

# INTERVENCIONES DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL: REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Alicia Hernández Montaño

Coordinadora



## **Comité Revisor**

***Dra. María Leticia Bautista Díaz***

Instituto de Ciencias de la Salud  
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

***Dra. Claudia González Fragoso***

Instituto de Ciencias de la Salud  
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

***M. en C. Victoria González Ramírez***

Facultad de Psicología  
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

***Dr. David Jiménez Rodríguez***

Instituto de Ciencias de la Salud  
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

***Dra. Karina Reyes Jarquín***

Instituto de Ciencias de la Salud  
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

***Dra. Ana Paola Sáenz Jiménez***

Investigación del Área de Menores en Conflicto con la Ley  
Reinserta A. C.



Este libro fue financiado por el Programa de Fortalecimiento a la Calidad Educativa y a la Universidad Autónoma de Coahuila a través de la Coordinación General de Estudios de Posgrado e Investigación.



## INTRODUCCIÓN

La intervención en la salud mental desde el enfoque cognitivo-conductual se ha convertido en uno de los referentes de los protocolos de intervención en diferentes contextos, instancias y problemáticas de impacto social y de salud pública en México.

En el contexto mexicano, las problemáticas de ansiedad, depresión y estrés han aumentado su prevalencia en diferentes grupos poblacionales, de suerte que tanto las instancias gubernamentales como los organismos de la iniciativa privada se han sensibilizado con los posibles efectos de un exponencial crecimiento de las psicopatologías en sus trabajadores.

La investigación del ámbito clínico permite obtener evidencia acerca de la efectividad de los protocolos de intervención; en este caso, desde la perspectiva cognitivo-conductual, que han demostrado su eficacia, efectividad y permanencia de los cambios promovidos por sus técnicas.

En este libro se reportan los resultados de intervenciones en diversas problemáticas y la evidencia empírica mediante métodos de investigación con rigor científico, que permiten construir una práctica clínica basada en la evidencia y con un fundamento teórico sólido y ampliamente validado.

Para tal efecto, este texto se estructura en siete capítulos que son el resultado del trabajo conjunto entre los estudiantes del recientemente creado programa de maestría en Psicología Clínica con Orientación en Intervención Cognitivo Conductual de la Universidad Autónoma de Coahuila y profesores-investigadores adscritos al núcleo académico básico. El propósito principal es difundir el conocimiento generado a través de proyectos de investigación desarrollados durante la profesio-

nalización de los especialistas en psicología clínica egresados del programa.

En el primer capítulo se realiza un abordaje de los problemas de relación de pareja por violencia de género desde una perspectiva cognitivo-conductual. Así, Casillas Sandoval, en conjunto con Chávez Martínez, exponen los principales avances en el estudio y análisis de la violencia desde la perspectiva psicológica; establecen los modelos explicativos de orientación en la dinámica de pareja (también desde una perspectiva de género) y describen la intervención realizada para brindar estrategias de afrontamiento ante situaciones de violencia en la pareja.

Por otro lado, en el segundo capítulo, Sainz Villareal, Valdés García y Cázares Escalera analizan un caso de trastorno de ansiedad generalizada y el protocolo de intervención en dicha psicopatología. Además, analizan, desde la perspectiva cognitivo-conductual, la conceptualización y el modelo explicativo, su etiología y epidemiología; todo esto como antecedente para la construcción de intervenciones eficaces en población adulta.

En el capítulo tres, Ibarra Cerda y Hernández Montaño realizan el estudio de caso de una intervención para el manejo de la ira en las relaciones cotidianas. Se argumenta en esta intervención que la violencia ha registrado un notable aumento en los últimos años en el contexto mexicano, destacando que casi la mitad de las mujeres que se encuestan en los diversos estudios nacionales reportan que han sufrido algún tipo de violencia. Se propuso una intervención cognitivo-conductual, cuyo objetivo fue dotar al paciente de herramientas individuales para un adecuado y saludable manejo del carácter explosivo.

En este mismo sentido, Madrueño Chávez y Monroy Velasco examinan dos casos clínicos enfocados en la intervención para la regulación emocional desde el enfoque cognitivo-conductual. El tratamiento llevado a cabo tuvo el objetivo de brindar a las pacientes herramientas para afrontar situaciones en las cuales se presente un arranque de ira y el manejo de los pensamientos irrationales.

De la misma manera, en el capítulo cinco, González Victoria, Petrzelová Mazacová y Chávez Martínez presentan un caso clínico de trastorno de ansiedad generalizada. La intervención que se reporta es individual, de acuerdo con el modelo cognitivo-conductual propuesto por Aaron T. Beck. El propósito de la intervención fue lograr una mejora en la auto-

estima del caso, así como desarrollar habilidades para la comunicación efectiva en familia y la disminución de los niveles de ansiedad.

En el capítulo seis, Rodríguez Cepeda y Valdés García, al igual que en capítulos anteriores, exponen su intervención en un caso sobre agresión, donde el objetivo del tratamiento empleado fue desarrollar habilidades para el manejo de la frustración y enojo en situaciones actuantes, reforzando la autonomía del paciente.

Mendoza Rodríguez y Zapata Salazar, finalmente, realizan la aproximación de un programa de terapia cognitivo-conductual en un caso de ataque de pánico. Analizan su conceptualización, prevalencia y diagnóstico y protocolos de tratamiento.

Cada una de las aportaciones realizadas en este trabajo permite un acercamiento objetivo, desde una perspectiva clínica, que nos ejemplifica la diversidad de técnicas y procedimientos de la intervención cognitivo-conductual que el lector encontrará de gran interés y con potencial de análisis como aprendizajes significativos.

DR. JOSÉ GONZÁLEZ TOVAR



# **INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE PROBLEMAS POR VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA RELACIÓN DE PAREJA**

*Daniel Alejandro Casillas Sandoval  
Mayra Aracely Chávez Martínez*

## **Introducción**

### ***Antecedentes de los estudios sobre la violencia***

La violencia es un fenómeno con el que la especie humana se ha relacionado desde su inicio. En el momento en que la sociedad humana se formó, las relaciones entre sus individuos se vieron afectadas por el ejercicio del poder y el establecimiento de jerarquías, tal y como se lleva a cabo en las sociedades del resto de las especies animales, en las que se observa que la agresión entre los miembros de la misma especie tiene como función el favorecimiento de la supervivencia mediante el esparcimiento de los individuos en el espacio disponible para habitar, lo que coadyuva a la selección y protección de las hembras, logrando así establecer una jerarquía social (Lorenz, 1964, en Fromm, 1975). Sin embargo, es en las sociedades humanas en las que el uso del poder se percibe de una manera acentuada.

En la actualidad, los estudiosos de las ciencias sociales se han interesado mucho en el fenómeno de la violencia; a pesar de ello, no han conseguido un consenso en cuanto a la definición de la violencia desde

un enfoque sociopolítico. Se establece, por ejemplo, que: «la violencia es la expresión más severa y directa del poder físico» (Varela, 2004: 25). El mismo Varela (2004) señala que la violencia puede manifestarse de manera práctica o simbólica, visible o invisible, y, de igual modo, puede ser llevada a cabo por un individuo o perpetrador, lo que es conocido como violencia privada, o por un grupo de individuos pertenecientes a una sociedad, lo que puede denominarse violencia colectiva.

Teniendo en consideración lo anterior, resulta posible establecer que la violencia se presenta de diversas formas y puede ser revisada desde diferentes enfoques, tomando varios criterios como punto de partida. Por un lado, se encuentra la violencia privada, misma que puede ser observada dentro de las relaciones que existen entre dos personas que mantienen una relación laboral, de amistad o sentimental. Y, por el otro, se encuentra la violencia colectiva, la cual puede ser observada en las relaciones sociales que mantienen los hombres y las mujeres en una determinada sociedad.

Por tal motivo, la violencia parece haberse convertido en todo un asunto a tratar dentro de las relaciones sociales en la actualidad, llegando a formar parte de las culturas en las sociedades a lo largo y ancho del planeta, pudiendo llegar a establecerse como un patrón de comportamiento o inclusive un estilo de vida. De esta forma, un elevado número de organizaciones han decidido brindar atención al fenómeno, para proporcionar una explicación que permita establecer soluciones a lo que se presenta como una problemática que demanda ser atendida con seriedad y prontitud.

En ese tenor, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud en el año 2003, define la violencia como:

El uso deliberado de fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, en Saldívar, Ramos y Saltijeral, 2007: 71).

Esta definición muestra una diferenciación clara en lo referente a la agresión y las concepciones generales de la violencia, enfocándose en

destacar las consecuencias físicas, psicológicas y económicas que traen consigo el uso y el abuso del poder.

### ***Una perspectiva teórica para el abordaje de la violencia de género***

Los trabajos realizados sobre las masculinidades y la forma en como los hombres se relacionan con sus parejas mujeres tienen su origen en la perspectiva de género y el desarrollo del feminismo, que se considera una ideología surgida de los diversos estudios que intentan comprender las condiciones en las que las mujeres se desenvuelven, tanto en el ámbito social, familiar, de pareja, político y educativo, y que tienen como objetivo cambiar las condiciones de opresión y desigualdad que viven las mujeres, a través de su propia movilización (Gamba, 2008a).

