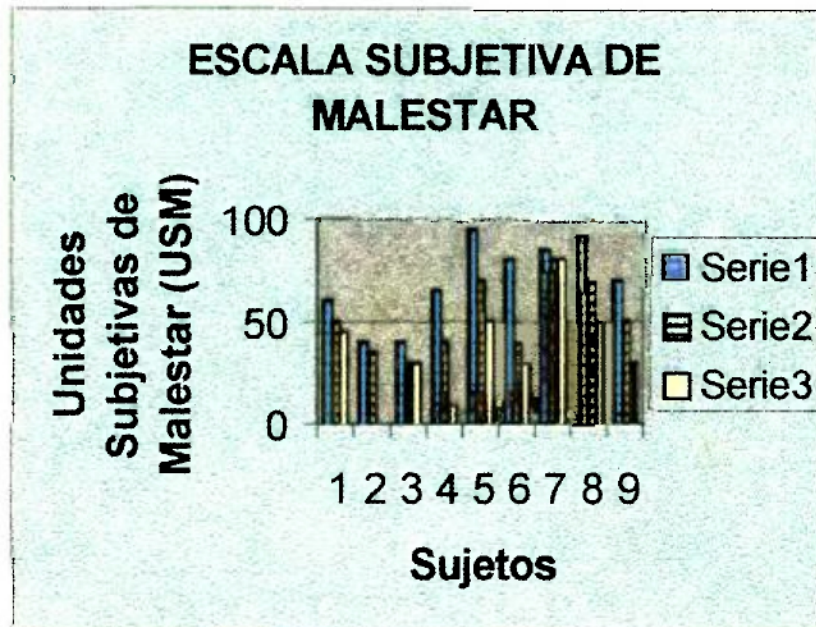


Figura 3. Gráfica de los resultados en la escala de depresión de Beck

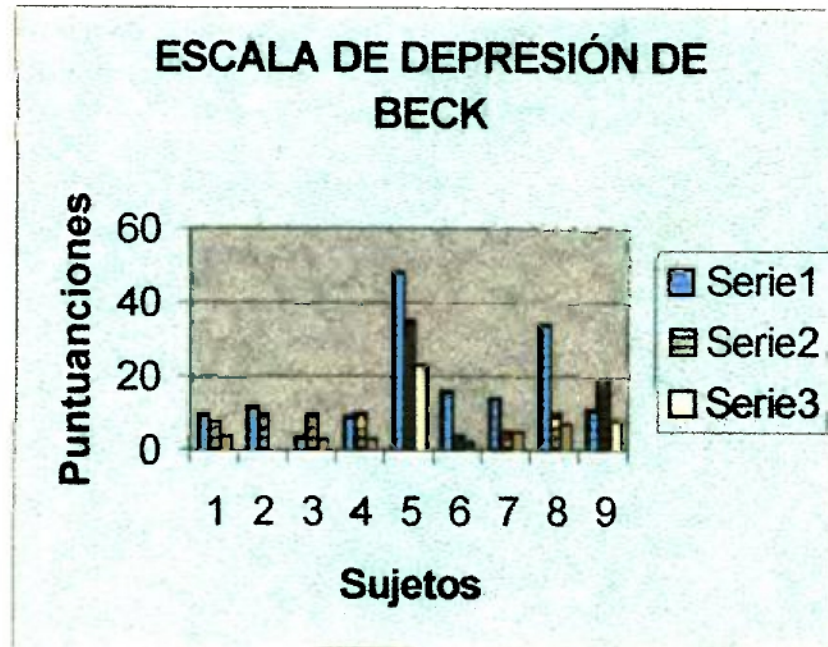


Figura 4. Gráfica de los resultados en la escala de ansiedad IDARE (estado).

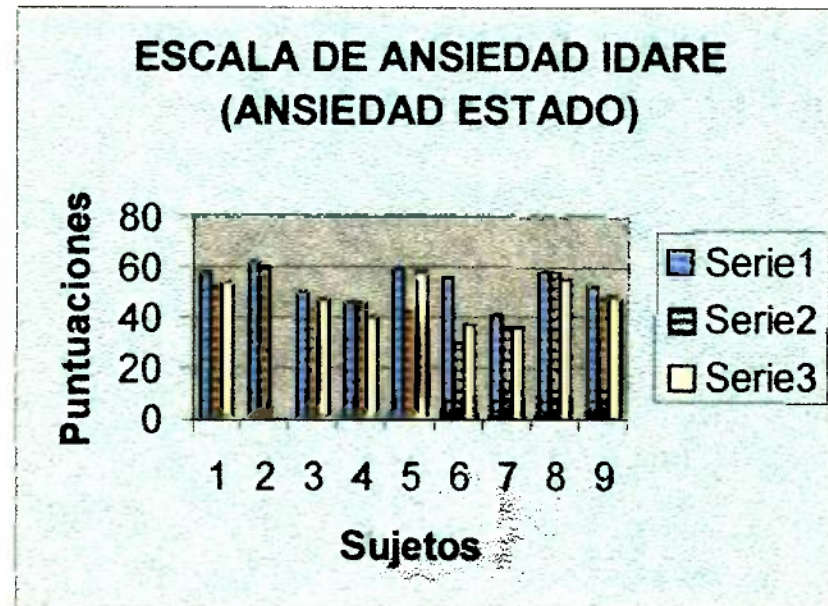
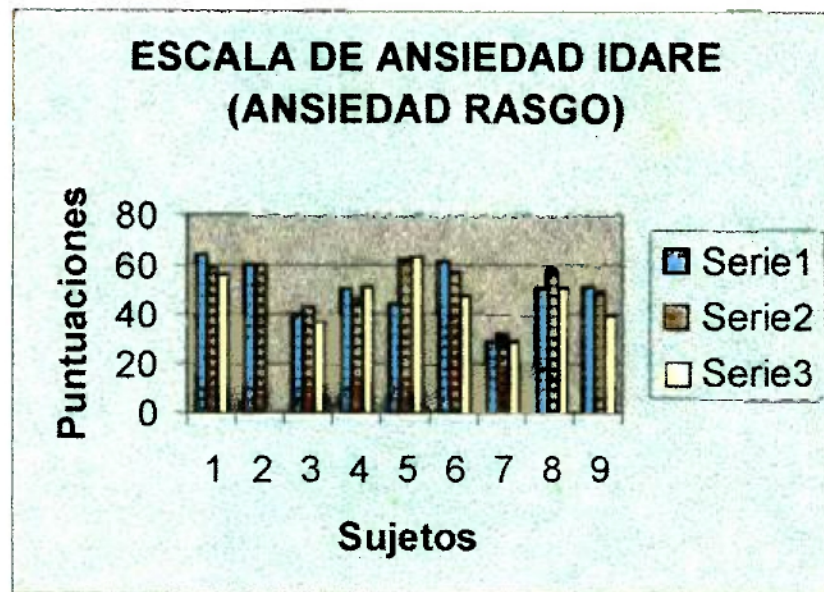


Figura 5. Gráfica de los resultados en la escala de ansiedad IDARE (rasgo)



Nota: Los datos de todas las figuras presentadas fueron obtenidos de la evaluación clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.

A continuación expondremos el análisis estadístico de nuestra investigación. Para los efectos, eliminamos del procedimiento al sujeto No. 2 debido a que el mismo abandonó el tratamiento (mortalidad experimental):

**CUADRO XV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL JUICIO CLÍNICO (EEAG) PRUEBA FRIEDMAN**

Medición	1era	2da	3ra
Media de Rangos	1.0	2.0625	2.9375
Casos	8 (el caso no. 2 abandono el tratamiento)		
Alpha	0.05		
Grados de Libertad	2		
Chi Cuadrada	5.0625		
Probabilidad	0.0005		
Resultado	0.0005 < 0.05 (Significativa, o sea, la mejora la condición general de los pacientes de acuerdo al juicio clínico del terapeuta mejoro significativamente )		

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XVI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL JUICIO CLÍNICO (EEAG) PRUEBA T PARA LA CORRELACIÓN ENTRE LA 1ERA Y LA 2DA MEDICIÓN.**

Medición	1era	2da
No. de sujetos	8	8
Media	58.375	66.5
DS	13.02676	11.85628
Alpha	0.05	
Grados de Libertad	7	
Valor T	5.274676	
Probabilidad	0.0012	
Resultados	0.0012 < 0.05 (Significativa, o sea, el la condición general del paciente mejoro significativamente entre estas dos mediciones)	

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XVII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL JUICIO CLÍNICO (EEAG) PRUEBA T PARA LA CORRELACIÓN ENTRE LA 1ERA Y LA 3RA MEDICIÓN**

Medición	1era	3ra
No. de sujetos	8	8
Media	58.375	72
DS	13.02676	12.38663
Alpha	0.05	
Grados de Libertad	7	
Valor T	5.060977	
Probabilidad	0.0015	
Resultados	0.0015 < 0.05 (Significativa, o sea, la condición general del paciente mejoro significativamente entre estas dos mediciones)	

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.*

*Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XVIII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL JUICIO CLÍNICO (EEAG) PRUEBA T PARA LA CORRELACIÓN ENTRE LA 2DA Y LA 3RA MEDICIÓN**

Medición	2da	3ra
No. de sujetos	8	8
Media	66.5	72
DS	11.85628	12.38663
Alpha	0.05	
Grados de Libertad	7	
Valor T	5.060977	
Probabilidad	0.0132	
Resultados	0.0132 < 0.05 (Significativa, o sea, la condición general del paciente mejoro significativamente entre estas dos mediciones)	

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.*

*Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**Nota:** Las diferencias encontradas de las tres mediciones entre sí con la prueba Friedman y entre cada dos mediciones con la prueba T, resultaron significativas, o sea, que el desenvolvimiento general de los pacientes de acuerdo al juicio clínico del terapeuta fue significativamente mejor en cada evaluación sucesiva.

**CUADRO XIX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA PERCEPCIÓN  
SUBJETIVA DE MALESTAR - UNIDADES SUBJETIVAS  
DE MALESTAR (USM) PRUEBA FRIEDMAN**

Medición	1era	2da	3ra
Media de Rangos	3	1.875	1.125
Casos	8 (el caso no. 2 abandono el tratamiento)		
Alpha	0.05		
Grados de Libertad	2		
Chi Cuadrada	14.25		
Probabilidad	0.0008		
Resultado	0.0008 < 0.05 (Significativa, o sea, mejoro la percepción subjetiva de malestar de acuerdo a los pacientes entre estas tres mediciones)		

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA PERCEPCIÓN  
SUBJETIVA DE MALESTAR - UNIDADES SUBJETIVAS  
DE MALESTAR (USM) PRUEBA T PARA LA  
CORRELACIÓN ENTRE LA 1ERA Y LA 2DA MEDICIÓN**

Medición	1ra	2da
No. de sujetos	8	8
Media	73.375	53.75
DS	18.39206	17.67767
Alpha	0.05	
Grados de Libertad	7	
Valor T	4.95664	
Probabilidad	0.0016	
Resultados	0.0016 < 0.05 (Significativa, o sea, mejoro la percepción subjetiva de malestar de acuerdo a los pacientes entre estas dos mediciones)	

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XXI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA PERCEPCIÓN  
SUBJETIVA DE MALESTAR - UNIDADES SUBJETIVAS DE  
MALESTAR (USM) PRUEBA T PARA LA CORRELACIÓN  
ENTRE LA 1ERA Y LA 3RA MEDICIÓN**

Medición	1ra	3ra
No. de sujetos	8	8
Media	73.375	40.625
DS	18.39206	20.77731
Alpha	0.05	
Grados de Libertad	7	
Valor T	4.731017	
Probabilidad	0.0021	
Resultados	0.0021 < 0.05 (Significativa, o sea, mejoro la percepción subjetiva de malestar de acuerdo a los pacientes entre estas dos mediciones)	

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XXII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA PERCEPCIÓN  
SUBJETIVA DE MALESTAR - UNIDADES SUBJETIVAS  
DE MALESTAR (USM) PRUEBA T PARA LA  
CORRELACIÓN ENTRE LA 2DA Y LA 3RA MEDICIÓN**

Medición	2da	3ra
No. de sujetos	8	8
Media	53.75	40.625
DS	17.67767	20.77731
Alpha	0.05	
Grados de Libertad	7	
Valor T	3.375077	
Probabilidad	0.0118	
Resultados	0.0118 < 0.05 (Significativa, o sea, mejoro la percepción subjetiva de malestar de acuerdo a los pacientes entre estas dos mediciones)	

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**Nota:** Las diferencias encontradas de las tres mediciones entre si con la prueba Friedman y entre cada dos mediciones con la prueba T, resultaron significativas, o sea, que de acuerdo a la percepción subjetiva de los pacientes su malestar fue significativamente menor en cada evaluación sucesiva.

**CUADRO XXIII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK. PRUEBA FRIEDMAN**

Medición	1era	2da	3ra
Media de Rangos	2.625	2.3125	1.0625
Casos	8 (el caso no. 2 abandono el tratamiento)		
Alpha	0.05		
Grados de Libertad	2		
Chi Cuadrada	10.9375		
Probabilidad	0.0042		
Resultado	0.0042 < 0.05 (Significativa, o sea, los síntomas depresivos mejoraron entre estas tres mediciones)		

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XXIV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK. PRUEBA T PARA LA CORRELACIÓN ENTRE LA 1RA Y LA 2DA MEDICIÓN**

Medición	1ra	2da
No. de sujetos	8	8
Media	18.25	12.625
DS	14.95469	10.11276
Alpha	0.05	
Grados de Libertad	7	
Valor T	1.468296	
Probabilidad	0.1855	
Resultados	0.1855 > 0.05 (No Significativa, o sea, los síntomas depresivos no mejoraron entre estas dos mediciones)	

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XXV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK. PRUEBA T PARA LA CORRELACIÓN ENTRE LA 1RA Y LA 3RA MEDICIÓN**

Medición	1ra	3ra
No. de sujetos	8	8
Media	18.25	6.875
DS	14.95469	6.833478
Alpha	0.05	
Grados de Libertad	7	
Valor T	3.269419	
Probabilidad	0.0137	
Resultados	0.0137 < 0.05 (Significativa, o sea, los síntomas depresivos mejoraron entre estas dos mediciones)	

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XXVI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK. PRUEBA T PARA LA CORRELACIÓN ENTRE LA 2DA Y LA 3RA MEDICIÓN**

Medición	2da	3ra
No. de sujetos	8	8
Media	12.625	6.875
DS	10.11276	6.833478
Alpha	0.05	
Grados de Libertad	7	
Valor T	3.810718	
Probabilidad	0.0066	
Resultados	0.0066 < 0.05 (Significativa, o sea, los síntomas depresivos mejoraron entre estas dos mediciones)	

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**Nota:** Estos resultados nos llevan a rechazar la Hipótesis Nula No.1 y por consiguiente aceptamos la Hipótesis de trabajo correspondiente. O sea, que los síntomas de depresión son menores al concluir el tratamiento que al inicio del mismo.