El feminismo tiene sus inicios en la Revolución francesa, que se conjugó con las condiciones de trabajo surgidas en la Revolución industrial, ligándose, al mismo tiempo, con las ideas humanistas del iluminismo (Gamba, 2008a). Ya para finales de la Segunda Guerra Mundial las mujeres lograron alcanzar su derecho al voto en la mayoría de los países europeos. Es en este punto en que se ubica como precursoras a Simone de Beauvoir, con su libro *El segundo sexo*, en el año de 1949, y a Betty Friedman, con su *Mística de la feminidad*, en 1963.

En este contexto resulta de gran relevancia considerar a los y las pensadoras que comenzaron a visualizar las necesidades reales de las mujeres en el día a día; Simone de Beauvoir fue una de ellas al darse a la tarea de revisar el pensar de las mujeres, de una manera seria, haciendo a un lado los prejuicios e intentando ir al fondo de las situaciones por las que pasan las mujeres dentro de la sociedad humana. Con *El segundo sexo* se manifiesta un esfuerzo por pensar a las mujeres en una época en la que las mujeres francesas comenzaron a ejercer su derecho al voto (De Miguel, 2009).

Con todo esto se inicia el movimiento feminista, que intenta retirar el velo que se tenía sobre la conceptualización de la mujer, la cual se había hecho partiendo de las construcciones y los mitos que tenían los hombres sobre lo que significa ser mujer. De esta forma, es posible revisar de una manera más profunda y real la construcción de la feminidad y, en consecuencia, la reconstrucción de la masculinidad.

En las décadas posteriores, el feminismo fue tomando forma, dando paso a una nueva construcción teórica en la que se considera que tal como se construye la feminidad también se construye la masculinidad, lo que trajo consigo la posibilidad de erigir una perspectiva igualitaria de género. Por tal motivo, el estudio de las masculinidades ha venido en crecimiento, debido a la gran cantidad de trasformaciones en los roles que juegan los hombres y las mujeres en la sociedad actual, así como por los desajustes que se producen en los sistemas de pensamiento tradicionales (Téllez y Verdú, 2011).

Para poder entender de una manera más clara la perspectiva de género resulta necesario establecer una definición clara del concepto. Se entiende que el género es «... una construcción social y cultural que, a partir de las diferencias sexuales, produce diversas desigualdades y jerarquías que dan preeminencia a los hombres y lo masculino, en tanto devalúan, oprimen y discriminan a las mujeres y lo femenino» (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2010b: 15).

De esta forma, la manera como se construyen lo femenino y lo masculino se refiere a los papeles que juegan las mujeres y los hombres en la sociedad, determinando de esta manera las dificultades que viven las mujeres al pertenecer a una sociedad en la que el sistema de pensamiento por el que se rige presenta mayores beneficios para los hombres que para las mujeres (Gamba, 2008b).

La perspectiva teórica, basada en el sistema patriarcal, permite tener un mejor entendimiento del fenómeno que se pretende tratar. Ésta, en su mayoría en manos de los hombres, no es que no produjera trabajos sobre mujeres, sino que trataba de legitimar su subordinación al varón (De Miguel, 2009).

Los cambios culturales traen consigo nuevas formas en las relaciones entre hombres y mujeres, lo que permite una gran cantidad de interpretaciones sobre las identidades de género, aunque siguen predominando las que se establecen en el sistema binario (hombre-mujer), en el que sólo puede existir una identidad masculina y una femenina: el hombre que es fuerte y que se impone sobre la mujer que es débil (Butler, 2009).

Es la cultura en la que se desenvuelven las personas la que marca lo que se espera de sus cuerpos y su sexualidad; son los rituales que han venido repitiendo los que determinan las expectativas de las acciones que se aceptan para hombres y para mujeres, imponiendo de esta manera lo que sig-

nifica ser hombre y ser mujer. Todo eso se puede observar de manera más clara en las palabras de Gabriela Castellanos (2008, en Duque, 2010: 88):

Para Butler, tanto la sexualidad canónica, hegemónica, como la transgresora, ininteligible, se construyen mediante la performatividad, es decir, por medio de la repetición ritualizada (iteración) de actos de habla y de todo un repertorio de gestos corporales que obedecen a un estilo relacionado con uno de los dos géneros culturales. Esta repetición ritualizada no es opcional, sino que se basa en un discurso regulativo, una exigencia constante del entorno, encaminada a «producir aquellos fenómenos que regulan y constriñen» la conducta en relación con la identidad sexual. Cuando se produce el resultado esperado, tenemos un género y una sexualidad culturalmente considerados congruentes con el sexo del sujeto.

Tomando en consideración lo anterior, en lo referente a los estudios de las nuevas masculinidades, Martín (2007) señala que se ha investigado más allá de las características biológicas del sexo de los varones, permitiendo la concepción de la masculinidad como una construcción cultural; por lo tanto, si lo masculino no es un patrón condicionado exclusivamente por lo biológico, es posible suponer que las personas que asumen la masculinidad no necesariamente deban pertenecer al sexo hombre. Luego entonces, existe la factibilidad de que en un futuro se pueda lograr una disociación de los cuerpos, para construir una identidad que cumpla con las características de ambos sexos.

En este sentido, el sistema patriarcal ha permitido una construcción social en la que se muestran las grandes diferencias entre lo que representa el ser hombre o ser mujer, lo que lleva a la confrontación de los espacios sociales, asignándose a sujetos determinados. Por tanto, la mayoría de las personas nos vemos expuestas a situaciones y comportamientos que son considerados desiguales, violentos o discriminatorios (Hernández, 2014; Ochoa y Calonge, 2014; Reguera, Calvario y Mora, 2014; Rojas, 2014; Bard, 2016).

Es así como se establece la hegemonía masculina como una masculinidad que es política y culturalmente dominante en un espacio y tiempo determinados, entendiendo entonces el patriarcado como la dominación sistemática de los hombres a las mujeres y a otros hombres (Scott-Samuel, 2009).

Por tal motivo, haciendo uso de la información que proporciona el INSP (2010a): «... se define a la violencia [de género] como cualquier acto u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte a las mujeres, tanto en el ámbito privado como en el público».

De igual forma, la violencia contra la pareja es un problema social y de salud pública que va más allá de las culturas, naciones y estratos sociales, y que presenta efectos inmediatos, acumulativos e irreversibles; por ello, representa la mayor amenaza a la salud y el bienestar de las mujeres, convirtiéndose así en uno de los grandes retos en la actualidad, un problema de salud pública y un área social prioritaria (Izaguirre y Calvete, 2014; Frías, 2014; Jean, Rivera, Amorin y Rivera, 2015; Boira, Carbajosa y Méndez, 2015; Fernández-González, Calvete y Orue, 2016).

Un elemento clave en la prevención y tratamiento de la violencia contra las mujeres es el abordaje de la problemática por parte del sector salud. Por tal motivo, se han adoptado políticas y planes para la prevención y control. En este sentido, diversas organizaciones internacionales se han dado a la tarea de crear iniciativas que contribuyen al progreso humano y social, desde un enfoque basado en los derechos humanos y la perspectiva de género. Es por esto que la inserción de la violencia contra las mujeres en las convenciones internacionales y en las políticas públicas ha permitido la creación de nuevas formas de intervención en las políticas sociales, en la promoción de los derechos humanos y, de manera especial, en el área de la salud (Ortiz-Barreda y Vives-Cases, 2012; Gambar, Vargas y Del Río, 2012).

De esta forma se han diseñado estrategias para erradicar la violencia de género en cualquiera de sus modalidades. Dichas estrategias se enfocan en la prevención y tratamiento de la problemática mediante una intervención con los maltratadores, y son las más destacadas y generalizadas en la actualidad. Tuvieron sus orígenes en los años setenta en los Estados Unidos y rápidamente se extendieron a Canadá y América Latina. En la actualidad existen centenares de este tipo (Subirana-Malaret y Andrés-Pueyo, 2013).

En lo tocante a México, los esfuerzos realizados hasta el día de hoy son el resultado de la continua lucha por parte de las organizaciones alrededor del mundo para promover la erradicación de cualquiera de

las formas de violencia contra las mujeres. Uno de los lugares que se ha vuelto poco seguro son las instituciones de estudios superiores, donde la discriminación y la victimización por motivos sexuales se han vuelto una práctica recurrente (Cubillas *et al.*, 2016). Se ha encontrado evidencia de que las universidades siguen siendo dominadas por los hombres, quienes ejercen un predominio mediante diversas formas de discriminación y misoginia (Hernández, Jiménez y Guadarrama, 2015).