**CUADRO XXVII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD IDARE (ESTADO). PRUEBA FRIEDMAN**

Medición	1era	2da	3ra
Media de Rangos	2.75	1.6875	1.5625
Casos	8 (el caso no. 2 abandono el tratamiento)		
Alpha	0.05		
Grados de Libertad	2		
Chi Cuadrada	6.8125		
Probabilidad	0.0332		
Resultado	0.0332 < 0.05 (Significativa, o sea, los síntomas de ansiedad estado mejoraron entre estas tres mediciones)		

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XXVIII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD IDARE (ESTADO). PRUEBA T PARA LA CORRELACIÓN ENTRE LA 1RA Y LA 2DA MEDICIÓN**

Medición	1ra	2da
No. de sujetos	8	8
Media	52.5	45.5
DS	6.502747	9.856108
Alpha	0.05	
Grados de Libertad	7	
Valor T	1.968681	
Probabilidad	0.0897	
Resultados	0.0897 > 0.05 (No Significativa, o sea, los síntomas de ansiedad estado no mejoraron entre estas dos mediciones)	

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XXIX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD IDARE (ESTADO). PRUEBA T PARA LA CORRELACIÓN ENTRE LA 1RA Y LA 3RA MEDICIÓN**

Medición	1ra	3ra
No. de sujetos	8	8
Media	52.5	45.625
DS	6.502747	7.269064
Alpha	0.05	
Grados de Libertad	7	
Valor T	3.50973	
Probabilidad	0.0099	
Resultados	0.0099 < 0.05 (Significativa, o sea, los síntomas de ansiedad estado mejoraron entre estas dos mediciones)	

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.*

*Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XXX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD IDARE (ESTADO). PRUEBA T PARA LA CORRELACIÓN ENTRE LA 2DA Y LA 3RA MEDICIÓN**

Medición	2da	3ra
No. de sujetos	8	8
Media	45.5	45.625
DS	9.856108	7.269064
Alpha	0.05	
Grados de Libertad	7	
Valor T	0.61562	
Probabilidad	0.9526	
Resultados	0.9526 > 0.05 (No Significativa, o sea, los síntomas de ansiedad no mejoraron entre estas dos mediciones)	

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.*

*Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**Nota:** Estos resultados nos llevan a rechazar la Hipótesis Nula No.2 y por consiguiente aceptamos la Hipótesis de trabajo correspondiente. O sea, que los síntomas de ansiedad estado son menores al concluir el tratamiento que al inicio del mismo.

**CUADRO XXXI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD IDARE (RASGO). PRUEBA FRIEDMAN**

Medición	1era	2da	3ra
Media de Rangos	2.125	2.25	1.625
Casos	8 (el caso no. 2 abandono el tratamiento)		
Alpha	0.05		
Grados de Libertad	2		
Chi Cuadrada	1.75		
Probabilidad	0.4169		
Resultado	0.4169 > 0.05 (No Significativa, o sea, los síntomas de ansiedad rasgo no mejoraron entre estas tres mediciones)		

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XXXII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD IDARE (RASGO). PRUEBA T PARA LA CORRELACIÓN ENTRE LA 1RA Y LA 2DA MEDICIÓN**

Medición	1ra	2da
No. de sujetos	8	8
Media	48.75	50.75
DS	11.23451	10.16647
Alpha	0.05	
Grados de Libertad	7	
Valor T	0.730297	
Probabilidad	0.4889	
Resultados	0.4889 > 0.05 (No Significativa, o sea, los síntomas de ansiedad rasgo no mejoraron entre estas dos mediciones)	

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.  
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XXXIII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD IDARE (RASGO). PRUEBA T PARA LA CORRELACIÓN ENTRE LA 1RA Y LA 3RA MEDICIÓN**

Medición	1ra	3ra
No. de sujetos	8	8
Media	48.75	46.625
DS	11.23451	11.05748
Alpha	0.05	
Grados de Libertad	7	
Valor T	0.585016	
Probabilidad	0.5769	
Resultados	0.5769 > 0.05 (No Significativa, o sea, los síntomas de ansiedad rasgo mejoraron entre estas dos mediciones)	

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.*

*Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**CUADRO XXXIV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD IDARE (RASGO). PRUEBA T PARA LA CORRELACIÓN ENTRE LA 2DA Y LA 3RA MEDICIÓN**

Medición	2da	3ra
No. de sujetos	8	8
Media	50.75	46.625
DS	10.16647	11.05748
Alpha	0.05	
Grados de Libertad	7	
Valor T	2.222696	
Probabilidad	0.0616	
Resultados	0.0616 > 0.05 (No Significativa, o sea, los síntomas de ansiedad no mejoraron entre estas dos mediciones)	

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.*

*Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Rolando Jaén*

**Nota:** Los resultados obtenidos en la Escala IDARE (rasgo) no muestran una diferencia significativa entre las distintas mediciones, esto analizado tanto con la prueba Friedman (entre las tres mediciones) y con la prueba T (entre dos mediciones). La ansiedad que se considera un rasgo de la personalidad parece no alterarse con este tratamiento, por lo tanto aceptamos nuestra Hipótesis Nula No. 3 y rechazamos la correspondiente Hipótesis de Trabajo, o sea que los síntomas de ansiedad rasgo no mejoran entre el inicio y final del tratamiento.

## **CAPITULO IV**

### **DISCUSIÓN**

## **DISCUSIÓN**

Pasamos a discutir los resultados de nuestra investigación, los mismos serán analizados en el contexto de aquellos aspectos de la referencia teórica que señalamos en el capítulo I.

1. Podemos apreciar que al analizar nuestros resultados en donde la primera hipótesis de trabajo es aceptada, o sea, en la cual planteamos que los síntomas depresivos ceden luego de la intervención terapéutica coincide con las investigaciones previas en donde se utilizaron técnicas cognitivas realizadas por Beck y otros investigadores tal como lo planteamos en el primer capítulo.

2. Los resultados nos indican que los síntomas depresivos no ceden en las primeras semanas de tratamiento, no es sino, luego de la séptima semana que se aprecia una reducción de éstos, lo cual vemos al comparar la segunda y tercera medición en donde si apreciamos un cambio significativo, no así entre la primera y segunda medición. La diferencia entre la primera y tercera medición corroboran esta impresión al resultar significativos los resultados. La mejoría estadísticamente significativa de la sintomatología depresiva se dio luego de la segunda medición, si analizamos que el módulo de la reestructuración cognitiva concluye precisamente antes de esta evaluación, la literatura consultada sugiere que aquellos pacientes en los que ocurre la modificación del pensamiento son los que logran superar los síntomas depresivos en mayor probabilidad. Nuestros resultados muestran que dicha mejoría

empieza a partir de que los participantes son entrenados en la modificación de sus pensamientos automáticos depresivos.

3. Las diferencias encontradas al analizar los resultados de la escala IDARE (estado) con la prueba Friedman, las tres mediciones realizadas simultáneamente, muestran ser significativas; sin embargo, al comparar éstas en pares de mediciones el único par que resultó significativo fue entre la primera y la tercera medición. Estos resultados nos llevan a pensar que la extensión de la terapia es de gran importancia, ya que no apreciamos cambios significativos entre mediciones separadas por solo 7 sesiones, sin embargo, al transcurrir al menos 15 sesiones se aprecia la reducción de la ansiedad situacional o como la prueba la identifica, estado.

4. La hipótesis No. 3 en donde planteamos que la ansiedad rasgo sería reducida con el tratamiento tuvo que ser rechazada, ya que nuestro análisis estadístico no mostró una diferencia significativa en la reducción de los síntomas de ansiedad como rasgo, entre ninguna de las mediciones pareadas ni con el estadístico que correlacionaba las tres mediciones simultáneamente. Obviamente, este tipo de ansiedad no fue modificada por este tratamiento, considerando que los rasgos de personalidad son producto, en parte, del fundamento biológico del ser humano y por otro lado, aprendidas desde muy temprano en el desarrollo. Concluimos que para alterar este tipo de ansiedad el tratamiento tendría que ser mucho más largo y posiblemente desde otro enfoque terapéutico.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **CONCLUSIONES**

1. Esta investigación ha demostrado que la Terapia Cognitivo – Conductual en formato de grupo es una estrategia válida y eficaz en el tratamiento de los síntomas de depresión con intensidad que fluctúe de leve a moderada.

2. El Programa de Entrenamiento de Competencias de Afrontamiento es un tratamiento terapéutico lo suficientemente estructurado y sencillo lo cual permite su replicación efectiva.

3. El Programa de Entrenamiento de Competencias de Afrontamiento es un tratamiento lo suficientemente flexible que permite hacer adecuaciones necesarias en un medio determinado tales como variar la literatura utilizada (las lecturas para la casa), sin afectar la eficacia del mismo.

4. Los síntomas depresivos no ceden en tratamientos muy cortos; de acuerdo a nuestros resultados, se requiere un mínimo de quince sesiones. No se dieron cambios significativos en las primeras siete sesiones.

5. La reducción de la intensidad de la depresión obtenida por la puntuaciones en la Escala de Depresión de Beck en todos los casos, indica mejoría; sin embargo, en el caso No.5 sólo indica exactamente esto ya que los puntajes finales siguen marcando una depresión de moderada a severa. No obstante, la tendencia nos hace concluir que en los casos de depresiones muy severas el tratamiento debe ser más prolongado.

6. La ansiedad situacional o aquella que la escala IDARE identifica como **Ansiedad estado**, requiere para ceder significativamente al menos de quince sesiones, no se apreció mejoría significativa en las primeras 7 sesiones.

7. La **Ansiedad Rasgo**, no es modificada por esta estrategia terapéutica. Se requiere posiblemente de un tratamiento más prolongado y tal vez de otro enfoque.

8. Los síntomas depresivos o ansiosos requieren de una terapia de por lo menos quince sesiones, menos que eso no producen los cambios necesarios y por ende el índice de recaídas es alto.

9. Las medidas de condición general del paciente de acuerdo al juicio crítico del terapeuta (EEAG) y la percepción subjetiva de malestar que expresan los sujetos a través de unidades subjetivas de malestar (USM) son correspondientes entre sí en cada una de las mediciones, mantienen una correlación inversamente proporcional. A medida que los puntajes EEAG aumentan, o sea, hay una impresión favorable del terapeuta, los pacientes a su vez puntúan más bajo; dicho de otra forma, expresan sentirse mejor.

10. La terapia de grupo es una modalidad con alentadores resultados terapéuticos que se puede llevar en nuestros centros de atención de salud mental. Parece ser una alternativa válida para disminuir la gran demanda de servicios de salud mental en los cuales la queja principal son los trastornos depresivos y ansiosos de intensidad que varía entre leves a moderados.

## **RECOMENDACIONES**

- 1. Se debe replicar el tratamiento en poblaciones similares para seguir evaluando su efectividad.**
- 2. Llevar a cabo un estudio más controlado que contraste la efectividad de diferentes modalidades terapéuticas entre sí y con un grupo control.**
- 3. Llevar estudios de seguimiento a largo plazo para determinar la permanencia de la mejoría luego de concluido el tratamiento.**
- 4. Preparar a los profesionales de la salud mental en la terapia Cognitiva – Conductual, ya que la misma prueba ser muy efectiva en periodos relativamente cortos.**
- 5. Establecer programas para sensibilizar a la población que padece de síntomas depresivos y ansiosos, para que asistan a buscar ayuda ya que los mismos afectan su calidad de vida y pueden a la larga convertirse en trastornos más graves, que los lleven incluso en el peor de los casos al suicidio.**

## **BIBLIOGRAFÍA**

## BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO, A., y SWILLER, H. 1995. Psicoterapia de grupo en la práctica clínica. Editorial El Manual Moderno, S.A. México, 568 págs.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 1995. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV). Editorial Masson, S.A. España. 909 págs.
- BAN, T., COPPEN, A.J., HOLLISTER, L.E., LÓPEZ-IBOR, J.J. y PICHOT, P. 1995. El diagnóstico de la depresión. Editorial Lederle, Costa Rica. 86 págs.
- BECK, A. y EMERY, G. 1985. Anxiety disorders and phobias, a cognitive perspective. Harper Collins Publishers, New York, 343 págs.
- BECK, A., RUSH, A.J., SHAW, B y EMERY, G. 1983. Terapia cognitiva de la depresión. Desclee de Brouwer, Bilbao. Novena edición. 394 págs.
- BECK, A. y FREEMAN, A. 1995. Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad Ediciones Paidós, Barcelona, 545 págs.
- BELLACK, A.S. y HERSEN, M. 1989. Métodos de Investigación en Psicología Clínica. Editorial Desclee de Brouwer, S.A. España. 424 págs.
- BERNSTEIN, D.A. y BORKOVEC, T.D. 1983. Entrenamiento en Relajación Progresiva. Editorial Desclee De Brouwer, S.A. España. 93 págs.
- COOK, T.D. y REICHARDT, Ch.S. 1986. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Ediciones Morata, S.A. España. 228 págs.
- COOLICAN, H. 1994. Métodos de Investigación y Estadística en Psicología. Editorial El Manual Moderno, S.A. México. 449 págs.
- CORREA, J.V. 1996. Introducción a la Psicopatología Clínica. Universidad de Panamá. Panamá. 184 Págs.
- DORSCH, F. 1994. Diccionario de Psicología. Editorial Herder. España., Séptima Edición, 1030 págs.
- DRYSDEN, W. y ELLIS A. 1989. Práctica de la terapia racional emotiva Editorial Desclee De Brouwer, S.A. España. 242 págs.

ECHEBURÚA, E. 1992. Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Ediciones Pirámides, S.A. España. 270 págs.

ELLIS, A. y GRIEGER, R. 1981, Manual de terapia racional emotiva. Editorial Desclée De Brouwer, España. VI edición. 455 págs.

ELLIS, A. y GRIEGER R. 1990, Manual de terapia racional emotiva. Volumen 2. Editorial Desclée De Brouwer, España. 443 págs..