### ***Las intervenciones desde el enfoque cognitivo-conductual***

Dentro de las relaciones interpersonales que manifiestan problemas, las relaciones de pareja son unas de las que presentan gran prevalencia: son un problema bastante reconocido por las organizaciones internacionales en lo que se refiere a materia de derechos humanos, seguridad social y salud pública. Así pues, se ha vuelto del interés de los estudiosos de las ciencias sociales y la salud, con la finalidad de crear políticas públicas encaminadas a su prevención y detención. Por tal motivo, se han construido un gran número de definiciones que pretenden establecer una generalización y amplia cobertura, las cuales son aceptadas por las diversas organizaciones que se encargan de combatir la violencia alrededor del mundo y tratar la salud mental. Así lo muestra la asumida por las Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1994): «... aquella violencia que se produce en la pareja siempre y cuando exista o haya existido un vínculo afectivo entre sus miembros, sin importar el tipo de unión y la orientación sexual de sus miembros» (Cáceres-Ortiz *et al.*, 2001: 15).

Habiendo establecido esto, es importante señalar que, a partir de ello, se han logrado crear programas e intervenciones que trabajan con hombres que han ejercido violencia contra la pareja; convirtiéndose así en un medio que permite combatir la violencia de género y procurar el bienestar y la seguridad de las mujeres y sus hijos e hijas, al trabajar con las distorsiones cognitivas que traen consigo las actitudes que manifiestan los hombres con respecto a la violencia contra las mujeres; distorsiones o sesgos cognitivos comunes en los hombres en referencia a los roles sexuales en los que, generalmente, se considera a la mujer como inferior y que, por ende, legitiman la violencia como una forma

de resolución de conflictos dentro de la relación de pareja (Rodríguez-Espartal y López-Zafra, 2013).

Por tal motivo, se ha desarrollado una gran cantidad de programas de intervención para tratar la violencia de género en un gran número de países, enfocados en brindar psicoeducación a los agresores de violencia de género o de pareja y en atender los mecanismos de aprendizaje comportamental más adecuados para generar habilidades que permitan la eliminación de las conductas menos adecuadas. Los resultados han sido satisfactorios, tal como es el caso del Programa Galicia de Reeducación de Maltratadores (De los Galanes y Taberner, 2013).

## **Método**

El presente trabajo presenta un estudio de caso tratado con una intervención cognitivo-conductual.

### ***Descripción del problema***

RG es un ingeniero agrónomo de 52 años de edad, casado, católico. Forma una familia con su pareja, Erika, dos hijos adolescentes de ella y un bebé, hijo de ambos. Manifiesta tener problemas en su relación con Erika, debido a que ella comenta que la estresa demasiado. El sujeto se presenta a la sesión con una gran motivación para resolver su problemática, argumentando que se encuentra en una situación que es muy complicada para él, pues ama mucho a su esposa y no quiere que su relación termine. Al inicio comenta que parece tener una idea de cuál podría ser el origen de la problemática (hace referencia al estilo de crianza), mencionando que ha pensado mucho en ello, pues en la actualidad se encuentra en Saltillo resolviendo unos asuntos familiares, por lo que no se encuentra viviendo con ella en estos momentos. Esto le ha permitido buscar los posibles motivos por los que se está presentando la problemática mencionada.

Comenta haber pertenecido a una familia muy tradicional en la que su padre era muy autoritario, pero, debido a la relación que mantenía con su abuela, la cual era muy cercana, cuando el padre se encontraba frente

a ella, parecía perder toda autoridad y someterse a lo que su abuela le indicara. De igual modo, argumenta haber presenciado violencia por parte de su padre hacia su madre, señalando a ésta como la única persona que se encargaba realmente del cuidado de él y sus hermanos.

Por todo esto, en lo que se refiere a la relación con su pareja actual (siendo su segundo matrimonio), menciona que en ocasiones se altera y considera que pudiese estar repitiendo los patrones de comportamiento del padre: intentando imponer autoridad de manera sutil, lo que trae consigo altos niveles de estrés en su relación de pareja y familiar. Además, alega sentir cierto recelo con respecto a su suegra, pues le recuerda mucho a las actitudes que presentaba su abuela cuando era niño.

En la actualidad viven en una propiedad de la familia de su pareja, y la suegra tiende a intervenir mucho en las decisiones que se toman con respecto a los negocios en los que se desenvuelve. Señala ser ingeniero agrónomo, pero se dedica más a asuntos de índole administrativa. Asimismo, él y su pareja decidieron abrir una veterinaria, ya que ella es médica veterinaria de profesión.

Resulta importante señalar que durante los momentos en que se han presentado algunos conflictos económicos (cuando no ha resultado bien un negocio, por ejemplo), se ha logrado manifestar un alto nivel de tensión dentro de su relación de pareja. Menciona que en ocasiones pierde la paciencia y tiende a ser muy autoritario, tomando él las decisiones y asumiendo el mando de una forma poco flexible y sin considerar las necesidades de la familia; ello le acarrea sentimientos de miedo, por estar repitiendo las conductas del padre, así como culpa, por generar estrés dentro de su familia, ya que le mencionan sentirse desesperados y angustiados cuando él se encuentra presente. En alguna ocasión, su hija mencionó que preferiría que él permaneciera lejos. El paciente dice que, de un tiempo a la fecha, las discusiones han aumentado, debido a que él se altera cuando considera que la pareja no es capaz de establecer autoridad hacia los hijos y tomar decisiones por su propia cuenta, sin considerar lo que su madre le sugiere, lo que lo hace intervenir para controlar las situaciones. De igual manera, la pareja le ha comentado que él se encuentra irritable por todo y que eso a ella no le permite estar en calma. Del mismo modo, sus hijos adolescentes procuran mantenerse alejados de él, lo que le hace pensar que también se encuentran incómodos ante dicha situación.

## **Evaluación**

El paciente es un hombre con edad aparente a la cronológica, de tez morena y complejión robusta, presenta buen alíño y sostiene el contacto visual. Se observa cooperativo, manteniendo un lenguaje fluido y con buen léxico. Orientado en tiempo y espacio y un estado emocional apropiado a la situación. En el ámbito de los antecedentes médicos del sujeto, no se encontró información relevante. El paciente no menciona tener antecedentes psiquiátricos.

RG es un hombre adulto maduro, que ha tenido una crianza tradicional dentro de la cultura machista, mencionando haber tenido una infancia difícil en la que su madre sufrió de abusos y violencia intrafamiliar por parte de su padre y su abuela, lo que trajo consigo que tuvieran que cambiar de residencia en repetidas ocasiones. Tales antecedentes parecen haberlo marcado en lo que respecta a la opinión que tiene sobre las relaciones familiares. Afirma no presentar dificultades en el ámbito laboral ni social, pues siempre le ha ido bien en los trabajos que ha desempeñado; de hecho, señala haber tenido una muy buena relación con sus amistades.

En lo que se refiere a la expareja, menciona que la situación no terminó de buena forma, pues ella es un tanto agresiva y en alguna ocasión llegó a agredir físicamente a Erika, su actual pareja, lo que le ocasionó problemas entre ellos, orillándoles a cambiar de residencia por dicho conflicto. Sigue teniendo una buena relación con los hijos que tuvo en su primer matrimonio.

En conversaciones que ha mantenido con la pareja, ella le señala que se siente más a gusto estando él fuera de casa y le pide que se tomen un tiempo para buscar ayuda profesional y poder arreglar los problemas individuales que se pudiesen estar presentado.

El sujeto señala no entender lo que sucede, y manifiesta que eso le hace mantener una conducta exigente hacia la pareja en lo que se refiere a las noticias o información acerca de las situaciones familiares, argumentando que el hecho de no encontrarse cerca le hace preocuparse por no saber qué es lo que pudiera estar sucediendo. Todo esto lo lleva a perder el control y actuar de manera impulsiva. El paciente muestra sentimiento de tristeza por la separación, miedo ante la posibilidad de perder a su esposa y frustración por no saber cómo solucionar el problema.

Se establece el ABC del caso (tabla 1) y el análisis funcional (tabla 2).

Tabla 1. Pensamientos y conductas ABC de RG

A	B	C
• Problemas económicos	Esquema «El hombre no puede ser incompetente	Fisiológicas • Aumento de ritmo cardíaco
• Discusiones y siempre debe tomar las decisiones, con la pareja	pues sólo él es quien realmente sabe»	• Tensión en los brazos
• Intromisión de la suegra	Pensamientos automáticos «A mí no tiene por qué exigirme», «Yo soy el que sabe porque tengo más experiencia», «Ella debe obedecerme»	• Presión en la cabeza
	Creencias de valor «Es terrible que las cosas no se hagan como yo las quiero»	Comportamentales: • Conductas de control • Exigencias de servicio • Imposición de autoridad
	Creencias de regla «Debería hacerme caso», «Debería someterse a lo que yo le digo, pues lo hago por su bien», «Debería proteger a mi familia en todo momento»	
	Creencias de supuesto «Si no me responde de inmediato es porque no le importo en lo absoluto»	

Fuente: elaboración propia.

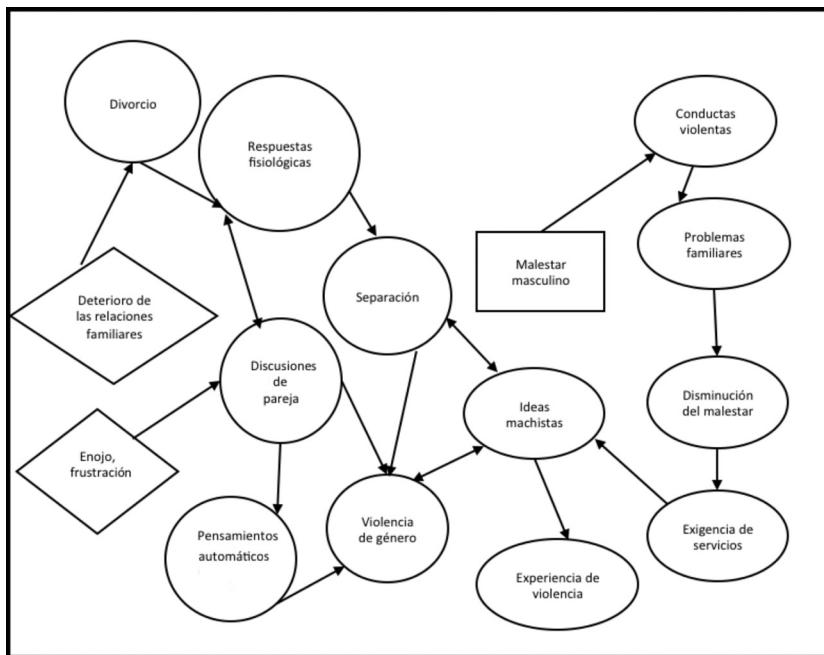
Tabla 2. Análisis funcional del caso de RG

Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
Remotos	Cognitivas	Corto plazo
• Experiencia de violencia intrafamiliar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamientos automáticos distorsionados (p. ej.: «Yo soy el que sabe porque tengo más experiencia», «Ella debe obedecerme»)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conductas de control</li> <li>• Disminución del malestar masculino</li> <li>• Problemas familiares</li> <li>• Separación</li> </ul>
Próximos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones apresuradas</li> <li>• Maximización o catastrofización</li> </ul>	Largo plazo
• Discusiones y conflictos con la pareja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de ritmo cardíaco</li> <li>• Tensión en los brazos</li> <li>• Presión en la cabeza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro en la relación de pareja</li> <li>• Divorcio</li> </ul>
	Afectivas	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo</li> <li>• Enojo</li> <li>• Frustración</li> </ul>	
	Conductuales	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conductas de control</li> <li>• Exigencias de servicio</li> <li>• Imposición de autoridad</li> <li>• Conductas manipuladoras</li> </ul>	

Fuente: elaboración propia.

A continuación, se realiza la formulación clínica a partir de los datos proporcionados en las tablas 1 y 2.

Figura 1. Formulación clínica del caso de RG



Fuente: elaboración propia.

## Diagnóstico

Otros problemas de atención clínica. Conductas de autoridad y control. Problemas de pareja.

Los factores precipitantes son la carga cultural manifiesta, el sistema masculino tradicional hegemónico en el que se desenvuelve, los problemas económicos que se presentan y las discusiones dentro de la relación de pareja y la crianza de los hijos.

## *Recursos empleados*

### *1. Análisis transversal de los pensamientos y conductas actuales*

En cuanto a las distorsiones cognitivas que menciona Ellis (Gabalda, 2007), el sujeto manifiesta exigencias y perfeccionismo, lo que lo lleva

a intentar siempre solucionar los problemas de forma eficaz e inmediata, traspasando dichas exigencias a las personas que lo rodean; por tal motivo, cuando éstas no se cumplen de la manera deseada, generan sentimiento de enojo y frustración, lo cual desencadena conductas orientadas al control y la manipulación. Lo anterior trae consigo sentimientos de culpa y autocríticas, mismas que a su vez acarrean disminución del estado del ánimo.

Otra de las distorsiones cognitivas es el catastrofismo, según Beck (Gabalda, 2007), el cual se presenta cuando las cosas no se hacen como él las considera conforme a su experiencia (la cual se encuentra posiblemente ligada al sistema patriarcal, en el sentido de que el ejercicio de poder le corresponde al hombre, por lo cual imponer autoridad y tomar decisiones es una obligación), considerando que todo se arruinará y que será catastrófico no encontrar las soluciones inmediatas. Esto lo lleva a demandar que se le obedezca para que las cosas resulten bien.

Conclusiones apresuradas es otra de las distorsiones cognitivas de Beck (Gabalda, 2007), las cuales se manifiestan cuando la pareja no responde rápidamente los mensajes o llamadas; al suponer que la pareja no se preocupa por él, lo que lo hace molestarse y exigir una respuesta, llegando a realizar un elevado número de llamadas y mensajes; de igual forma, cuando se han presentado problemas con respecto al negocio familiar, estas distorsiones lo han llevado a culpabilizar a la pareja de estar en complicidad con la suegra para sacarlo del negocio, lo que ocasionó la discusión más fuerte que recuerda hasta el momento, durante la cual el paciente controló la situación mediante la violencia psicológica, ignorando a la pareja y culpabilizándola.

Por último, la enunciación del «debería», exigiendo servicios y atenciones, considerando que las demás personas deberían de obedecerle y hacer las cosas tal y como él considera que se deberían de realizar, permitiendo así imponer su autoridad de manera arbitraria.

## *2. Visión longitudinal de las conductas y cogniciones*

El pronóstico se muestra favorable debido al gran interés mostrado por el sujeto para solucionar los conflictos dentro de su relación de pareja, así como para mejorar su control de impulsos.

No obstante, el proceso será largo debido a la gran carga cultural y de crianza con la que cuenta el paciente, así como por el sistema machista en el que se vive en la actualidad.

### *3. Fortalezas y factores protectores*

El cliente cuenta con grandes fortalezas, tales como su gran capacidad para el análisis, así como sus habilidades de razonamiento y reflexión.

Otra de las fortalezas es la notable habilidad que muestra para la resolución de problemas y el reconocimiento de los mismos, lo que le permite mantenerse constante en la búsqueda de alternativas a las dificultades manifiestas.

Otro punto fuerte es el propio reconocimiento de emociones, que permite que el trabajo en el control de impulsos se pueda dar de una manera más rápida y efectiva.

### *4. Hipótesis de trabajo*

El paciente presenta esquemas de pensamiento fuertemente anclados, determinados por el sistema masculino tradicional y hegemónico en el que ha crecido. Son estas ideas y pensamientos los que dan mantenimiento a las conductas de exigencia de servicios, ejercicio de autoridad y el control de las situaciones. Tales conductas, reforzadas por los beneficios adquiridos, dificultan el reconocimiento de los errores de pensamiento y, por ende, el detenimiento del ejercicio de la violencia.

De esta forma, las ideas y conductas machistas disminuyen las sensaciones de malestar y ansiedad que se presentan durante los conflictos, cuando el sujeto logra controlar la situación a través de la violencia surgida de dicho malestar. Todo esto se convierte en un reforzador negativo que conserva la conducta.

### *5. Plan de tratamiento*

- Lista de problemas
- El ejercicio de violencia
- El pobre control de impulsos
- La dificultad para generar acuerdos debido a la tensión en la relación

## *6. Metas del tratamiento*

El tratamiento pretende brindar las herramientas necesarias para afrontar las situaciones generadoras de violencia: el control hacia la pareja y los hijos, tales como la comunicación asertiva, resolución de conflictos, entre otras. Asimismo, proveer de entrenamiento para la regulación emocional y trabajar con las ideas y distorsiones cognitivas que preservan las conductas desadaptativas que afectan la relación familiar. Por último, consolidar la responsabilidad sobre el ejercicio de la violencia.

## *7. Planificación del tratamiento*

El tratamiento se encuentra diseñado para abordar de inicio la problemática mediante la psicoeducación, de modo que se brinda información sobre el modelo terapéutico y el impacto que tiene el sistema machista en el que se vive, al tiempo en que se provee toda la información referente a la equidad de género, el ejercicio de derechos y los tipos de violencia.

Posteriormente, se trabaja con técnicas de relajación para mejorar el control de impulsos. A la par, se aborda el reconocimiento de las ideas machistas y las distorsiones cognitivas mediante el debate y el registro de pensamientos automáticos, los cuales se dejan de tarea semanal en casa y, consuetudinariamente, durante todo el tratamiento.

Se enseña la técnica del retiro como una de las principales herramientas para la detención de la violencia y, enseguida, se pasa al entrenamiento en la técnica de alternativas a la violencia, con la finalidad de que el sujeto aprenda a reconocer los errores de pensamiento que mantienen la conducta, así como las emociones y sensaciones corporales que permiten la regulación emocional. También se trabaja con el reconocimiento de las conductas de control y se busca encontrar alternativas a éstas, así como aprender a llevar una comunicación asertiva para solucionar, de manera efectiva, los problemas en la relación de pareja. En cuanto a la prevención de recaídas se recomienda seguir durante meses o años con la práctica de las herramientas adquiridas durante el tratamiento.