ELLIS, A., McINERNEY, J.F., DIGIUSEPPE, R. y YEAGER, R.J. 1992. Terapia Racional-Emotiva con Alcohólicos y Toxicómanos. Editorial Desclée De Brouwer, S.A. España. 175 págs.

FORNI, F.H. 1992, Métodos cualitativos II, la práctica de la investigación. Centro Editor de América Latina, Argentina. 210 págs.

GABBARD, G.O. 1995. Treatment of Psychiatric Disorders. American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC. Segunda Edición. 2,474 págs.

GOLDMAN, H. 1994. Psiquiatría General. Editorial El Manual Moderno, S.A. México. Tercera Edición. 636 págs.

GRANEROS, M. 1994. La investigación sexológica: Asertividad y disfunciones sexuales. Revista Psicología Contemporánea. México, 110 págs.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ, C. Y BATISTA, P. 1991. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill. México. 505 págs.

HOFLING, C.K. 1977. Tratado de Psiquiatría. Nueva Editorial Interamericana, S.A. México. Segunda Edición. 596 págs.

KELLY, J.A. 1992. Entrenamiento de las Habilidades Sociales. Editorial Desclée De Brouwer, S.A. España. 251 págs.

KERLINGER, F.N. 1994. Investigación del Comportamiento. Mc Graw Hill. México. Tercera Edición. 748 págs.

LOPEZ-BARAJAS, E. y MONTOYA, J.M. 1995. El estudio de casos: Fundamentos y Metodología. UNED. España. 151 págs.

LYNN, S y GARSKE, J.P. 1988. Psicoterapias Contemporáneas. Editorial Desclée De Brouwer, S.A. España. Cuarta edición. 647 págs.

- MATHESON, D.W., BRUCE, R.L. y BEAUCHAMP, K.L. 1983. Psicología Experimental. Diseños y Análisis de Investigación. Compañía Editorial Continental, S.A. México. 476 págs.
- McGUIGAN, R.J. 1984. Psicología Experimental, enfoque metodológico. Editorial Trillas, México. Tercera Edición. 473 págs.
- NUNALLY, J.C. 1973. Introducción a la Psicología. Editorial Paidós. Argentina. 619 págs.
- PANCHERI, P. 1982. Manual de Psiquiatría Clínica. Editorial Trillas. México. 392 págs.
- PÉREZ SERRANO, G. 1994. Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. Editorial La Muralla, S.A. España. 231 págs.
- SAFRAN, J.D. y SEGAL, Z.V. 1994. El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Ediciones Paidós. 377 págs.
- SANK, L. y SHAFFER C.S. 1993. Manual del terapeuta para la terapia cognitiva conductual en grupos. Editorial Desclee De Brouwer, S.A. España. 278 págs.
- SHEEHAM, D.V. 1986. The anxiety disease. Batam Book, The Scribner Book Company, New York, 190 págs.
- SUINN, R.M. 1993. Entrenamiento en manejo de ansiedad. Editorial Desclee De Brouwer, S.A. Bilbao, 346 págs.
- VALLEJO RUILOBA, J. 1994. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Editorial Salvat. México. Tercera Edición. 794 págs.
- ZAX, M. y COWEN. E.L. 1983. Psicopatología. México. Nueva Editorial Interamericana, S.A. Segunda Edición. 452. págs.
- WOLPE, J. 1981. Psicoterapia por inhibición recíproca. Editorial Española Desclee De Brouwer. 275 págs.

## Artículos

CLARCK, D. y EHLERS, A. 1996. An overview of the cognitive theory and treatment of panic disorder. In Applied & Preventive Psychology No. 3: 131-139.

ELLIS, A. y BECKER, L. 1982. A guide to personal happiness. Hakkeghton Printing Company. USA.

ELLIS, A. y HARPER, R. 1961. A new guide to rational living. Wilshire Book Company. California.

HOLLON, S., DERUBEIS, R. y SALIGMANA, M. 1992. Cognitive therapy and prevention of depression. In Applied & Preventive Psychology. No.1: 89-95.

LEAHY, R. 1996. Cognitive Therapy. Jason Aronson Publisher. New Jersey.

\*\*\*MUNROE, A. y otros. 1995. The needs for marital violence prevention efforts: A behavioral-cognitive secondary prevention program for newly married couple. In Applied & Preventive Psychology No. 4: 77-88.

\*\*\*STARK, K. y otros. 1996. Issues in the treatment of depressed children. In Applied & Preventive Psychology No.2: 59-83.

**ANEXOS**

## ANEXO 1

### INFORMES CLÍNICOS

#### Caso 1

#### Queja Principal:

"No tengo paciencia a nada, pierdo la calma rápido. Siempre pienso que mi compañero me va a engañar con otra, a raíz de esto empiezan pensamientos que me angustian, me producen una tremenda taquicardia. A veces sin motivo"

#### Información General

Fecha de la 1era entrevista:	3 de abril de 1998
Nombre:	Amargada
Sexo:	Femenino
Estado Civil:	Comprometida
Edad:	21 años
Raza:	Latina
Nivel Educativo:	V año de psicología
Religión:	Católica
Ocupación:	Estudiante
Dirección:	Los Robles
Ingresos:	Depende del cónyuge y padres
Nivel de vida:	Medio

#### Antecedentes de la queja principal:

"Desde hace como cuatro o cinco años, a raíz de los engaños de mi novio, la pérdida de confianza y mis malos pensamientos sobre lo que el me puede estar haciendo, esto ha logrado que pierda el control, en una ocasión lo golpee.

Salí embarazada y decidí tener el bebe, mi madre decía que tendría que abandonarlo todo, o sea la universidad; sin embargo no he perdido nada, a veces me frustro por que la niña no me da tiempo para estudiar. Debido a la última pelea en donde golpee a su esposo éste se mudo a su casa, al momento no sabe cuando llega, ésto la angustia mucho.

Todo comienza el día de pago, si al llamarlo al trabajo no contesta, empiezo a pensar que se irá a beber con sus amigos y que tal vez se vea con otra mujer, que posiblemente no traerá el dinero de la niña, en ese momento me empieza la taquicardia, siento que el corazón se me va a salir."

**Historia de enfermedades anteriores:**

Se ha atendido con cinco psicólogos en el pasado sobre la misma situación, sin embargo, no ha pasado de la primera consulta.

**Historia Personal:**

Es la tercera de cuatro hermanos, dos hermanas mayores y un hermano menor. Su relación con sus hermanos no ha sido muy buena, siempre han discutido y peleado sobre cualquier motivo.

"Mis padres siempre culpaban a mi hermana de todo, le decían que era la más grande, que se comportara. Yo siempre he sido mediadora de todo.

Mi madre es muy autoritaria pero justa, mi padre nunca dice nada, uno no sabe que esta pensando. Entre ellos solo discuten por tonterías, creo que se quieren mucho.

Al estar cursando mi segundo año de universidad salí embarazada, esto trastorno mucho mi vida, mi universidad, mi familia. Mi esposo es muy irresponsable y solo piensa en el, sale a divertirse solo, y yo que me joda con la niña, esto no es justo."

**Historia Familiar:**

"Tanto mi madre como mi padre toman todos los fines de semana, cuando están borrachos discuten estupideces. No conozco de algún familiar que sufra de enfermedades mentales."

**Estado Mental**

Aspecto general:	Adecuado
Actividad motora:	Normal
Expresión del rostro:	Triste
Mímica:	Normal
Expresiones afectivas:	Ligeras
Ansiedad:	Moderada
Orientación espacial:	Buena
Orientación temporal:	Buena
Organización del pensamiento:	Buena
Alucinaciones:	No
Ideas delirantes:	No
Obsesiones y fobias:	No
Sentimientos de	

des personalización:	No
Atención voluntaria:	Buena
Atención espontánea:	Buena

**Impresión Diagnóstica**

Eje I: F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia  
F63.8 Trastorno explosivo intermitente  
Eje II: Ninguna  
Eje III: Ninguna  
Eje IV: Z63.0 Problemas Conyugales  
Eje V: 55 puntos

**Pruebas Aplicadas:****Escala de Depresión de Beck**

Inicio: 10  
Mitad: 8  
Final: 4

**IDARE****Ansiedad Estado**

Inicio: 58  
Mitad: 52  
Final: 54

**Ansiedad Rasgo:**

Inicio: 64  
Mitad: 59  
Final: 56

## **Caso 2**

### **Queja Principal**

"Me siento muy nervioso y ansioso, no se que me pasa. Soy muy solitario, no tengo amigos, siempre he estado aislado, no me atrevo a entablar una relación con una muchacha, siento que no tengo tema y que de seguro la aburriré. Me siento fatigado con facilidad, siento que las cosas se salen de mi control".

### **Información General**

Fecha de la 1era entrevista:	2 de abril de 1998
Nombre:	Aislado
Sexo:	Masculino
Estado Civil:	Soltero
Edad:	21 años
Raza:	Latino
Nivel Educativo:	Bachiller en mecánica
Religión:	Católico
Ocupación:	Ayudante de Producción
Dirección:	Samaria
Ingresos:	\$ 250.00
Nivel de vida:	Medio bajo

### **Antecedentes del malestar actual:**

"Siento que mi malestar es de toda la vida, desde niño tenia mucho miedo a expresarme en público, sin embargo, esta situación se hizo insoportable cuando llegue a la adolescencia, no tenia amigos verdaderos, solo conocidos, nunca he tenido una novia, más bien nunca he tenido una amiga. Tengo muchos temores a relacionarme con otras personas, especialmente mujeres. No se de que hablar, me siento como incomodo al no tener tema de conversación."

### **Historia de enfermedades anteriores:**

El paciente nunca ha sido atendido por Psicología, ni ha padecido de enfermedades mentales o emocionales, solo ha tenido las enfermedades propias del desarrollo.

### **Historia personal:**

Es el hijo menor de tres hermanos, se llevaba muy bien con su hermano, con su hermana la relación ha sido muy conflictiva, siempre peleaba con ella.

"La relación de mis padres fue ligeramente conflictiva, me pegaban con correa en las piernas, cuando desobedecía.

Mi madre siempre ha sido muy comprensiva, siempre dispuesta a ayudar, en la actualidad es la única amiga que tengo, es la persona con que mejor me llevo, le puedo contar todo, como me siento. Mi madre me inculco muchos principios cristianos y morales.

Mi padre fue un tanto irresponsable con nosotros, no daba lo suficiente, siempre fue muy poco comunicativo, no mantenía un contacto directo y afectuoso conmigo."

### **Estado Mental**

Aspecto general:	Adecuado
Actividad motora:	Lenta
Expresión del rostro:	Triste
Mímica:	Normal
Expresiones afectivas:	Ligeras
Ansiedad:	Moderada
Orientación espacial:	Buena
Orientación temporal:	Buena
Organización del pensamiento:	Bueno
Alucinaciones:	No
Ideas delirantes:	No
Obsesiones y fobias:	Miedo a relaciones sociales
Sentimientos de despersonalización	No
Atención voluntaria:	Regular
Atención espontánea:	Regular

### **Impresión Diagnóstica**

Eje I:	F40.1 Fobia social
Eje II:	F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia
Eje III:	Ninguna
Eje IV:	Ninguno
Eje V:	70 puntos

### **Pruebas Aplicadas**

#### **Escala de Depresión de Beck**

Inicio: 12  
Mitad: 10

**IDARE**  
**Ansiedad Estado**

Inicio: 62

Mitad: 60

**Ansiedad Rasgo**

Inicio: 60

Mitad: 60

**Nota:** El paciente abandono el grupo terapéutico.

### **Caso 3**

#### **Queja Principal**

"En ocasiones me altero, pierdo la paciencia con mis hijos y con mi jefe, quisiera ser más controlada, en ocasiones, no digo nada cuando estoy disgustada por alguna situación, pero me siento mal por esto, en una siguiente ocasión probablemente estalle, sufro de dolores de cabeza y estrés"

#### **Información General**

Fecha de la 1era entrevista:	Abril 1 de 1998
Nombre:	Alegre
Sexo:	Femenino
Estado Civil:	Divorciada
Edad:	38 años
Raza:	Blanca
Nivel Educativo:	Quinto año de universidad
Religión:	Católica
Ocupación:	Asistente de Mercadeo
Dirección:	Los Caciques
Ingresos:	\$ 800.00

#### **Antecedentes de los síntomas actuales:**

A partir de los 6 meses de matrimonio su marido empezó a serle infiel, al principio era muy disimulado, sin embargo, al pasar el tiempo este se volvió muy descarado, llegaba muy tarde a casa, siempre en trago, con las camisas manchadas de colorete, ella empezó a tener constantes infecciones vaginales, en una ocasión el esposo le confeso haber tenido relaciones sexuales con una prostituta, en una ocasión la llevo a violar, luego la amenazo con matarla, la golpeaba en ocasiones y la celaba con su jefe. Al darse el divorcio su esposo la indispuso con la empresa donde trabaja, el proceso de separación y divorcio a sido muy conflictivo, los niños se han afectado en sus estudios, ella esta muy alterada por toda esta situación

#### **Historia de enfermedades anteriores:**

Nunca ha sido atendida por problemas emocionales en el pasado, fuera de las infecciones vaginales durante su matrimonio, se resfría a menudo, sufre de alergias y dolores de cabeza.

#### **Historia Personal**

La paciente es la cuarta de siete hermanos, su niñez fue muy feliz, su padre era muy bueno con ella y siempre le infundió el respeto por las figuras de autoridad,

sin embargo, es una persona muy jocosa y divertida. Su madre era una persona de una personalidad explosiva y muy desconfiada, no acepta críticas ni opiniones contrarias, le pegaba mucho de niña.

La situación en el hogar, económicamente solventes, nunca faltó nada. Sus padres algunas veces discutían, su madre se violentaba y su padre se iba unos días de la casa, luego regresaba y las discusiones eran por las infidelidades.

Fue criada bajo principios morales elevados, al casarse y empezar a tener problemas con su marido, nunca le comento a su madre o hermanas su problema, siente que le dirían que tenía que aguantar.

Conoció a su ex esposo en una feria, estuvo de novia con el cuatro años, durante este tiempo, el saco embarazada a una antigua novia, ella le pidió que reconociera al niño. Se caso por iniciativa de ella, al año decidió tener su primer hijo ya que se encontraba sola, su esposo no quería tener hijos todavía, a los cuatro años cuando todo iba muy mal, ella decidió tener su segundo hijo. No se arrepiente de esto, siente que fue una buena decisión.

### **Historia Familiar**

No tiene familiares que hallan padecido de enfermedades mentales.

### **Estado Mental**

Aspecto general:	Bien arreglada
Actividad motora:	Normal
Expresión del rostro:	Normal
Mímica:	Normal
Expresiones afectivas:	Normales
Ansiedad:	Ligera
Orientación espacial:	Buena
Orientación temporal:	Buena
Organización del pensamiento:	Buena
Alucinaciones:	No
Ideas delirantes:	No
Obsesiones y fobias:	No
Sentimientos de despersonalización	No
Atención voluntaria:	Buena
Atención espontánea:	Buena

### **Impresión Diagnóstica**

Eje 1: F63.8 Trastorno explosivo intermitente

Eje II: Ninguna  
Eje III: Ninguna  
Eje IV: V61.20 Problemas paternos – filiales  
Z63.8 Problemas conyugales (ex esposo)  
Eje V: 82 puntos

**Pruebas Aplicadas:**

**Escala de Depresión de Beck**

Inicio: 4  
Mitad: 10  
Final: 3

**IDARE**

**Ansiedad Estado**

Inicio: 50  
Mitad: 43  
Final: 47

**Ansiedad Rasgo:**

Inicio: 40  
Mitad: 43  
Final: 37

#### **Caso 4**

#### **Queja Principal**

"Me siento deprimida, frustrada en muchas ocasiones, ansiedad, dolor de espalda y circulación, bajo interés sexual y baja concentración".

#### **Información General**

Fecha de la 1era entrevista:	28 de marzo de 1998
Nombre:	Amable
Sexo:	Femenino
Estado Civil:	Unida
Edad:	37 años
Raza:	Latina
Nivel Educativo:	Bachiller
Religión:	Católica
Ocupación:	Ama de casa
Dirección:	Altos de las Acacias
Ingresos:	Depende del marido
Nivel de vida:	Medio

#### **Historia de la enfermedad actual**

Hace alrededor de 9 años, el padre de sus hijos fue encontrado en posesión de drogas, el consumía, pero últimamente se había dedicado a venderla, desde la casa, esta situación la ponía muy ansiosa. Al ir preso y salir bajo libertad condicional, esta decidió terminar la relación con él. Se unió con otro señor durante 6 años, este la celaba mucho y por último este le fue tremendamente infiel.

Hace como un año, perdió el trabajo, debido al cierre de la empresa, por la situación económica decidió buscar al padre de sus hijos para tratar de que este la ayudara con más dinero. El se encuentra alejado de las drogas y esta trabajando en una buena empresa. El padre de sus hijos, estaba viviendo con otra mujer al momento de esto, sin embargo, comenzaron a salir frecuentemente, la madre de este la visito para pedirle que dejara en paz a su hijo, ya que este se encontraba con compromiso, sin embargo, el se molesto con su madre y decidió mudarse con ella.

Hace como unos cinco meses, se enteraron que el caso de drogas por el cual había sido penado, sigue vigente, ya que el incumplió las pautas de la libertad condicionada, el dejó de asistir a las entrevistas semanales exigidas después de la invasión.

Ella siente que la vida es injusta, ya que el ha cambiado, esta situación actual, es la que la tiene como esta.

### **Historia de enfermedades anteriores**

Hace alrededor de 2 años, asistió a terapia de pareja con su antiguo marido por problemas conyugales.

### **Historia Personal**

Es la tercera de cinco hermanos, su padre fue un hombre responsable, trabajador, excelente padre, se puede contar con él, nos quiso mucho, es poco afectivo en sus expresiones, sin embargo, el afecto se le siente.

Su madre era de carácter firme, dura, no expresa afecto, pero fue buena madre, dada a sus hijos, era muy católica, la relación no fue muy abierta, no hubo confianza, más bien temor.

Con sus hermanos la relación fue siempre buena y cordial.

Se caso con el padre de sus hijos, esto no resultó por mucho tiempo, debido al consumo de drogas de este y la venta de la misma, se separaron.

Con su segundo esposo intentó tener hijos, sin embargo, ella estaba operada, él deseaba tener hijos, se hizo tratamientos, pero fracasaron, esto debilitó la relación.

### **Historia Familiar:**

No conoce de ningún familiar que haya padecido de problemas psicológicos.

### **Estado Mental**

Aspecto general:	Adecuado
Actividad motora:	Normal
Expresión del rostro:	Normal
Mímica:	Normal
Expresiones afectivas:	Ligeras
Ansiedad:	Moderada
Orientación espacial:	Buena
Orientación temporal:	Buena
Organización del pensamiento:	Buena
Alucinaciones:	No
Ideas delirantes:	No
Obsesiones y fobias:	No
Sentimientos de despersonalización	No
Atención voluntaria:	Regular

Atención espontánea: Regular

### **Impresión Diagnóstica**

Eje I: F32.9 Trastorno depresivo no especificado  
Eje II: Ninguna  
Eje III: Hipertensión arterial  
Eje IV: Z63.0 Problemas Conyugales  
Eje V: 75 puntos

### **Pruebas Aplicadas**

#### **Escala de Depresión de Beck**

Inicio: 9  
Mitad: 10  
Final: 3

#### **IDARE**

##### **Ansiedad Estado**

Inicio: 46  
Mitad: 46  
Final: 40

##### **Ansiedad Rasgo**

Inicio: 50  
Mitad: 46  
Final: 51

## **Caso 5**

### **Queja Principal**

"Quiero morirme, no valgo nada, mi marido me maltrata verbalmente, me insulta a diario, tengo miedo que me deje, no se que haría, creo que debería morirme"

### **Información General**

Fecha de la 1era entrevista:	2 de abril de 1998
Nombre:	Bella
Sexo:	Femenino
Estado Civil:	Casada
Edad:	40 años
Raza:	Latina
Nivel Educativo:	VI grado de primaria
Religión:	Católica
Ocupación:	Ama de casa
Dirección:	La Riviera
Ingresos:	Depende del marido
Nivel de vida:	Medio bajo

### **Historia de la enfermedad actual**

Desde hace como dos años se comenzó a sentir muy deprimida y ansiosa, su esposo no le presta atención, sus hijos no le aprecian, siente que todos están en su contra. Al morir la madre del esposo hace alrededor de un año, este se ha puesto muy grosero con ella, le reclama que no le atendió a su madre como debía. Hay una vecina que le intento golpear en una ocasión y su marido le continua hablando a esta vecina. La paciente cree que lo hace para fastidiarle. Duerme muy poco en las noches y durante el día esta con animo de nada. Esta muy preocupada por los estudio de su hijo varón, no esta bien en la escuela, su esposo no coopera con ella en nada. Hace algún tiempo atrás pensó en matarse (tirandose de un puente).

### **Historia de enfermedades anteriores**

Actualmente la paciente esta siendo medicada con Diacepam, por un Psiquiatra.

### **Historia Personal**

Fue dada en adopción al nacer, se entero de esto alrededor de los 8 años, el trato de sus padres adoptivos fue maltratador, le pegaban despiadadamente, en ocasiones le sacaron sangre por la forma violenta como le pegaban. Tenia que hacer todos los oficios en casa desde muy niña (5 años). A los 9 años se vino a vivir con una hermanastra a Panamá, su cuñado, el esposo de la hermana la

intento violar a los 10 años, no se lo permitió amenazándole con decírselo a su hermana. A los 12 años termino de escuela primaria y se puso a trabajar de empleada domestica, la señora para la cual trabajaba, la llevaba a la casa de la hermana los fines de semana, sin embargo, en una ocasión esta no pudo recogerla y su cuñado la llevo, no sin antes intentar violarla nuevamente, sin éxito.

A los 16 años, conoció a su esposo, el tenia 32 años, al año de conocerse se casaron, antes de casarse el intento tener relaciones con ella, sin, embargo ella no se lo permitió.

Tiene 3 hijos, una de 19 años, que esta casada, uno de 17 años, graduándose y una niña de 8 años. La de 19 años no termino la escuela debido a que salió embarazada. El de 17 años anda mal en la escuela.

Ellos tienen una tienda, su esposo trabaja muy duro, sin embargo, ella lo ayuda en todo, también trabaja en la tienda por algunas horas diarias, y hace los oficios de la casa, además de atender a sus hijos. No siente aprecio de su familia.

Luego de una pelea con su marido, decidió matarse, tirándose de un puente, pero fue algo momentáneo, cree que solo fue con el interés de llamar la atención de su esposo.

#### **Historia Familiar:**

No conoce de ningún familiar que haya padecido de problemas psicológico.

#### **Estado Mental**

Aspecto general:	Adecuado
Actividad motora:	Normal
Expresión del rostro:	Triste
Mímica:	Normal
Expresiones afectivas:	Ligeras
Ansiedad:	Moderada
Orientación espacial:	Buena
Orientación temporal:	Buena
Organización del pensamiento:	Bueno
Alucinaciones:	No
Ideas delirantes:	No
Obsesiones y fobias:	No
Sentimientos de despersonalización	No
Atención voluntaria:	Regular
Atención espontánea:	Regular

**Impresión Diagnóstica**

Eje 1: F34.1 Trastorno distímico  
F33.4 Trastorno depresivo mayor recidivante  
Eje II: F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia  
Eje III: Ninguna  
Eje IV: Z63.0 Problemas Conyugales  
Eje V: 50 puntos

**Pruebas Aplicadas:****Escala de Depresión de Beck**

Inicio: 48  
Mitad: 35  
Final: 23

**IDARE****Ansiedad Estado**

Inicio: 59  
Mitad: 42  
Final: 58

**Ansiedad Rasgo**

Inicio: 44  
Mitad: 62  
Final: 63

**Caso 6****Queja Principal:**

"Tengo un problema bien marcado para conservar amistades, vecinos, etc. Lo atribuyo a que tengo la autoestima baja y al palparlo las personas me menosprecian"

**Información General**

Fecha de la 1era entrevista:	1 de abril de 1998
Nombre:	Cordial
Sexo:	Femenino
Estado Civil:	Casada
Edad:	43 años
Raza:	Negra
Nivel Educativo:	II de Universidad
Religión:	Católica
Ocupación:	Ama de Casa
Dirección:	Altos de las Acacias
Ingresos:	Los de marido
Nivel de vida:	Medio

**Antecedentes del malestar actual:**

Desde hace como 15 años, se atiende con Psicología y Psiquiatría por depresión actualmente esta siendo medicada. Actualmente siente que sus vecinos no la aprecian, que le hacen desaires constantemente, esto la pone muy depresiva. He tenido problemas con sus vecinas de toda la vida.

**Historia de enfermedades anteriores:**

Desde hace 15 años ha sufrido de depresión y presión alta.

**Historia Personal:**

Es la séptima de diez hermanos, su padre es una persona que se lleva bien con todos el mundo, pero en casa era muy distinto, gritaba mucho, peleas constantes y discusiones, parecía que les tuviera rabia a todos ellos.

La madre es una persona muy callada, sufrida, habla poco, es muy buena, no tiene amistades y es muy ingenua. Ella tenía una tienda y las vecinas abusaban de ella, a veces le pretendían pegar, esto le producía mucha rabia.

El papá le ponía granos de arroz o de maíz al piso y los arrodillaba, con el fin de corregirlos, siempre estaba enojado y gritando en casa, su madre siempre callada. Mucho abuso de los hermanos mayores a los menores

Hace como diez años intento matarse, tomando pastillas, pero no paso nada, se sentía muy deprimida, su relación con su marido es muy buena,

### **Historia Familiar:**

Madre: Depresiva (medicada)

Hermana: Esquizofrénica (hospitalizada hace muchos años)

### **Estado Mental**

Aspecto general:	Bien arreglada
Actividad motora:	Normal
Expresión del rostro:	Normal
Mímica:	Normal
Expresiones afectivas:	Ligeras
Ansiedad:	Ligera
Orientación espacial:	Buena
Orientación temporal:	Buena
Organización del pensamiento:	Buena
Alucinaciones:	No
Ideas delirantes:	No
Obsesiones y fobias:	No
Sentimientos de despersonalización	No
Atención voluntaria:	Buena
Atención espontánea:	Buena

### **Impresión Diagnóstica**

Eje I:	F34.1 Trastorno distímico F33.4 Trastorno depresivo mayor recidivante F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
Eje II:	F60.31 Trastorno límite de la personalidad
Eje III:	Presión Alta
Eje IV:	Ninguno
Eje V:	55 puntos

**Pruebas Aplicadas:****Escala de Depresión de Beck**

Inicio: 16

Mitad: 4

Final: 2

**IDARE****Ansiedad Estado**

Inicio: 56

Mitad: 30

Final: 37

**Ansiedad Rasgo:**

Inicio: 61

Mitad: 57

Final: 47

**Caso 7****Queja Principal**

"Siento fuertes dolores de espalda que se generalizan al resto del cuerpo, mareos, debilidad en el cuello y toda la parte izquierda al caminar o ejecutar cualquier movimiento del cuello, adormecimiento y calambres en las piernas."

**Información General**

Fecha de la 1era entrevista:	Abril 1 de 1998
Nombre:	Clara
Sexo:	Femenino
Estado Civil:	Separada
Edad:	48 años
Raza:	Latina
Nivel Educativo:	III año de secundaria
Religión:	Católica
Ocupación:	Supervisora de taller
Dirección:	Juan Díaz
Ingresos:	\$ 350.00
Nivel de vida:	Medio bajo

**Antecedentes del padecimiento actual:**

Hace un año mientras viajaba en un bus sintió un fuerte dolor en la nuca, siento que se desmayaba, tuvieron que ayudarlo a bajar y montarla en un taxi, se fue al Seguro Social, Este dolor en la nuca es la primera señal que se le presenta, luego sigue el cuadro descrito anteriormente. Se le han practicado todo tipo de exámenes neurológicos, fisiológicos y ortopédicos, ha sido referida al servicio de salud mental de la institución, en la actualidad asiste a un grupo de terapia de relajación.

**Historia de Enfermedades Anteriores:**

La paciente nunca ha sido atendida por otros problemas psicológicos o físicos, otros que enfermedades ligeras.

**Historia Personal**

Fue la segunda del primer matrimonio de su padre, su madre murió al tener 4 años, no tiene recuerdos de ella, su padre se caso con esta señora a la cual detesta ya que en su niñez abuso físicamente de ella, constantes golpes y ofensas verbales. Sus hermanos, nunca la trataron bien, discusiones constantes y golpes por parte de ellos, su padre fue muy bueno con ella, nunca le pego y le llevaba cosas este murió a los 15 años de cáncer.