## *8. Curso del tratamiento*

### **a. Alianza terapéutica**

La alianza terapéutica se logra desde la primera sesión gracias a la gran disposición del paciente para resolver la problemática. El hecho de que el terapeuta manifieste el mismo sexo posibilita un mejor entendimiento del problema en cuestión, lo que refuerza la relación desde el inicio del tratamiento.

## **Resultados del tratamiento**

### *Intervenciones y procedimiento*

El proceso de intervención y tratamiento se llevó a cabo con el mayor posible apego al plan. La primera sesión se destinó a la entrevista y la recolección de información. En la segunda semana se continuó con la recolección de información, se dio psicoeducación en lo referente al modelo de trabajo y los objetivos de la terapia. Después, el registro de pensamientos se dejó de tarea en casa. En la tercera sesión se inicia con el debate de los pensamientos automáticos y se enseña la técnica del retiro. Se muestra la técnica de relajación por respiración profunda y se deja como tarea para casa la práctica de la técnica de alternativas a la violencia. En la cuarta sesión se continúa con el debate para la reestructuración cognitiva y se trabaja con la técnica de alternativas a la violencia. En la quinta sesión se provee psicoeducación sobre los tipos de violencia, retomándose el ejercicio con la técnica de alternativas a la violencia, y se continúa con la reestructuración cognitiva.

### ***Obstáculos***

Dificultad del paciente para reconocer los hechos de violencia ejercidos por él, así como las conductas de control que presenta. Al mismo tiempo, la gran cantidad de reforzadores que brinda la cultura impide la detención de la violencia.

Para finalizar, el sujeto muestra una gran capacidad para encontrar justificaciones a las situaciones de violencia, lo que dificulta el centrar la responsabilidad.

## ***Curso***

El curso del tratamiento se dio de manera fluida, ya que la alianza terapéutica se logró muy tempranamente. Uno de los factores que ha beneficiado el curso del proceso es la experiencia personal del terapeuta en lo referente al trabajo con la violencia, tanto en lo personal como en lo profesional, pues es este trabajo propio lo que permite que se puedan identificar de manera inmediata los pensamientos automáticos que mantienen las conductas. Dentro de los procesos de reeducación para la prevención y atención a la violencia de género, es el reconocimiento de la violencia, a través de las experiencias de otros hombres, lo que favorece el dejar de lado las justificaciones, minimizaciones y naturalizaciones, permitiendo así el responsabilizarse del ejercicio de la violencia. Por tal motivo, en el actual proceso terapéutico, no solamente se encuentran terapeuta y paciente, sino dos hombres que están trabajando juntos para detener la violencia que ejercen, y de este modo mejorar su proceso de reeducación.

Es por ello que el curso del tratamiento se lleva de una manera tan satisfactoria.

## ***Eficacia de la intervención***

Para el abordaje del caso se utilizó el plan de tratamiento que se expone en la tabla 3.

Tabla 3. Plan de tratamiento

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas
1	Brindar información sobre el problema y aclarar cualquier mal entendido sobre el mismo, así como el modelo de trabajo. Información sobre el impacto del sistema machista	Psicoeducación debate	Registro de pensamientos automáticos
2	Brindar información sobre las consecuencias negativas Reconocimiento de pensamientos y emociones Entrenar en técnicas de relajación	Psicoeducación Relajación con respiración profunda / Registro de pensamiento	Practicar la relajación Registro diario de pensamientos
3	Adquirir habilidades que les permitan detener las conductas violentas	Entrenamiento en técnica del retiro	Registro de pensamientos Acordar el retiro
4	Identificar y modificar las valoraciones y creencias negativas sobre la situación que genera el malestar masculino	Reestructuración cognitiva	Búsqueda de evidencias Registro diario de pensamientos
5	Identificar y modificar las valoraciones y creencias negativas sobre la situación que genera el malestar masculino	Reestructuración cognitiva	Practicar los ejercicios de relajación Búsqueda de evidencias Registro de pensamientos Practicar los ejercicios de relajación
6	Mejorar el control de pensamientos y emociones, y generar conductas más adaptativas al problema que se presenta Encontrar alternativas a las conductas violentas	Alternativas a la violencia	Practicar la técnica de alternativas a la violencia Ler información sobre los tipos de violencia y las consecuencias legales
7	Identificar y modificar las valoraciones y creencias negativas sobre la situación que genera el malestar masculino y el ejercicio de la violencia	Reestructuración cognitiva	Registros de pensamiento Análisis de costo-beneficio Técnica de las siete preguntas
8	Reducir los niveles de malestar, así como las conductas violentas	Prevención de recaídas	Continuar con ejercicios de relajación y reestructuración cognitiva

Fuente: elaboración propia.

## Conclusión

En lo referente al cumplimiento de los objetivos, se dio de manera satisfactoria, pues se logró realizar un análisis preciso de los pensamientos que disparaban las conductas de control, permitiendo hacer una reestructuración cognitiva encaminada a la detención y modificación de la conducta desadaptativa, sustituyendo ésta última por una más funcional, con la cual comenzaron a disminuir las situaciones de tensión dentro de la relación de pareja.

Al mismo tiempo, se brindaron herramientas como la técnica del retiro y la técnica de alternativas a la violencia, que están enfocadas en la prevención y detención de las conductas violentas (INSP, 2010b).

Es necesario considerar que dichos avances se presentaron en un ambiente controlado, pues el paciente no se encontraba viviendo con su pareja en ese momento; por tal motivo, se maneja con reserva el pronóstico de la implementación de las herramientas y técnicas obtenidas dentro de las sesiones de trabajo. Resulta importante mantener una vigilancia sobre la implementación de las nuevas estrategias de afrontamiento, debido a que las situaciones detonadoras y los niveles de tensión dentro de las mismas serán muy diferentes a las trabajadas en la terapia.

Sin embargo, por información proporcionada por el propio paciente, en la actualidad, después de seis meses y diez días de estar separado de su esposa, se volvió a reencontrar con ella, estableciendo como acuerdos el trabajar juntos para reiniciar la relación de pareja. RG menciona sentirse muy esperanzado de las últimas charlas con Erika, ya que su vida está cambiando para bien, lo que lo hace sentir un poco más seguro de poder acordar y arreglar su vida familiar.

## Fuentes consultadas

- BARD, G., (2016), “Aferrarse o soltar privilegios de género: sobre masculinidades hegemónicas y disidentes”, *Península*, 11(2), 91-112.
- BOIRA, S., Carbajosa, P. y Méndez, R. (2015), “Miedo, conformidad y silencio. La violencia en las relaciones de pareja en áreas rurales”, *Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia*, 43(1), 11-24.

- les de Ecuador”, *Psychosocial Intervention*, 25, 9-17, disponible en <<https://doi.org/10.5093/in2012v21n1a8>>.
- BUTLER, J. (2009), “Performatividad, precariedad y políticas sexuales”, *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 4(3), 321-336, p. 15.
- CÁCERES-ORTIZ, E. et al., (2011), “Tratamiento cognitivo conductual en el trauma de las mujeres víctimas de violencia de pareja”, en *Psychología. Avances de la disciplina*, 5(2), 13-31.
- CUBILLAS, M. et al. (2016), “Creencias sobre estereotipos de género de jóvenes universitarios del norte de México”, en *Diversitas*, 12(2), 217-230, disponible en <<http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2016.0002.04>>.
- DE LOS GALANES, M. y Tabernero, C. (2013), “El impacto del tratamiento cognitivo-conductual. Un estudio exploratorio con agresores de género”, en *Anuario de Psicología Jurídica*, 23, 11-19.
- DE MIGUEL, A. (2009), “El legado de Simone de Beauvoir en la genealogía feminista: la fuerza de los proyectos frente a ‘La fuerza de las cosas’”, en *Investigaciones feministas*, 121-136.
- DUQUE, C. (2010), *Judith Butler y la teoría de la performatividad de género*, Colegio Hispanoamericano, s.v., 85-95. p. 88.
- FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, L., Calvete, E. y Orue, I. (2016), “Mujeres víctimas de violencia de género en centros de acogida: Características sociodemográficas y maltrato”, en *Psychosocial Intervention*, 26, 9-17, disponible en <<https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.10.001>>.
- FRÍAS, S. (2014), “Ámbitos y formas de violencia contra mujeres y niñas: Evidencias a partir de las encuestas”, *Acta sociológica*, 65, 11-36, disponible en <[https://doi.org/10.1016/S0186-6028\(14\)70235-X](https://doi.org/10.1016/S0186-6028(14)70235-X)>.
- FROMM, E. (1975), *Anatomía de la destructividad humana*, Siglo Veintiuno Editores, CDMX.
- GABALDA, I. (2007), *Manual Teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*, Desclée de Brouwer, Bilbao, España.
- GAMBA, S. (2008a), “Feminismo: Historia y Corrientes”, *Mujeres en Red. El periódico feminista*, 1-8, disponible en <<http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1397>>.
- \_\_\_\_\_ (2008b), “¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género?”, en *Mujeres en Red. El periódico feminista*, 1-5, disponible en <<http://www.mujeresenred.net/spip.php?rubrique97>>.
- GAMBAR, H., Vargas, E. y Del Río, A. (2012), “Medición del grado de