Al morir su padre, la madre la dejó en la casa sola y compró otra vivienda con el dinero del seguro, desde los quince años quedó sola, cerca vivía una tía paterna, la cual no tenía nada que ver con ella.

A los 16 años se casó con el padre de sus 4 hijos, fue muy feliz con él durante los años de matrimonio, murió en un accidente automovilístico durante un paseo familiar, todos iban en el carro.

Se mantuvo sola durante tres años, vivía con sus suegros, quienes la querían mucho, al decidir casarse nuevamente ellos la apoyaron en todo, al extremo de ser su suegro el que la entregó a su esposo.

Esta relación fue buena al principio, sin embargo, hace ocho años su marido comenzó una relación extra marital, se mantuvo unida a él por varios años, hasta que se cansó y lo echó de casa. Este le ha hecho la vida imposible, devaluándola ante sus hijos y amistades.

Hace dos años conoció a este otro señor con el cual está saliendo, alrededor de experimentar los primeros síntomas que la tienen incapacitada, este señor le pidió que formalizaran el compromiso

Actualmente sigue con él, ya que este es muy bueno y la ayuda en todo,

### **Historia Familiar**

No tiene familiares que hayan padecido enfermedades mentales.

### **Estado Mental**

Aspecto general:	Bien arreglada
Actividad motora:	Lenta
Expresión del rostro:	Normal
Mímica:	Normal
Expresiones afectivas:	Cansada
Ansiedad:	Moderada
Orientación espacial:	Buena
Orientación temporal:	Buena
Organización del pensamiento:	Buena
Alucinaciones:	No
Ideas delirantes:	No
Obsesiones y fobias:	No
Sentimientos de despersonalización	No
Atención voluntaria:	Buena
Atención espontánea:	Buena

**Impresión Diagnóstica**

Eje I: F45.4 Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica, crónico  
F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia  
Eje II: Ninguna  
Eje III: Problemas de columna  
Eje IV: Z63.0 Problemas conyugales  
Eje V: 45 puntos

**Pruebas Aplicadas:****Escala de Depresión de Beck**

Inicio: 14  
Mitad: 5  
Final: 5

**IDARE****Ansiedad Estado**

Inicio: 41  
Mitad: 36  
Final: 36

**Ansiedad Rasgo**

Inicio: 29  
Mitad: 32  
Final: 29

**Caso 8**  
**Queja Principal**

"Me siento muy deprimida, no tengo animo de nada, me cuesta dormir en las noches, estoy muy alterada de los nervios, por nada lloro. Todo se me ha complicado, siento que no voy a poder con todo este problema de mi divorcio"

**Información General**

Fecha de la 1era entrevista:	Abril 1 de 1998
Nombre:	Tranquila
Sexo:	Femenino
Estado Civil:	Casada
Edad:	43 años
Raza:	Latina
Nivel Educativo:	Bachiller en Letras
Religión:	Católica
Ocupación:	Ayudante de laboratorio
Dirección:	Los Caobos
Ingresos:	\$ 450.00
Nivel de vida:	Medio bajo

**Antecedentes de la enfermedad actual:**

Desde hace 16 años se casó, el siempre la a maltratado física y psicológicamente, constantes infidelidades, enfermedades de contagio sexual, golpes y abuso económico. Su esposo consume mucho alcohol y cocaína, llega regularmente en la madrugada y pretende tener relaciones con ella a la fuerza. Su hijo esta siendo afectado por esta situación, su rendimiento académico a disminuido notablemente.

La situación en los dos últimos años se ha empeorado, debido a que el marido mantiene en la actualidad una relación extra marital permanente, la única responsable física y económicamente de su hogar es ella.

Al llegar el marido borracho esto la altera, incluso en su trabajo solo piensa en esta situación, llora constantemente, siente que el la controla física y mentalmente.

**Historia de enfermedades anteriores:**

Nunca a recibido tratamiento psicológico por este u otro problema emocional.

**Historia Personal:**

Es la segunda de cuatro hermanos, nunca tuvo buenas relaciones con sus hermanos varones, con su hermana su relación fue muy cordial, en la actualidad no se comunica con sus hermanos.

Su padre siempre estuvo ausente, sumamente irresponsable con su madre e hijos, cuando llegaba a la casa había que esconderse, golpeaba y maltrataba a la madre de la paciente al igual que a ella y a sus hermanos. En la actualidad no existe un trato con él.

Su madre durante mucho tiempo estuvo empleada en casa de familia acá en la capital por tal motivo solo la veía de vez en cuando. Era buena madre, sin embargo, nunca desarrollo una relación apropiada con ella, debido a la distancia.

Fue criada por una madrina y el marido de esta, no le trataban bien, siempre golpes e insultos.

Estuvo unida con un señor, del cual tiene un hijo adulto, esta relación al igual que la actual era de abusos físicos y verbales.

**Historia Familiar**

No conoce de ningún familiar que haya padecido de enfermedades mentales.

**Estado Mental**

Aspecto general:	Bien arreglada
Actividad motora:	Normal
Expresión del rostro:	Triste
Mímica:	Normal
Expresiones afectivas:	Tristeza
Ansiedad:	Moderada
Orientación espacial:	Buena
Orientación temporal:	Buena
Organización del pensamiento:	Buena
Alucinaciones:	No
Ideas delirantes:	No
Obsesiones y fobias:	No
Sentimientos de despersonalización	No
Atención voluntaria:	Regular
Atención espontánea:	Regular

**Impresión Diagnóstica**

Eje 1: F34.1 Trastorno distímico  
F33.0 Trastorno depresivo mayor recidivante  
Eje II: Ninguna  
Eje III: Artritis  
Eje IV: Z63. 0Problema Conyugal  
Eje V: 55 puntos

**Pruebas Aplicadas:****Escala de Depresión de Beck**

Inicio: 34  
Mitad: 10  
Final: 7

**IDARE****Ansiedad Estado**

Inicio: 58  
Mitad: 58  
Final: 55

**Ansiedad Rasgo:**

Inicio: 51  
Mitad: 58  
Final: 51

**Caso 9****Queja Principal**

"Tengo miedo de salir sola, al encontrarme en un lugar abierto público, siento que me desmayo, me pongo muy ansiosa, las manos me sudan, tengo que retirarme inmediatamente, ya casi no salgo, además me cuesta dormir, me paso días que no logro conciliar el sueño, luego en el día tengo mucho sueño"

**Información General**

Fecha de la 1era entrevista:	28 de marzo de 1998
Nombre:	Positiva
Sexo:	Femenino
Estado Civil:	Unida
Edad:	51 años
Raza:	Latina
Nivel Educativo:	III año de modistería
Religión:	Católica
Ocupación:	Operaria
Dirección:	Los Robles
Ingresos:	\$ 300.00
Nivel de vida:	Medio

**Historia de la Enfermedad Actual**

Hace alrededor de dos años, comenzó a sentir que al salir le sudaban las manos y se sentía ansiosa, esta situación le molestaba y comenzó a evitar salir, luego las crisis fueron mayores, tenía miedo de desmayarse o morir, luego no puede dormir bien, casi no duerme, se pasa días sin cerrar los ojos, su esposo es muy hiriente cuando se refiere a ella, esto le causa mucho disgusto, ya que no le dice lo que se merece. Este la ofende con palabras sucias y la larga de la casa a menudo.

**Historia de Enfermedades Anteriores**

Nunca ha sido atendida por problemas psicológicos anteriormente, en la actualidad llevo referida al programa de relajación por salud ocupacional, debido a sus dolores de espalda, esta actualmente incapacitada de trabajar.

**Historia Personal**

Su madre murió cuando tenía dos años, fue criada, por una madrastra y su padre de la paciente nacer. Solo tiene un hijo, de su primer matrimonio, el cual se acaba de casar. Su relación con su esposo no es buena.

De niña, no siente que fue feliz, su padre y madrastra le pegaban mucho. Tiene un hermano de Padre y madre y 3 hermanos de padre, su relación con ellos no es buena, casi no se ven, realmente siempre fue así.

### **Historia Familiar**

No conoce de ningún familiar que haya padecido de problemas psicológico.

### **Estado Mental**

Aspecto general:	Adecuado
Actividad motora:	Normal
Expresión del rostro:	Cansado
Mímica:	Normal
Expresiones afectivas:	Normales
Ansiedad:	Normal
Orientación espacial:	Buena
Orientación temporal:	Buena
Organización del pensamiento:	Bueno
Alucinaciones:	No
Ideas delirantes:	No
Obsesiones y fobias:	No
Sentimientos de despersonalización	No
Atención voluntaria:	Regular
Atención espontánea:	Regular

### **Impresión Diagnóstica**

Eje 1:	F40.01 Ataque de Pánico con agorafobia F43.20 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
Eje II:	Ninguna
Eje III:	Artritis
Eje IV:	Z63.0 Problemas Conyugales
Eje V:	50 puntos

**Pruebas Aplicadas:****Escala de Depresión de Beck**

Inicio: 11

Mitad: 19

Final: 8

**IDARE****Ansiedad Estado**

Inicio: 52

Mitad: 47

Final: 48

**Ansiedad Rasgo:**

Inicio: 51

Mitad: 49

Final: 39

**ANEXO 2  
SOLICITUD**

1 de abril de 1998

Doctor  
**MIGUEL MEZA**  
Gerente de Servicios de  
Atención Primaria  
Policlínica J.J. Vallarino  
Caja del Seguro Social

Estimado Dr. Meza:

Por este medio le deseamos éxito en sus muy delicadas funciones y a la vez aprovechamos la oportunidad para solicitarle su apoyo en el desarrollo de nuestra investigación para optar por el título de Maestría en Psicología Clínica.

Dicha investigación consiste en desarrollar un programa de intervención clínica con pacientes depresivos y ansiosos. El programa tiene una duración de 15 sesiones, una sesión por semana, de aproximadamente 1 hora por sesión. El programa ha sido desarrollado en George Washington University Medical Center. Los estudios de validez y eficiencia muestran un alto índice de recuperación y porcentajes muy bajos de recaídas.

Para evaluar la eficacia de nuestra intervención aplicaremos Escalas de Depresión y Ansiedad, las medidas serán al inicio, en medio y final del tratamiento.

Contamos con la supervisión y apoyo de los Doctores José Flores, Coordinador del Equipo de Salud Mental, Graciela Mabel Alvarez de Hamed y Maritza de Palacios, Psicólogas Clínicas.

Agradeciéndole de antemano su cooperación, quedamos de usted,

Atentamente,

**LIC. ROLANDO JAÉN**  
PSICÓLOGO  
C.I.P. NO. 920

c/c: Dr. Cirilo Lawson  
Director Médico

### ANEXO 3

#### COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE COMPETENCIAS DE AFRONTAMIENTO

Por este medio los participantes y los responsables del programa piloto de Competencia de Afrontamiento se comprometen a lo siguiente.

El participante acepta las siguientes condiciones:

- 1) las sesiones pueden ser grabadas por medios audio visuales
- 2) asistir a las 15 sesiones
- 3) llegar a tiempo a las sesiones
- 4) completar la tareas para la casa que se le asignen
- 5) mantener la confidencialidad de los otros participantes y de sus problemas
- 6) participar lo mejor que pueda.

Por otra parte el Licenciado Rolando Jaén con cédula No. 8-425-561 se compromete a:

- 1) tratar a cada participante con el respeto y consideraciones que su calidad de paciente requiere
- 2) mantener la confidencialidad de los participantes y de los problemas tratados
- 3) utilizar los resultados con fines investigativos exclusivamente
- 4) revelar los resultados de la investigación de forma que la identidad de los participantes sea mantenida en reserva.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Terapeuta: Lic. Rolando Jaén  
C.I.P. 920

## **ANEXO 4**

### **REUNIÓN DE INTRODUCCIÓN AL PROGRAMA DE COMPETENCIAS DE AFRONTAMIENTO**

Como se llama: **PROGRAMA DE COMPETENCIAS DE AFRONTAMIENTO**

#### **DE QUE SE TRATA:**

1. De enseñar a los pacientes estrategias para resolver problemas independientemente.
2. Estas estrategias incluyen técnicas para comprender las bases de muchos de sus problemas.
3. Proporciona herramientas para abordar los problemas y reducir la ansiedad y depresión.
4. Ayudar a los pacientes a lograr el control de sus vidas.
5. Entrenamiento de competencias de auto ayuda.

**POR QUE SE LE SELECCIONÓ:** elevar la estima de los participantes y su compromiso hacia el programa.

**DURACIÓN:** 15 sesiones de aproximadamente 1 1/2 horas, una vez por semana. La séptima y la última sesión esta programadas para la evaluación individual de cada participante. Las sesiones se llevaran a cabo en la Policlínica J. J. Vallarino a las 7:00 a.m. los días miércoles en el consultorio 229.

#### **VENTAJAS DEL GRUPO:**

1. **Aprendizaje Vicario:** observar a otros realizar las técnicas.
2. **Promover la independencia:** anima al paciente a confiar en otras personas a parte del terapeuta.
3. **Aprendizaje de los compañeros:** Al darse cuenta que otras personas padecen problemas similares y formas de afrontarlo diferentes a las suyas, contribuye a disminuir los sentimientos de aislamiento y desesperación.

4. **Ayudar a otros:** proporciona la oportunidad de sentirse útil.
5. **Compromiso público:** El hecho de declarar la intención de cambio de la persona al grupo incrementa la probabilidad de que el cambio ocurra.
6. **Estímulo a través del éxito de otros:** El ver a otros superar sus problemas tiene un carácter inspirador.

#### **MITOS SOBRE INTERVENCIONES GRUPALES:**

1. **Tocar y sentir:** No se obliga a nadie a hacer lo que no quiera. El ambiente es como de un salón de clases, es una experiencia didáctica.
2. **Menor costo menor efectividad:** Este programa a mostrado una mas alta eficacia que la atención individual en poblaciones moderadamente deprimidas y ansiosas en los Estados Unidos.
3. **Problemáticas idénticas:** Este programa esta especialmente diseñado para la participación de personas con problemas algo diferentes.
4. **Miedo a ser regañados en público:** El formato de este programa esta rígidamente estructurado y no permite críticas espontáneas e inadecuadas por parte de los terapeutas u otros participante.

#### **COMPROMISOS DE LOS PARTICIPANTES:**

1. **Asistencia:** cada sesión se construye sobre la base de las sesiones anteriores. Cada participante es importante no solo para su recuperación sino para la de los otros miembros.
2. **Puntualidad:** Al inicio de cada sesión se revisan las tareas asignadas la sesión anterior y se explica lo programado para la presente sesión.
3. **Tareas para la casa:** el realizar las tareas asignadas afianza el aprendizaje. Estas pueden ser llevar registros de actividades, practicas de ejercicios aprendidos en las sesiones, lecturas obligatorias y sugeridas. (todo el material será suministrado)
4. **Sistema de compañerismo:** se emparejaron al azar con otro miembro del grupo y se comprometen a mantener contacto telefónico con su compañero asignado con el objeto de reforzarse la realización de las tareas y servir de apoyo. Tiene como objetivos: a) recordar al participante que esta comprometido

con un programa de cambio que va más allá de las sesiones semanales. b) sensación de pertenencia y camaradería con al menos otro miembro del grupo y c) fuente de apoyo otra que los terapeutas.

**5. Confidencialidad:** esencial para el éxito del grupo, los participantes deben sentirse cómodos y seguros al revelar detalles de sus vidas. Esta prohibido el revelar los nombres y problemática de sus compañeros.

**6. Participación:** Se estimula a los participantes a ser tan activos como sea posible. Las investigaciones demuestran que los participantes más activos obtienen mayores beneficios del programa.

**7. Fianza:** para estimular la asistencia, puntualidad, contactos con los compañeros y ejecución de tareas. Posiblemente multas pequeñas que puedan ser utilizadas para una fiesta de finalización del programa.

**8. Contrato y Registro de Asistencia / Rendimiento:** se llenan las fechas durante esta reunión y se explica su uso.

## **ANEXO 5**

### **ENTRENAMIENTO EN COMPETENCIAS DE AFRONTAMIENTO RESUMEN DE SESIONES**

#### **MODULO DE RELAJACIÓN**

##### **Sesión de Evaluación (abril 1, 1998)**

En esta sesión se procedió a aplicar las escalas de Depresión de Beck, la Escala IDARE y 16 pf, además se le pidió a los participantes que llenaran para la próxima semana el Pre-Cuestionario

##### **Primera Sesión (abril 8, 1998)**

Se practicaron dos dinámicas con el grupo, la primera la de presentarnos por el Nombre propio y damos un calificativo que comenzase con la primera letra del Nombre, el segundo ejercicio fue el del secreto, cada persona escribió de forma anónima un secreto o situación que le resultase incomodo expresar directamente al grupo, luego de forma azarosa, otro participante leyó el secreto como si fuese propio, dándole emotividad. (el grupo se revelo más de lo esperado)

Se le enseñó al grupo la técnica de relajación Benson, concentrándonos en la respiración, imaginándonos la palabra uno con el objeto de enfocar el pensamiento, la experiencia resulto agradable para los miembros del grupo.

##### **Tareas**

1. Se le asignaron lecturas para la próxima sesión del libros Tus zonas erróneas.
2. Se le asigno un compañero con el cual debía comunicarse una vez a la semana.
3. Practicar el ejercicio de relajación 2 veces al día durante 5 minutos, registrar el ejercicio en el formulario designado.

##### **Segunda Sesión (abril 15, 1998)**

1. Se le introdujo al grupo el concepto de Unidades Subjetivas de Malestar (USM)
2. Se esquematizo en un cartón la escala (la misma se colocó en el salón)
3. Se le enseñó al grupo la técnica de Relajación Muscular Profunda (RMP)

El grupo manifestó un incremento en la tensión luego del ejercicio de relajación, se le explicó que este incremento era normal.

##### **Tareas**

1. Practicar una vez al día la Respuesta de Relajación de Benson (5 min.)
2. Practicar una vez al día la Relajación Muscular Profunda (15 min.)
3. Registrar los ejercicios
4. Lecturas de Tus Zonas Erroneas

5. Traer 5 situaciones de la semana en que nos hayamos sentido ansiosos o deprimidos.
6. Comunicarse con el compañero

## **MODULO DE REESTRUCTURACIÓN COGNOCITIVA**

### **Sesión 3 (abril 22, 1998)**

Se presento el concepto de pensamientos automáticos negativos, el grupo participo bastante con experiencias personales, la sesión fue muy animada, se revisaron las tareas, el grupo esta leyendo sin embargo solo Carmen, Anayansi, Aleida , Ana y Claudina son las únicas que están llevando sus registros como debe ser.

La Lic. Palacios condujo al grupo a la experiencia de relajación con escena placentera y la escena de control.

#### **Tareas**

1. Traer 5 a 10 situaciones ansiogenas o depresivas
2. Practicar la relajación y registrarla
3. Leer los capítulos finales del material fotocopiado
4. Contactar al compañero.

### **Sesión 4 (abril 29, 1998)**

Se introdujo el Paradigma ABCDE de Ellis, a través de cartulinas y se trabajaron ejemplos de situaciones difíciles ubicándolas dentro del Paradigma, No se realizo relajación durante el día de hoy. Solamente llegaron cuatro participantes a esta sesión.

### **Sesión 5 (mayo 6, 1998)**

Se repaso el paradigma ABCDE de Ellis, con el resto de los participantes, La Sra. Edita presento una situación por la que esta pasando (divorcio, enfermedad de la madre, fracaso escolar del hijo, próxima cirugía) y la ubicamos dentro del paradigma, Ana comento sobre su experiencia de divorcio, la señora Edita se sintió aliviada. La señora Enelda comento sobre el matrimonio del hijo y de sus sentimientos de tristeza, la Señora Claudina sigue con sus dolores de cuello, espalda y piernas, sin embargo, se esta forzando a no quedarse en casa y venir a las sesiones, hoy manifestó que logro subir la escalera sin apoyarse de la pared o de otras personas. Aleida se encuentra ansiosa debido a sus exámenes, se queja de falta de tiempo para poder prepararse adecuadamente.

Se le recomendaron a las participantes mantenerse leyendo, haciendo sus ejercicios de relajación, comunicándose con sus compañeros, se le pidió que para la próxima reunión trajeran una situación en donde hayan utilizado el modelo de Ellis.

Se les menciono sobre la semana de evaluación individual, la que será del 18 al 22 de mayo de 1998. Las sesiones individuales las realizaremos en el consultorio de la Dra. Alvarez.

**Sesión 6 (mayo 13, 1998)**

Se repasaron todos los conocimientos de la reestructuración cognitiva incluyendo el paradigma de Ellis, Carmen dio un ejemplo personal donde utilizo la reestructuración cognitiva con sus vecinos y le resulto exitosa, Aleida refirió un incidente con el marido donde no le dio la taquicardia, hubo mucha risa durante la sesión, siento que los participantes se sienten mejor y más confiados en el grupo

**Sesión 7 (Mayo 18 AL 22 EVALUACIÓN INDIVIDUAL)**

Se realizaron entrevista individuales con el objeto de revisar las metas propuestas al inicio del tratamiento, problemas personales que no hubiesen salido durante las sesiones de grupo, y se le aplico las escalas de depresión y de ansiedad

**MODULO DE ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD****Sesión 8 (mayo 27, 1998)**

Introducción del modulo de entrenamiento en asertividad, se explicaron las definiciones de conducta no asertiva, conducta agresiva y conducta asertiva. Se dieron ejemplos proporcionados por los participantes.

En la sesión de hoy se incorporaron tres nuevas participantes: Nancy, Lucy y Eneida. La Sra. Lucy tuvo una participación muy activa, dando un ejemplo de una situación, los participantes tuvieron la oportunidad de contactar a través de este ejemplo una conducta agresiva. Aleida, dio una muestra de la manera asertiva de enfrentar una situación similar.

Se explicaron con lujo de ejemplos los componentes de la Asertividad: Contacto visual, Tono de Voz, Postura, Expresión Facial, Tiempo (momento) y Contenido.

Entre las tareas se le pidió a los participantes que para la próxima sesión trajeran situaciones en donde fuese necesario una conducta asertiva por parte de los participantes.

**Sesión 9 (Junio 3, 1998)**

Durante esta sesión se expusieron dos técnicas de entrenamiento en asertividad, 1) Disco Rayado y 2) Pantalla de Niebla o Desarme.

Se repartieron dos ejemplos de situaciones y se invito a los presentes a participar, la participación fue esplendida por parte del grupo.

En esta sesión, se incorporaron tres nuevas personas al grupo: Aura, Maria Teresa y un Señor.

Se le pidió que para la próxima sesión trajeran situaciones reales de sus vidas en donde hubiesen querido ser más asertivos.

**Sesión 10 (Junio 10, 1998)**

Durante esta sesión se le explicaron las técnicas de asertividad: 1) mensajes en YO y 2) escucha activa.

La Sra. Ana relato una situación con su jefe en donde utilizo la técnicas del desarme y el disco rayado, la Sra. Lucy también relato una situación en donde debió utilizar técnicas asertivas con su hija la cual se fue de la casa a vivir con unas amigas.

Una nueva participante se integro al grupo, muy ansiosa y deprimida por la enfermedad de Alzheimer de su madre.

Se le dieron las tareas para casa de lectura.

### **Sesión 11 (junio 17, 1998)**

Durante esta sesión: Asistencia, comentarios de las tareas asignadas, solicitar a los miembros del grupo que relaten alguna situación en donde hayan sido asertivos o hubiesen deseado serlos.

Se repasaron las técnicas: 1) Disco rayado, 2) Desarme o Cortina de humo, 3) Mensajes en YO y 4) Escucha activa

Se explicó como emplear las técnicas de reestructuración cognitiva como ayuda para promocionar el comportamiento asertivo en situaciones emocionalmente difíciles

Se introdujo el tema de la resolución de conflictos y como este se relaciona con otros temas tratados anteriormente.

Se trabajo con Role Playing algunas situaciones sugeridas por los participantes.

Feedback de los participantes y se asignaron las siguientes tareas para casa

1. Relajación
2. Practicar las técnicas asertivas en las situaciones reales
3. Contactar al compañero asignado
4. Revisar hojas de metas personales

## **MODULO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

### **Sesión 12 (junio 24, 1998)**

Asistencia, comentarios de problemas encontrados en las tareas, se hizo una exposición dialogada acerca de los pasos involucrados en la resolución de problemas, se repartió material que contenía este. Se realizo a través de u Role Play una ilustración de cómo utilizar la técnica antes explicada.

Se trabajo algo en las metas individuales de cada cual, feedback al terapeuta y se asignaron las siguientes tareas:

- Traer un problema en donde se utilizo la técnica
- Hacer los registros de relajación
- Contactar con el compañero

### **Sesión 13 (julio 1, 1998)**

1. Asistencia

2. Revisión de tareas
3. Problemas presentados en la semana
4. Lista de problemas para resolver con la técnica de resolución de problemas, de parte de todos los miembros.
5. Generar alternativas a uno de los problemas planteados por los demás miembros del grupo.
6. El dueño del problema asigna puntuación a las diferentes alternativas propuestas (1 al 5)
7. Anticipar fin del programa para la próxima semana
8. Programar citas individuales a partir del viernes
9. Sesión final el 8 de julio

#### **Sesión 14 (julio 8, 1998)**

Durante esta sesión estuvimos uniéndolo todo, aclarando dudas y compartiendo de manera muy casual con los participantes. Dejar claro que las técnicas y habilidades adquiridas deben de ser utilizadas en problemas futuros y propiciando la confianza en el desenvolvimiento personal de cada cual. Brindis

#### **Sesión 15 (julio 8 A 10 EVALUACIONES INDIVIDUALES FINALES)**

Entrevista clínica

Aplicación de pruebas

## **ANEXO 6**

### **Escala de Depresión de Beck**

Se ha desarrollado un buen número de tests objetivos, como auxiliares del diagnóstico de la depresión. Los tests varían en cuanto a diseño y contenido, y, habitualmente, se ven muy influenciados por variaciones reales o percibidas en la forma de expresión en las diferentes culturas. Los médicos deberían encontrar útil comunicarse con psiquiatras o psicólogos locales a fines de determinar cuáles son los tests objetivos específicos que se han empleado con mejores resultados dentro de sus respectivas comunidades.

Un test ampliamente usado fue diseñado por el Dr. Aaron Beck en el final de la década del '50, para su empleo en investigación y en la práctica médica. Desde entonces, este Cuestionario de Depresión, exhaustivamente estudiado y validado, ha crecido en su aceptación y uso internacional. Aquí se lo comentará en detalle, para mostrar cómo se desarrollan y aplican tales tests, y cómo pueden ayudar al médico privado para evaluar la presencia y gravedad de una depresión. De todas maneras, cualquier test que sea empleado debe ser útil para los siguientes puntos.

#### **Utilidad clínica de los tests objetivos**

- 1. Para confirmar o ayudar a descartar la intensidad de una depresión.**
- 2. Para determinar la intensidad de una depresión.**
- 3. Para dar un parámetro de base para poder evaluar logros terapéuticos.**

4. Para ayudar a explicar al paciente y el grupo familiar del paciente la naturaleza e intensidad de la enfermedad.
5. Para recalcar al paciente los aspectos médicos objetivos de la enfermedad.
6. Para evaluar, a través de repeticiones periódicas del test, la eficacia del tratamiento.
7. Para demostrarle objetivamente al paciente su mejoría -o ausencia de mejoría.
8. Para fines de argumentación cuando se propone la derivación.

#### Instrucciones para el entrevistador para la aplicación del Cuestionario de Depresión de Beck

Se han preparado las siguientes instrucciones con el fin de estandarizar la aplicación del Cuestionario de Depresión. Es importante que se sigan en orden estas instrucciones, para proporcionar uniformidad -y reducir al mínimo la influencia del entrevistador.

#### Rutina de aplicación:

Diga al paciente: "Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor cómo se ha sentido en la Última SEMANA, incluyendo HOY".

En ese momento alcance una copia del cuestionario al paciente y dígame: "Aquí tiene una copia para que pueda seguirme mientras leo". Lea el grupo entero de afirmaciones en la primera categoría (no lea los números que

aparecen a la izquierda de las afirmaciones); luego diga: "Ahora elija una de la afirmaciones que describa mejor cómo se-ha sentido en-la ULTIMA SEMANA, incluyendo HOY".

Si el paciente indica su elección respondiendo mediante un número, vuelva a leer la afirmación que -corresponda con el número dado por el paciente, con el fin de evitar confusión sobre cuál de las afirmaciones fue elegida. Cuando el paciente dice "la primera afirmación", puede querer decir 0 ó 1. Después que se haga evidente que el paciente entiende el sistema de numeración, será suficiente la -respuesta numérica para indicar su elección.