- sensibilidad frente al enfoque basado en derechos humanos y la perspectiva de género en intervenciones psicosociales”, en *Psychosocial Intervention*, 21(1), 3-15, disponible en <<https://doi.org/10.5093/in2012v21n1a8>>.
- HERNÁNDEZ, C., Jiménez, M. y Guadarrama, E. (2015), “La percepción del hostigamiento y acoso sexual en mujeres estudiantes en dos instituciones de educación superior”, en *Revista de la Educación Superior*, 44(4), 63-82, disponible en <<https://doi.org/10.1016/j.resu.2015.12.004>>.
- HERNÁNDEZ, I. (2014), “El ser del varón y el diseño de políticas públicas e intervención social con perspectiva de género”, en *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, (222), 209-234, disponible en <[https://doi.org/10.1016/S0185-1918\(14\)70216-8](https://doi.org/10.1016/S0185-1918(14)70216-8)>.
- INSP (2010a), “Presentación”, en M. Hijar y R. Valdez (eds.), *Programa de reeducación para víctimas y agresores de violencia de pareja: Manual para responsables de programa* (pp. 11-14), Instituto Nacional de Salud Pública y Cámara de Diputados LX Legislatura, México.
- \_\_\_\_\_ (2010b), “Programa de reeducación a víctimas y agresores de violencia de pareja”, en M. Hijar y R. Valdez (eds.), *Programa de reeducación para víctimas y agresores de violencia de pareja: Manual para responsables de programa* (15-38), Instituto Nacional de Salud Pública y Cámara de Diputados LX Legislatura, México.
- IZAGUIRRE, A. y Calvete, E. (2014), “Intimate partner violence during pregnancy: Women’s narratives about their mothering experiences”, en *Psychosocial Intervention*, 23, 209-2015, disponible en <<https://doi.org/10.1016/j.psi.2014.07.010>>.
- JEAN, C., Rivera, S., Amorin, E. y Rivera, L. (2015), “Violencia de pareja en mujeres: Prevalencia y factores asociados”, *Acta de investigación psicológica*, 5(3), 2224-2239, disponible en <[https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30012-6](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30012-6)>.
- MARTÍN, S. (2007), “Los estudios de la masculinidad”, en M. Torras (ed.), *Cuerpo e identidad: Estudios de género y sexualidad I* (pp. 89-116), Edicions UAB, Barcelona.
- OCHOA, M. y Calonge, F. (2014), “La violencia contra las mujeres en la región occidente, México: entre la inoperancia institucional y el conservadurismo social”, en *Acta sociológica*, 65, 121-150, disponi-

- ble en <[https://doi.org/10.1016/S0186-6028\(14\)70239-7](https://doi.org/10.1016/S0186-6028(14)70239-7)>.
- ORTIZ-BARREDA, G. y Vives-Cases, C. (2012), “Violencia contra las mujeres: El papel del sector salud en la legislación internacional”, *Gac. Sanit.*, 26(5), 483-489, disponible en <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.027>>.
- REGUERA, M., Calvario, J. y Mora, F. (2014), “Violencia contra las mujeres en el noreste de México: Elementos para su contextualización”, *Acta sociológica*, 65, 65-95, disponible en <[https://doi.org/10.1016/S0186-6028\(14\)70237-3](https://doi.org/10.1016/S0186-6028(14)70237-3)>.
- RODRÍGUEZ-ESPARTAL, N. y López-Zafra, E. (2013), “Programa emocional para presos por violencia de género (PREMOVIGE): Efectividad en variables cognitivo conductuales”, *Psychosocial Intervention*, 22(2), 115-123.
- ROJAS, M. (2014), “La violencia contra las mujeres en las noticias en México: el tratamiento acrítico y dispar de un grave problema social”, *Acta sociológica*, 65, 37-64, disponible en <[https://doi.org/10.1016/S0186-6028\(14\)70236-1](https://doi.org/10.1016/S0186-6028(14)70236-1)>.
- SALDÍVAR, G., Ramos, L. y Saltijeral, M. (2007), “La aceptación de la violencia y los mitos de violación en estudiantes universitarios: Diferencias por sexo, edad y carrera”, en *Revista Facultad de Medicina*, UNAM, 50(2), 71-75.
- SCOTT-SAMUEL, A. (2009), “Patriarchy, masculinities and health inequalities”, *Gac. Sanit.*, 23(2), 159-160, disponible en <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.11.007>>.
- SUBIRANA-MALARET, M. y Andrés-Pueyo, A. (2013), “Retención proactiva y adherencia terapéutica en programas formativos para hombres maltratadores de la pareja”, en *Psychosocial Intervention*, 22, 95-104, disponible en <<https://doi.org/10.5093/in2013a12>>.
- TÉLLEZ, A. y Verdú, A. (2011), “El significado de la masculinidad para el análisis social”, en *Revista nuevas tendencias en antropología*, 2, 80-103.
- VARELA, H. (2004), “Introducción: La violencia política y la condición humana”, en Ortega, M., Castañeda, J. y Lazarín (comps.), *Violencia: Estado y sociedad, una perspectiva histórica* (pp. 9-26), Miguel Ángel Porrúa, México.



# **ESTUDIO DE CASO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DESDE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL**

*Cindy Gabriela Sainz Villareal  
Karla Patricia Valdés García  
Minerva Cázares Escalera*

## **Introducción**

La preocupación se considera un mecanismo adaptativo, ya que, ante la posibilidad de un evento futuro considerado peligroso, permite la anticipación y preparación para su afrontamiento. Esta aseveración es válida no sólo para la conducta y las ideas asociadas a la preocupación, sino también cuando se estudian emociones como el miedo o fenómenos como la ansiedad, ya que éstos, en la mayoría de los casos, cuando no son clasificados como trastornos, se consideran mecanismos adaptativos y de sobrevivencia entre los seres humanos (Torpy, 2011). Pero en las situaciones en las cuales esta preocupación incrementa sus niveles y genera sintomatología ya considerada como parte de los trastornos de ansiedad, cuando se vuelve crónica, exacerbada y se extiende a diferentes áreas de la vida del sujeto, se clasifica como un trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y pierde el sentido de funcionalidad inicialmente abordado.

El TAG hace referencia a una preocupación excesiva asociada a una amplia diversidad de temas como la salud, el dinero, las relaciones o inte-

racciones con las personas, el trabajo, etcétera. En el TAG la preocupación es tan elevada que interfiere en la vida de quien lo padece, y en algunos casos, las consecuencias emocionales derivan en metapreocupación; es decir, se genera preocupación ante la preocupación misma (Riley, 2014). Las personas con TAG se adelantan a posibles complicaciones que no sólo es poco probable que sucedan, sino que, en el caso de suceder, suelen ser mucho menos trágicas de lo que piensan.

Las cifras a nivel mundial ubican los trastornos de ansiedad o de presión en aproximadamente el 20 por ciento de la población, y se considera que éstos (trastorno obsesivo-compulsivo, fobias, estrés pos-traumático, TAG, por mencionar algunos) afectan al 18 por ciento de la población estadounidense (Torpy, 2011). Otros autores son más moderados en cuanto a su prevalencia y mencionan cifras de hasta el seis por ciento de la población estadounidense y tres por ciento de la población europea (García-Campayo *et al.*, 2012).

Según un boletín de la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM, 2013), la prevalencia del TAG en este país es de entre el tres y el cinco o siete por ciento, y el rango de edad con mayor incidencia de entre 40 y 50 años. Estos datos se obtuvieron de pacientes que acudieron a consultas médicas de atención primaria, observándose un decremento en población mayor de 60 años, dato que contradice los resultados obtenidos por Kishita y Laidlaw (2017), quienes reportaron un incremento de la ansiedad en personas de la tercera edad y, además, comorbilidad con otro tipo de trastornos como los del estado de ánimo, que generan malestar significativo e incapacitante, hallazgo que puede prever un incremento del porcentaje de personas que padecen TAG, debido a la inversión de la pirámide poblacional, aunado a que el inadecuado tratamiento de la población adulta intermedia actual provoque que este grupo poblacional avance a la tercera edad con el padecimiento. Si se compara el porcentaje de prevalencia en el 2013, que va del tres al siete por ciento en relación con los reportados por Vetere en el 2009, que oscilaban entre el 0.7 y el 1.3 por ciento para la población mexicana, se podría inferir un incremento del trastorno. Entre las razones para ello se puede analizar la mayor detección de trastornos mentales, características y variables socioculturales que promueven el incremento de la preocupación, el estrés, la ansiedad en la actualidad, sobre todo en las zonas urbanas.

Dentro de los principales objetivos del presente capítulo, y en concordancia con autores como García-Campayo, Caballero, Pérez y López (2012), se pretende presentar cómo el TAG es uno de los trastornos mentales más invalidantes para las personas que lo padecen; esto, con el fin de recalcar la relevancia de su estudio y generar aportaciones en cuanto a los tratamientos más eficaces debido a su prevalencia, sintomatología y generalización de los síntomas y falta de diagnósticos precisos.