Instrucciones adicionales:

- A. Verifique que cada elección sea efectivamente la elección del paciente y no palabras que usted haya repetido. Haga que el paciente exprese, por su cuenta, cuál afirmación ha elegido.
- B. Si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que se ajustan a la forma en que se siente, entonces anote el mayor de los valores.
- C. Si el paciente indica que la forma en que se siente está entre 2 y 3, siendo más que 2, pero no justamente 3, entonces anote el valor al cual se acerque más, 02.
- D. Generalmente el entrevistador debe leer en voz alta las afirmaciones que -se encuentran en cada categoría. A veces el

paciente toma la iniciativa y empezará a leer en silencio las afirmaciones en una categoría, adelantándose al entrevistador, y empieza a dar las afirmaciones elegidas. Si el paciente está atento y parece inteligente, deje que lea en silencio las afirmaciones y que haga su elección. Dígale al paciente que, si está **seguro de leer** todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir, entonces podrá leer en silencio. Sea diplomático y tenga tacto para alentar al paciente para que reflexione suficientemente antes de elegir.

- E. El puntaje de depresión obtenido debe asentarse en una hoja de registro. Simplemente corresponde a la suma de las mayores cargas de respuesta seleccionadas en -cada grupo de afirmaciones del 1 al 21. La carga es el valor numérico que figura al lado de cada afirmación.
  
- F. El grupo 19 (pérdida de peso) fue concebido para explorar un síntoma anorexígeno. Si el paciente responde afirmativamente a la siguiente pregunta: "Está tratando de perder peso comiendo menos?" el puntaje de ese grupo **no** debe agregarse al puntaje total.

**Clasificación del puntaje:**

**No existe ningún puntaje arbitrario que pueda emplearse a los efectos de**

punto límite. El punto límite específico depende tanto de las características de los pacientes del muestreo como del propósito con el cual se está empleando el cuestionario. Aun así, pueden emplearse los siguientes puntajes como modelo.

**0-9** Rango normal.

**10-15** Depresión leve.

**16-19** Depresión leve-moderada.

**20-29** Depresión moderada-severa.

**30-63** Depresión severa.

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

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

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cual de las afirmaciones del siguiente grupo describe mejor sus sentimientos durante la *ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY*. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.*

- 1 0 No me siento triste
  - 1 Me siento triste.
  - 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
  - 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
  
- 2 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
  - 1 Me siento desanimado de cara al futuro.
  - 2 Siento que no hay nada por lo que luchar
  - 3 El futuro es desesperanzados y las cosas no mejorarán.
  
- 3 0 No me siento como un fracasado.
  - 1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
  - 2 Cuando miro hacia atrás, lo único que miro es un fracaso tras otro.
  - 3 Soy un fracaso total como persona.
  
- 4 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
  - 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
  - 2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
  - 3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.
  
- 5 0 No me siento especialmente culpable.
  - 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
  - 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
  - 3 Me siento culpable constantemente.
  
- 6 0 No creo que esté siendo castigado.
  - 1 Siento que quizá estoy siendo castigado.
  - 2 Espero ser castigado.
  - 3 Siento que estoy siendo castigado.

- 7    0 No estoy descontento de mí mismo.  
      1 Estoy descontento de mí mismo.  
      2 Estoy a disgusto conmigo mismo.  
      3 Me detesto.
- 8    0 No me considero peor que cualquier otro.  
      1 Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.  
      2 Continuamente me culpo por mis faltas.  
      3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9    0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
      1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.  
      2 Desearía poner fin a mi vida.  
      3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.
- 10   0 No lloro más de lo normal.  
      1 Ahora lloro más que antes.  
      2 Lloro continuamente.  
      3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 11   0 No estoy especialmente irritado.  
      1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
      2 Me siento irritado continuamente.  
      3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
- 12   0 No he perdido el interés por los demás.  
      1 Estoy menos interesado en los demás que antes.  
      2 He perdido gran parte del interés por los demás.  
      3 He perdido todo interés por los demás.
- 13   0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.  
      1 Evito tomar decisiones más que antes.  
      2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.  
      3 Me es imposible tomar decisiones.
- 14   0 No creo tener peor aspecto que antes.  
      1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.  
      2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.  
      3 Creo que tengo un aspecto horrible.

- 15 0 Trabajo igual que antes.  
 1 Me cuesta más esfuerzo que lo habitual comenzar a hacer algo.  
 2 Tengo que obligarme a mi mismo para hacer algo.  
 3 Soy incapaz de llevar a cabo alguna cosa.
- 16 0 Duermo tan bien como siempre.  
 1 No duermo tan bien como antes.  
 2 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.  
 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.
- 17 0 No me siento más cansado de lo normal.  
 1 Me canso más que antes.  
 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.  
 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18 0 Mi apetito no ha disminuido.  
 1 No tengo tan buen apetito como antes.  
 2 Ahora tengo mucho menos apetito.  
 3 He perdido completamente el apetito.
- 19 0 No he perdido peso últimamente.      Estoy tratando intencionalmente  
 1 He perdido más de 2 kilos.              De perder peso comiendo menos.  
 2 He perdido más de 4 kilos.              Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 3 He perdido más de 7 kilos.
- 20 0 No estoy preocupado por mi salud.  
 1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc; el malestar de estómago o los catarrros.  
 2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.  
 3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
- 21 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.  
 1 La relación sexual me atrae menos que antes.  
 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.  
 3 He perdido totalmente el interés sexual.

## **ANEXO 7**

### **IDARE**

#### **Descripción, Aplicación y Calificación**

El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, versión en Español del STAI (State Trait-Anxiety Inventory) constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1. La llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo), y 2. La llamada Ansiedad-Estado (A-Estado). Aun cuando originalmente se desarrolló este inventario para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, se ha demostrado que es también útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y de bachillerato, tanto como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos.

La escala A-Rasgo del inventario de la ansiedad consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja, una de un lado y la otra del otro. La escala A-Rasgo puede ser utilizada como instrumento de investigación en la selección de sujetos que varíen en su disposición a responder a la tensión psicológica con niveles de intensidad distintos A-Estado. Los investigadores pueden utilizar la escala A-Estado para determinar los niveles reales de intensidad de A-Estado inducidos por procedimientos experimentales de tensión, o bien como un índice del nivel de pulsión

(P), tal como este concepto es definido por Rulí (se refiere al concepto de drive (D) de Hulé, 1943 & Spence, 1958). Se ha demostrado que las calificaciones obtenidas en la escala A-Estado, se incrementan en respuesta a numerosos tipos de tensión y disminuyen como resultado del entrenamiento en relajación.

El IDARE también ha resultado útil en el trabajo clínico. La escala A-Rasgo es utilizada para la identificación de estudiantes de bachillerato y profesional, que sean propensos a la ansiedad; y para evaluar el grado hasta el cual, los estudiantes que solicitan los servicios de consejo psicológico o de orientación, son afectados por problemas de ansiedad neurótica. La escala A-Estado es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por clientes y pacientes en orientación, psicoterapia, terapéutica del comportamiento o en los pabellones psiquiátricos. Puede también utilizarse para medir los cambios de intensidad en A-Estado que ocurren en estas situaciones. Las características esenciales que pueden evaluarse con la escala A-Estado involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

Una versión anterior del STAI ha sido descrita y evaluada por Levitt (1969) en su libro: La Psicología de la Ansiedad. En un capítulo acerca de la medición experimental de la ansiedad, Levitt compara y contrasta el STAI con otros instrumentos psicológicos que han sido desarrollados como medidas de la ansiedad.

Los puntajes arriba de cincuenta muestran ansiedad.

## **ANEXO 8**

### **El Concepto de Unidades Subjetivas de Malestar (USM)**

Este sirve como medio para desarrollar un lenguaje común que permita ayudar a los miembros del grupo a comunicar niveles personales de tensión. Se presenta la escala de Unidades Subjetivas de Malestar (USM) (Wolpe y Lazarus, 1966). Los miembros del grupo intentan visualizar una escala de intervalos iguales con 100 puntos, similar a un termómetro. Esta escala tiene sus extremos en 1 y 100, que serían los estados de relajación total y tensión total respectivamente. (Para *algunas* personas, -el primer punto es el equivalente a estar lo suficientemente relajado como para dormirse.) Esta escala es ordinaria; es decir, cada punto es equidistante del siguiente (ej.: la distancia entre 29 y 30-es la misma entre 86 y 87). Una vez que se da esta explicación, cada miembro del grupo debe dar a su vez un número que describa su nivel actual de tensión subjetiva. Se explica que estas descripciones numéricas son totalmente subjetivas, y que los 25 puntos un miembro pueden ser 60 para otro. El nivel de USM de cada miembro del grupo es registrado en la sesión inicial, en la sesión de evaluación intermedia y en la final.

## **ANEXO 9**

### **ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL**

El eje V del Manual Diagnóstico y estadístico de Enfermedades Metales esta diseñado para incluir la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto , así predecir la evolución.

El registro de la actividad general en el Eje V puede hacerse utilizando la escala de evaluación de la actividad global (EEAG). La EEAG puede ser particularmente útil al seguir la evolución del progreso clínico de los sujetos en términos globales, utilizando una medida simple. La EEAG sólo debe ser cumplimentada en relación a la actividad psicosocial, social y laboral. Las instrucciones especifican: «no incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales)». En la mayoría de los casos las evaluaciones de la EEAG deben referirse al periodo actual (es decir, el nivel de actividad en el momento de la evaluación) puesto que las evaluaciones de la actividad actual reflejaran generalmente la necesidad de tratamiento o intervención. En algunos centros clínicos puede ser útil cumplimentar la EEAG tanto en el momento de la admisión como en el del alta. La EEAG también puede cumplimentarse en otros periodos de tiempo (ejm., mejor nivel de actividad alcanzado por lo menos en algunos meses durante el último año). La EEAG se hace constar en el Eje V del modo siguiente: «EEAG =», seguido por la puntuación de la EEAG de 1 a 100, anotando a continuación entre paréntesis

el período de tiempo reflejado en la evaluación, por ejemplo, «(actual)», «(mayor nivel en el último año)», «(en el alta)».

En algunos centros clínicos puede ser útil evaluar la incapacidad social y laboral y verificar los progresos en la rehabilitación, independientemente de la gravedad de los síntomas psicosociales.

#### Escala de evaluación de la actividad global (EEAG).

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético con *continuum de salud - enfermedad*. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (O ambientales)

- 100 **Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su Vida, es valorado por los demás a causa de su abundantes cualidades**
- 91 Sin síntomas
- 90 Síntomas ausentes o mínimos (p.ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los
- 81 cotidianos (ej. una discusión ocasional con miembros de la familia)
- 80 Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (ej.,
- 71 descenso temporal del rendimiento escolar).
- 70 Algunos síntomas leves (p.ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero
- 61 en general función bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
- 60 Síntomas moderados (1. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
- 51
- 50 Síntomas graves (p.ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (ej., sin amigos, incapaz de mantenerse
- 41 en un empleo).

- 40 Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona a su familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 31
- 30 La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las
- 31 áreas (ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
- 20 Algún peligro de causar lesiones a otros o a si mismo (ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maniaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (ej., manchas de excrementos) o alteración
- 11 importante de la comunicación p. ej., muy incoherente o mudo).
- 10 Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a si mismo (ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con
- 1 expectativa manifiesta de muerte. Información inadecuada.
- 0 Información inadecuada.

## **ANEXO 10**

### **FORMULARIOS UTILIZADOS**

#### **Formulario 1**

#### **DESCRIPCIÓN DEL GRUPO DE COMPETENCIAS DE AFRONTAMIENTO EN LA EXPLORACIÓN PREVIA A LA INCORPORACIÓN AL GRUPO**

Ha sido usted referido por su terapeuta al Grupo de Competencias de Afrontamiento. A continuación, se le describen los cuatro módulos que constituyen esta experiencia de grupo. Tras cada descripción, encontrará un grupo de áreas de problemas que podrán ser aliviados o disminuidos mediante las competencias impartidas en ese módulo particular. A medida que lea cada descripción, piense por favor en usted mismo y en por qué solicita ayuda. Tras esto, se reunirá durante 20 minutos con uno de los terapeutas del grupo, que le ayude a desarrollar metas personales para su experiencia de grupo. Esperamos que mediante la participación en esta sesión de establecimiento de metas previa a la incorporación al grupo, podrá beneficiarse al máximo de las sesiones de grupo.

#### **EL MÓDULO DE RELAJACIÓN**

El primer módulo expone al participante a dos procedimientos diferentes de relajación: La Relajación Muscular Profunda (RMP) y la Respuesta de Relajación de Benson (RRB). Ambas técnicas enseñan una competencia que contrarresta la experiencia corporal de estrés y la experiencia psicológica de ansiedad. Los miembros del grupo con problemas somáticos como dolor crónico en la parte inferior de la espalda, dolores de cabeza tensionales, problemas de eficacia reducida en el trabajo, o ansiedad en circunstancias sociales son especialmente proclives a beneficiarse del empleo de estas técnicas. Ahora bien, la mayoría de las personas están en algún momento inadecuadamente tensas y pueden beneficiarse del dominio de estas técnicas.

Ejemplos de áreas de problemas:

Dificultad para dormir

Persistentes dolores de cabeza tensionales

Sentirse presionado en el trabajo

### **EL MÓDULO DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA**

Este módulo se basa en un principio que defiende que las emociones negativas extremas no son resultado de las experiencias vitales, sino de las actitudes o pensamientos que la persona tiene sobre esas experiencias. La reestructuración cognitiva es una competencia que implica el reconocimiento de pensamientos no razonables, desafiar esos pensamientos y desarrollar afirmaciones más racionales y adecuadas para decirse a uno mismo. Este pensamiento más racional eventualmente conlleva una disminución y/o prevención de estados emocionales exagerados de: depresión y ansiedad severa, enfado extremo y celos desorbitados.

Ejemplos de áreas de problemas:

Insomnio

Perdida del apetito

Humor depresivo

Humor ansioso

Perdida de interés en las cosas

Dificultades para la concentración

### **MÓDULO DE ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD**

Este módulo busca enseñar competencias de asertividad. La asertividad es la habilidad de manifestar las propias necesidades sin hacerlo a expensas de otras personas. Los miembros del grupo que tienen dificultades para defender sus intereses personales, formular peticiones a otros o rechazar demandas poco razonables de los demás, encontrarán que esta sección es especialmente útil. El rol-playing y las tareas asignadas para casa facilitan al miembro del grupo la consecución de las metas específicas enunciadas por él al comienzo de este módulo.

Ejemplo de áreas de problemas:

Expresar sentimientos positivos al ser querido

Rechazar la petición de un vecino de presentarle un objeto frágil y muy querido

Decir que no a la demanda del jefe de trabajar fuera de horario

### **MÓDULO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Este cuarto y último módulo está dedicado a enseñar una estrategia que permita resolver los problemas de la vida. Se hace especial énfasis en un acontecimiento gradual; es adaptable a un amplio abanico de problemas a los que el miembro del grupo puede encontrarse confrontado en su medio laboral, social y familiar. Los miembros del grupo que se sienten derrotados o desbordados por situaciones problemáticas encontrarán este módulo especialmente útil. Se les otorgará la oportunidad de discutir la aplicabilidad de esta técnica a los problemas especificados al comienzo del módulo.

Ejemplos de áreas de problemas:

Encontrar un trabajo satisfactorio

Encontrar pareja

Vivir con los medios económicos disponibles

## **Formulario 2**

### **METAS POTENCIALES PARA CADA MODULO**

#### **MODULO DE RELAJACIÓN**

Ser capaz de dormirme mas rápidamente

Ser capaz de volver a dormirme fácilmente después de haberme despertado en medio de la noche

Aliviar el dolor de la espalda (parte inferior)

Reducir la frecuencia de mis dolores de cabeza tensionales

No sentirme tan presionado al final de una jornada de trabajo

Modulo de Reestructuración Cognitiva

Sentir mayor control ante estados de humor negativos

Evitar enfadarme inadecuadamente

Disminuir la tendencia a estar <<inevitablemente>> deprimido

Experimentar un menor numero de cambios negativos en mi nivel de energía, interés sexual, apetito, pautas de sueño, sociabilidad y sentido del humor

Incrementar la eficiencia en el trabajo, disminuir la distracción

Sentir mayor control en relaciones importantes (románticas, profesionales, sociales)

#### **MODULO DE ENTRENAMIENTO ASERTIVO**

Ser capaz de decir no a peticiones poco razonables de mis compañeros de trabajo

Ser capaz de decir a mi pareja que cosas me molestan sin culparle

Ser capaz de aceptar cumplidos sin sentirme avergonzado o negar mi valía

Ser capaz de mostrar interés en alguien e iniciar contactos sociales

#### **MODULO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Encontrar un trabajo que sea más satisfactorio pero tan lucrativo como el que tengo actualmente

Conocer a más gente y aumentar mis actividades sociales

Incrementar la cantidad de tiempo libre para mí con fin de perseguir el logro de mis propios intereses

### Formulario 3

#### SECUENCIA DE RELAJACIÓN

##### PARTE DEL CUERPO

Dedos y manos.....	CLAVE Cerrar el puño
Muñecas y antebrazos .....	Doblar hacia atrás
Bíceps.....	Gesto de forzado
Tríceps.....	Andar como sonámbulo, con los codos estirados
Hombros.....	Encogerse
Frente.....	Levantar las cejas, fruncir el ceño
Ojos.....	Cerrarlos con fuerza
Labios.....	Arrugarlos, como chupando un limón
Mandíbula.....	Proyectar la mandíbula inferior hacia fuera
Lengua.....	Contra el paladar
Garganta.....	Bostezar, decir <<ahhh>>
Cuello.....	Rotar: izquierda, derecha, hacia atrás, y hacia adelante
Cavidad pectoral.....	Respiración profunda, expirando lentamente
Pecho y parte superior de la espalda.....	Echar los hombros hacia atrás y sacar el pecho hacia afuera
Abdomen.....	Sacar el estómago, meterlo todo lo que se pueda
Parte inferior de la espalda.....	Arquear
Nalgas.....	Apretar
Piernas y muslos – 1.....	Estirar las rodillas y pies hacia arriba
Piernas y muslos – 2.....	Estirar las rodillas y pies hacia abajo
Dedos y pies – 1 .....	Doblar los dedos hacia abajo
Dedos y pies – 2.....	Doblar los dedos hacia arriba

## Formulario 4

### DISTORSIONES COGNITIVAS

**Pensamiento de Todo o Nada:** Ves las cosas en categoría de blanco o negro. Si tu rendimiento no es perfecto, te consideras a ti mismo un fracaso total.

**Generalización excesiva:** Consideras un hecho negativo aislado como una pauta que no tiene fin.

**Filtro mental:** Sacas un detalle negativo aislado de su contexto y té fijas exclusivamente en él, de manera que tu visión de la realidad se oscurece, como una gota de tinta que tinte un vaso de agua clara.

**Descalificar lo positivo:** Niegas las experiencias positivas insistiendo en que seas <<no cuentan>> por una u otra razón. De esta manera puedes mantener una creencia negativa que tu experiencia cotidiana contradice.

**Saltar a conclusiones precipitadas:** Realizas una interpretación negativa aunque no existan hechos negativos que apoyen de una manera conveniente tu conclusión.

**Lectura del pensamiento:** Concluyes arbitrariamente que una persona esta reaccionando de manera negativa contigo y no te molestas en comprobarlo.

**El error del futurólogo:** Anticipas que las cosas van a salir mal, y estas convencido de que tu predicción es ya un hecho establecido.

**Magnificar (Catastrofismo) o Minimizar:** Exageras la importancia de las cosas (como tus reveses o los logros de otra persona), o reduces las cosas de una manera inadecuada hasta que parecen insignificantes (tus propias cualidades deseables o las imperfecciones de otra persona).

Esto también se denomina el <<truco de los prismáticos>>.

**Razonamiento emocional:** Asumes que tus emociones negativas reflejan necesariamente la forma en que las cosas son realmente: <<Yo lo siento así, luego por lo tanto debe ser verdad>>

**Afirmaciones de <<debería>>:** Intentas motivarte a ti mismo mediante <<deberías>> y <<no deberías>> como si tuvieras que ser hostigado y amenazado antes de poder pretender hacer algo. Los <<tendría que>> y <<había que>> son también ofensas. Su consecuencia emocional es la culpabilidad. Cuando diriges las afirmaciones de <<debería>> hacia otros sientes enfado, frustración y resentimiento.

**Etiquetar y etiquetar erróneamente:** Esta es una forma extrema de sobregeneralización. En lugar de describir tu error, añades una etiqueta negativa a ti mismo: <<soy un perdedor>>. Cuando la conducta de otra persona te afecta de manera negativa, le añades una etiqueta negativa: <<Es un maldito gusano>>. El etiquetado erróneo implica describir un acontecimiento con lenguaje viciado y cargado emocionalmente.

**Personalización:** Te ves a ti mismo como la causa de algún acontecimiento negativo externo.

## **Formulario 5**

### **CREENCIAS IRRACIONALES BÁSICAS**

Debes - si debes - lograr casi todo el tiempo y de todas las personas significativas para ti una actitud sincera de amor y aprobación.

Debes probarte a ti mismo exhaustivamente que eres competente, adecuado y productivo, o debes demostrar al menos que tienes una competencia o talento real en algo importante.

Tienes que completar la vida como algo espantoso, terrible, horrible o catastrófico cuando las cosas no salen de la manera que tu quisieras.

Las personas que te hacen daño o que cometen faltas contra ti generalmente son individuos malos, malvados o villanos y debes castigar, maldecir o culparles por sus pecados.

Si algo parece peligroso o terrible, debes ocuparte terriblemente por ello y preocuparte de ello hasta ponerte ansioso.

Las personas y las cosas deben resultar mejor de lo que hacen, y tienes que considerar espantoso y horrible el no poder encontrar rápidamente buenas soluciones a las incomodidades de la vida.

El disgusto emocional viene de presiones externas y se tiene poca capacidad para controlar los sentimientos y poder librarse de la depresión y hostilidad.

Resulta más fácil evitar enfrentarse a muchas de las dificultades de la vida y responsabilidades personales que intentar buscar formas más gratificantes de autodisciplina.

El pasado sigue siendo lo más importante y, debido a que una vez algo influyo poderosamente sobre tu vida, eso debe seguir determinando tus sentimientos y tu conducta actual.

Puedes obtener la felicidad mediante la inercia y la inactividad o <<divirtiéndose>> pasivamente sin comprometerte.

Tienes que considerar las cosas como espantosas, terribles, horribles y catastróficas cuando te sientes gravemente frustrado, tratado injustamente o rechazado.

Tienes que tener un alto grado de orden o certeza para sentirte cómodo, o necesitas poder confiar en algún poder sobrenatural.

Puedes darte a ti mismo una puntuación global como ser humano, y tu valía general y auto-aceptación depende de la bondad de tu rendimiento y el grado de aprobación otorgado por otras personas.

## Formulario 6

### HOJA DE TRABAJO PARA CASA DE TCC: EJEMPLO PREPARADO ORIGINALMENTE PARA LA NO APERTURA AL GRUPO

#### A. Acontecimiento activador

Estamos de vacaciones, en casa de la suegra. Yo ya estoy en la cama y a punto de dormirme. B. se ha quedado vigilando a los niños y bebiendo una cerveza. B. llega a la cama atiborrado de cerveza y con ganas de hacer el amor. A mi no me apetece pero no me niego del todo. Hacemos el amor durante un rato; físicamente todo va bien, es un buen amante (según mi libro), pero mi mente esta en otro lugar pensando <<ideas del tipo: realmente no me gustas, esto está bien pero no es excitante como una vez lo fue; por favor acaba ya; estoy satisfecha y tengo que levantarme pronto mañana para estar con D. mientras tu quedas hasta tarde en la cama; ¿Por qué respondo tan poco y tengo tan poca inventiva? Generalmente, me siento atrapada; hacer el amor esta bien; ¿Por qué yo nunca tomo la iniciativa? ¿Voy a seguir creciendo, seguir cambiando?>>

#### Creencias Irracionales

Quando hacer el amor con tu cónyuge no es excitante, ya nunca lo volverá a ser y eso es una causa para la depresión.

Yo soy la única persona que tiene que aguantar a D., B. nunca lo hace.

B. no debería disfrutar haciendo el amor porque realmente yo no lo estoy haciendo.

Debo ser una persona en continuo crecimiento y auto-actualización y esto debería ser evidente a través de mi vivacidad y deseo sexual. Si ahora estoy atrapada, eso conlleva que deba sentirme ansiosa por ello.

Yo nunca inicio la práctica amorosa. Tomar la iniciativa de hacer el amor, es la forma más importante de demostrar amor hacia tu pareja.

Es poco probable que o experimente crecimiento y cambio, dado que los

sentimientos que ahora tengo no son nuevos para mí. Esta sensación de estar

atrapada siempre va a formar parte de mí.

C. Consecuencias

Me siento muy depresiva a la mañana siguiente. Tengo una larga charla con B. pero sin esperanzas respecto a un cambio iniciado por mí, ya que no sabía que hacer.

D. Disputas

Una falta de interés ahora, no significa que tenga que ser para siempre. Aunque yo raramente se lo pida, ¿no se ha levantado B. alguna vez para estar con D. cuando se le ha pedido?

¿Estas seguro de eso? ¿Es realmente espantoso y terrible el que no estés excitada? ¿Es razón suficiente para que B. no pueda disfrutar?

¿Qué evidencia tienes de que ese cambio no sea posible? ¿No has crecido mucho durante los últimos diez años de matrimonio? ¿No te has sentido también decaída a veces durante los últimos diez años y superado después para encontrarte mucho mejor?

¿Es el sexo el último indicador? ¿No demuestras tu amor de otras maneras? Si estas preocupada hoy por esto, está bien, ¿pero debes ser necesariamente crucial?

¿Son tus actuales sentimientos de decaimiento exactamente iguales que antes? ¿Esperas alternar épocas de hibernación con épocas de crecimiento?

CR. Creencias Racionales

Nada es perfecto todo el tiempo (ej.: Cuando las cosas no salen bien Durante <<demasiado tiempo>> intenta averiguar una forma de cambiarlas, en lugar de compadecerte por los fracasos).

B. Será de mayor ayuda si se lo pides específicamente (ej.: debes pedirselo, deja que él sepa lo que quieres). No es terrible que no consigas la cantidad <<perfecta>> de sueño esta noche.

Es frustrante no disfrutar tanto como tu pareja. Puedo comenzar a hacer planes para que hacer el amor resulte más deseable y excitante.

Este también es un sentimiento incómodo. Puedo comenzar a planear como empezar a moverme de donde estoy a crecer de nuevo.

Me gustaría ser perfecta haciendo el amor, pero no es necesario que lo sea

B. es una persona amante y razonable y tampoco necesita que yo sea perfecta.

Puedo continuar creciendo a pesar de que este sentimiento actual sea frustrante. Puedo comenzar a hacer planes para conseguir que mi vida sea más deseable.

### **Efectos**

(afectivo)

No continuar sintiéndose depresiva

(Conductual)

Leer mas sobre TCC (terapia Cognitiva Conductual) y más dispuesta a utilizar de nuevo la técnica.

(Cognitiva)

Solo por que ciertas situaciones con mi marido no sean ideales no significa que yo deba comenzar a catastrofizar sobre mi matrimonio y mi vida.

**Formulario 7**

**COMPONENTES DEL COMPORTAMIENTO ASERTIVO**

**CONTACTO VISUAL**

**EXPRESION FACIAL**

**GESTOS Y POSTURA CORPORAL**

**TONO DE VOZ, INFLEXION Y VOLUMEN**

**CONTENIDO**

**TIEMPO**

## **Formulario 8**

### **VIÑETAS PARA EL ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD**

#### **Viñeta 1**

##### **Situación**

Vas a ver al médico por una tos persistente. Te examina y receta un medicamento. Le preguntas cuál es el diagnóstico, cómo se supone que actúa la medicación recetada. El médico contesta: <<Usted no tiene porque preocuparse de eso. Simplemente tome estas pastillas y se encontrará mucho mejor>>

##### **Meta**

Preservar e intentar obtener la información solicitada.

#### **Viñeta 2**

##### **Situación**

Te sientes ya agobiado de trabajo cuando llega tu jefe y te da una carga de extra papeleo que tu piensas que podría dar perfectamente a otra persona.

##### **Meta**

Intentar rechazar el papeleo que te da el jefe mientras le explicas tus razones.

**Formulario 10**

**REGISTRO DE PRÁCTICA DE RELAJACIÓN**

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

	Fecha	Hora Ini.	USM Ini.	Hora Fin	USM Fin	Comentarios
RRB						
RMP						
RRB						
RMP						
RRB						
RMP						
RRB						
RMP						
RRB						
RMP						
RRB						
RMP						
RRB						
RMP						
RRB						
RMP						
RRB						
RMP						