El conocer la etiología del TAG es una pieza clave para su prevención y tratamiento; sin embargo, en la actualidad no se ha llegado a determinar un factor único causante del trastorno, por lo que varios autores han concluido que es multifactorial, incluyendo en el modelo factores genéticos, ambientales, psicológicos, sociales y culturales (Riley, 2014).

En cuanto a su evolución se ha encontrado que es un trastorno que, en algunos casos, los primeros síntomas se presentan en la infancia o adolescencia, y que éstos empiezan como conductas que se podrían considerar normales, que se van exacerbando gradualmente hasta culminar con el desarrollo completo del cuadro clínico; y aunque los síntomas pueden fluctuar en cuanto a su intensidad, se presentan de manera crónica y sus índices de severidad más elevados se asocian a períodos de estrés (Vetere, 2009).

El TAG cuenta con síntomas claramente descritos en el DSM-V (APA, 2014), entre los cuales destacan:

- Ansiedad y preocupación excesiva la mayor parte del tiempo
- Recurrencia en, por lo menos, los últimos seis meses
- Ansiedad y preocupación en diversas áreas o actividades
- Es complicado para la persona controlar la preocupación
- Contar con al menos tres de los siguientes síntomas y que por lo menos uno de ellos haya estado presente la mayor parte del tiempo en los últimos seis meses: inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño
- Existe malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes para la persona
- No es atribuible al uso de sustancias, otros trastornos mentales o a otros problemas médicos

Dentro de los antes mencionados, la preocupación excesiva y crónica es considerada el síntoma patognomónico del TAG; es por ello que los modelos teóricos que explican el trastorno incluyen la preocupación como parte del desarrollo y mantenimiento del mismo (Páges, 2007; Etchebarne *et al.*, 2012).

El factor de riesgo asociado a la herencia en el TAG es de aproximadamente 30 por ciento. También existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que una persona pueda llegar a padecer un TAG, entre ellos, el ser mujer, antecedentes familiares de trastornos de ansiedad, condiciones de vida como la pobreza, violencia intrafamiliar, muerte de algún progenitor en la infancia o abuso sexual (Vetere, 2009; Riley, 2014). Estos factores suelen tener un mayor impacto en el desarrollo del trastorno si se presentan por períodos prolongados.

Otros factores asociados al TAG son baja autoestima, pobres habilidades de resolución de conflictos; adicciones e incrementos prolongados de situaciones estresantes (Riley, 2014).

La importancia del tratamiento de las enfermedades mentales es crucial. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016), tan sólo la depresión y ansiedad cuestan un billón de dólares al año; en México, en el 2013, se realizó un estudio sobre los costos directos e indirectos en el individuo y la sociedad en relación con diversas problemáticas de salud, encontrándose que dentro de los trastornos mentales, la ansiedad generalizada se ubica en el segundo lugar de días laborales perdidos (31.5), siendo superado sólo por la depresión. Dichas cifras se incrementan cuando el trastorno se encuentra en comorbilidad con otros padecimientos físicos como el cáncer, insomnio o migraña (Benjet *et al.*, 2013). Pero además de los porcentajes de comorbilidad con otros trastornos mentales del TAG, que oscilan entre el 66 y 90 por ciento (Brawman-Mintzer y Lydiard, 1996, en Vetere, 2009; García Campayo *et al.*, 2012), se ha encontrado que las personas con dicho trastorno frecuentemente utilizan sustancias adictivas o automedicación en busca de una mejoría (ANMM, 2013), lo que aumenta los costos antes mencionados, ya que se presenta una mayor cantidad de visitas al médico debido a su inadecuado diagnóstico y, por ende, tratamiento.

En relación con el tratamiento, se considera que una combinación de fármacos con psicoterapia es lo más adecuado. Específicamente, dentro de la psicoterapia, varios estudios hacen referencia a la efectividad

del enfoque cognitivo-conductual y de las técnicas que en él se utilizan, para tratar los casos de TAG (Cárdenas *et al.*, 2010; Torpy, 2011; Cuijpers *et al.*, 2016).

En cuanto al uso de fármacos, éstos se utilizan en función de la gravedad y sintomatología del paciente (ANMM, 2013). Capafons (2001) reportó beneficios a corto plazo y efectos secundarios en los tratamientos farmacológicos para el TAG. Entre los medicamentos frecuentemente utilizados están las benzodiacepinas y azapironas que, en las investigaciones, han mostrado efectos dispares en cuanto a la mejoría de los pacientes. El diazepam, por su parte, logra reducir los síntomas de forma satisfactoria, sobre todo los somáticos. No obstante, el tratamiento con mejores resultados y menos complicaciones es la psicoterapia cognitivo-conductual (Chessick *et al.*, 2008).

En el tratamiento psicológico desde el enfoque cognitivo-conductual el trabajo terapéutico se enfoca en la identificación y modificación de los pensamientos irracionales de las personas, ya que desde dicha teoría, y con el modelo ABC propuesto tanto por Ellis (1991) como por Beck (1979, citado en Beck *et al.*, 2010), en general se propone que ante situaciones (identificadas con la A) se generan pensamientos (B) y estos pensamientos llevan a las consecuencias (C). En función de dicho esquema, el conflicto se presenta cuando estos pensamientos (B) son irracionales, rígidos, desadaptativos y generan malestar: si no se trabaja en la reestructuración de estos pensamientos se favorece la repetición de patrones asociados a la preocupación, específicamente en los casos del TAG, trastorno en el que las preocupaciones son descontextualizadas, maximizadas y con una visión de túnel (Beck *et al.*, 2010).

En cuanto a las técnicas utilizadas dentro de la psicoterapia cognitivo-conductual, éstas son diversas y con la posibilidad de ajustarse a las características del paciente. Entre las más comunes se utiliza la psicoeducación, la relajación, la reestructuración cognitiva y técnicas conductuales (Caballo, 2002) que permiten que el paciente genere conductas adaptativas y acordes a sus necesidades.

El estudio de teorías y estrategias de intervención para el TAG es fundamental debido a la prevalencia del trastorno y las bajas tasas de remisión, buscando generar estrategias que demuestren su efectividad empírica (García-Campayo *et al.*, 2012).

## Método

### *Identificación del paciente y motivo de consulta*

Ana<sup>1</sup> es una mujer de 33 años, casada y con dos hijos de cinco y tres años de edad. Su nivel de estudios es de maestría, aunque en el momento de la consulta se dedica al cuidado de sus hijos y al hogar.

Los motivos de consulta de Ana eran dificultades en su relación de pareja relacionadas con desconfianza y celos hacia su esposo, creencias de que él la engañaba o temor a que llegara a hacerlo. Reportó también preocupaciones sobre sus funciones como madre, sobre todo en cuanto a las estrategias que utilizaba para educar a sus hijos. Manifestaba malestar por sobrepeso debido a que dietas y ejercicios no le daban resultado y esto le generaba el no gustarse físicamente e inseguridad. Además de lo anterior, tenía preocupaciones en aspectos como el ser evaluada como mala ama de casa por sus vecinas, en la calidad en sus relaciones con su familia de origen, en general, pues, existían preocupaciones en todas sus áreas de interacción y en función de los roles que desempeñaba, incluso por situaciones a futuro, como el que su esposo o hijos tuvieran un accidente.

Ana reportó sentir estas preocupaciones la mayor parte del tiempo por cosas (algunas) que reconocía como no tan importantes, aunque ella maximizaba dichas situaciones.

Debido a la ansiedad y preocupación, Ana presenta conductas obsesivas compulsivas enfocadas a la limpieza y seguridad de su casa, en donde diariamente tenía que asegurarse, y en repetidas ocasiones, de que todo estuviera cerrado; además, revisaba constantemente su celular en espera de posibles noticias de accidentes o problemas que pudiera tener su esposo, hijos o familiares.

También reportó sentirse mal en su papel de madre, debido a que consideraba que no lograba controlar su enojo y frustración de pareja, lo que la llevaba a tener conductas agresivas inadecuadas hacia sus hi-

<sup>1</sup> Debido a las cuestiones de confidencialidad se ha modificado el nombre de la paciente y algunos datos personales para respetar los estándares éticos. Además de que se cuenta con un consentimiento informado en el cual la paciente autorizó el uso de la información con fines académicos o de investigación.

jos, como gritos y golpes desproporcionados a la conducta de los niños.

En cuanto a algunos antecedentes familiares, se encontró que en su familia existen problemas de somatización a causa de estrés, síntomas de depresión y dependencia. Considera que su madre es aprensiva y sobreprotectora y que en su padre se presentan conductas controladoras, impulsividad y falta de control de emociones.

En su historia personal infantil, se encontró abandono del padre, problemas intrafamiliares y dificultades en la comunicación abierta con los miembros de su familia nuclear. La relación de noviazgo con su actual esposo fue inestable, con frecuentes separaciones y su matrimonio se estableció debido a su embarazo. Ana comenta que intentó comenzar la relación de cero, pero que las dudas, la desconfianza y la ideas de que podía ser engañada continuaron.

Dado el análisis de la información obtenida a través de la entrevista y las pruebas aplicadas se encontró que el origen del problema de Ana tenía como factores precipitantes aspectos hereditarios y de aprendizaje dentro de su familia de origen; por ejemplo, la falta de regulación emocional, conductas controladoras, aprensivas, de preocupación y sobreprotección.

Asimismo, se registró que las conductas asociadas al TAG en Ana se mantenían por las ganancias secundarias: ella lograba disminuir temporalmente su ansiedad al realizar las conductas de revisión constante en su casa y de su celular, o al gritar o pegarles a sus hijos. Además, otro factor que le impedía modificar sus ideas y conductas era la autoimagen de incapacidad con la cual frecuentemente se justificaba y recibía atención de su esposo y su familia.

Los pensamientos automáticos de Ana, tales como: «es mi responsabilidad hacer el quehacer de la casa porque no trabajo»; «no quiero que mis hijos se vayan a quedar sin papá porque se repetirá la historia de mi infancia»; «qué va a decir la gente si salgo desarreglada o no tengo limpia la casa»; «algo malo le puede pasar a mis hijos o a mi esposo» concuerdan con los siguientes esquemas (McKay y Robleto, 2008):

- Debo ser totalmente competente y perfecta en todo lo que emprendo.
- Es más fácil evitar problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.
- Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.

- Debo sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.

Al realizar la evaluación inicial se le aplicó el *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)* (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1984), en el cual destacó la ansiedad cognitiva, motora y cotidiana en el rango de ansiedad severa; ansiedad moderada, en el área fisiológica, interpersonal, fóbica y de evaluación; el nivel de ansiedad total fue severa.

Las consecuencias a corto plazo estaban siendo los problemas de pareja, un alto nivel de ansiedad, la reducción de su vida social y, por lo tanto, de sus redes de apoyo, la presencia de preocupaciones constantes, conductas obsesivo-compulsivas e inseguridad.

A partir de la entrevista y evaluación se llegó al diagnóstico del TAG, con síntomas relacionados al trastorno obsesivo-compulsivo.

Dentro de dicha evaluación se encontró que Ana contaba con fortalezas tales como su adherencia al tratamiento, su capacidad intelectual, que le permitía entender sus problemas, y su disposición en su papel en el cambio de su vida y sus relaciones. Además, durante todo el tratamiento presentó motivación para llevar a cabo las tareas solicitadas en la psicoterapia, por lo que se consideró que su pronóstico era favorable para reducir sus síntomas de ansiedad.

En relación con el tratamiento: se enfocó en lograr una mayor tolerancia a la incertidumbre, seguridad, independencia, control de emociones y modificar las creencias que le generaban malestar, dando un nuevo significado a los acontecimientos y reduciendo la carga emocional que presentaba.

## **Modelo explicativo**

Este caso puede ser explicado desde distintos modelos cognitivos, entre los que podemos mencionar el de Dugas, Marchand y Ladouceur (2005), que propusieron un modelo de TAG en el cual se incluyen cuatro características: 1. La intolerancia a la incertidumbre; 2. Las creencias positivas acerca de la preocupación; 3. La escasa orientación al problema; y 4. La evitación cognitiva.

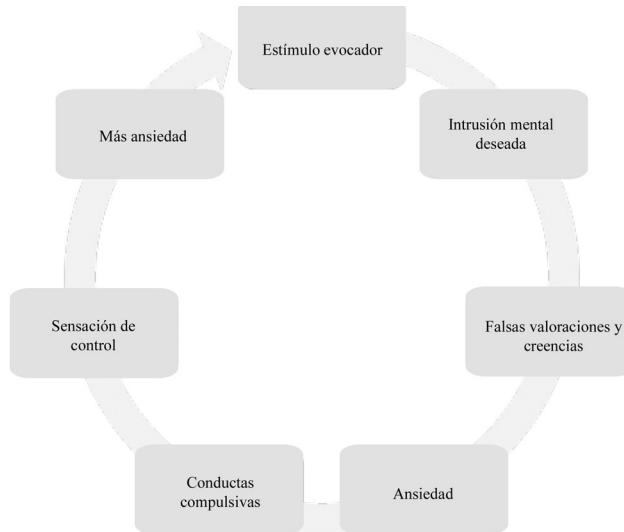
Buhr y Dugas (2006), por su lado, proponen que la intolerancia a la

incertidumbre es en general el mayor predictor de preocupación en las personas con TAG. Consideran que esto, a su vez, era lo que generaba los niveles de preocupación excesiva; además, reconocen que factores como el perfeccionismo, control percibido e intolerancia a la ambigüedad podrían influir en los altos niveles de preocupación (sin considerarlos más importantes que la intolerancia a la incertidumbre).

Las propuestas de ambos modelos explicativos coinciden con algunas de las características observadas en el caso de Ana apoyando el diagnóstico. Para complementar el análisis teórico del TAG se utilizó el modelo de Clark y Beck (2004), el cual explica que cuando existe un estímulo evocador asociado a una intrusión mental indeseada, se generan falsas valoraciones y creencias, y son estos pensamientos los que generan ansiedad elevada en la persona; así, en la búsqueda de neutralizar dichos pensamientos, se desarrollan conductas compulsivas que provocan una sensación de control percibido; sin embargo, como resultado se promueve un ciclo que genera una mayor ansiedad.

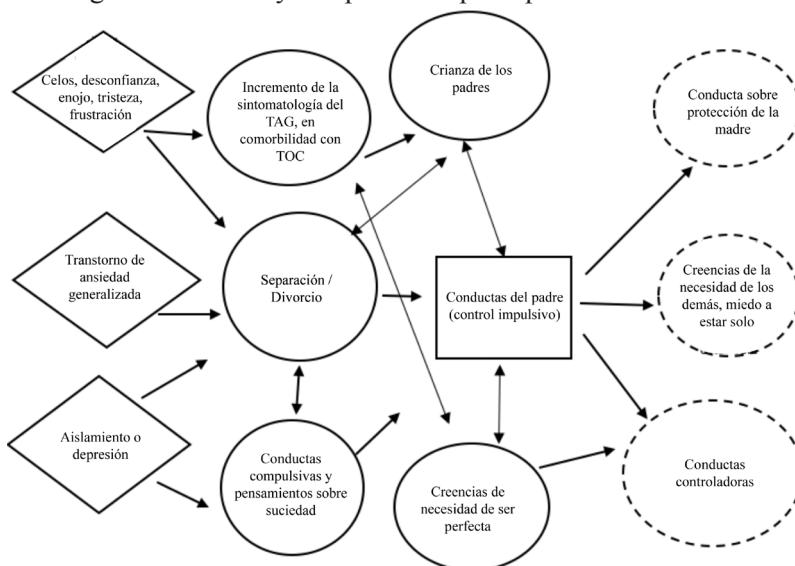
Este modelo se presenta en la siguiente figura (1), que posibilita su comprensión y la relación que existe entre los factores que lo componen y cómo éstos van retroalimentando el ciclo en el cual se encontraba Ana.

Figura 1. Factores y componentes que explican el TAG de Ana



Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Factores y componentes que explican el TAG de Ana



Fuente: elaboración propia.

En el caso de Ana se discutió con ella la hipótesis presentada en la figura 1 y en la formulación del caso, ante lo cual se corroboró que su percepción de un ambiente amenazador surgió a partir de la separación de sus padres, y cuando su madre quedó a cargo de la familia, lo que generó sentimientos de vulnerabilidad e inseguridad. Además, durante su infancia, ella tomó conductas de aprensión vistas en su madre. Cabe destacar que en el inicio de la psicoterapia se sentía preocupada por algo que podría pasar, a ella, su esposo o a sus hijos.

La principal situación amenazadora para Ana era que algo le pasara a su esposo o que la dejara por otra persona; esto le causaba una ansiedad elevada que lograba reducir con conductas como asegurarse de cerrar todo en su casa o limpiándola; esto, asimismo, provocaba que no quisiera salir de su casa y que, en consecuencia, sobreprotegiera a sus hijos. Otras de las conductas que presentaba se relacionaban con desconfianza y celos hacia su esposo. Todas estas conductas reforzaban sus pensamientos y su percepción de amenaza, generando mayor ansiedad y manteniendo conductas obsesivas y discusiones con su pareja.

La ansiedad y el miedo de Ana de que su pareja pudiera dejarla derivaban de la creencia de no poder estar sola y necesitar de alguien, así

como de la constante preocupación de la creencia de tener que ser perfecta y competente en todo lo que hacía; de ahí el afán de la limpieza.

Todo lo anterior se puede ver resumido en la figura 2 sobre la formulación del caso.

### ***Plan de tratamiento***

Para el tratamiento de Ana en la primera entrevista se obtuvo el listado de problemas que ella consideraba necesario abordar y se jerarquizaron en el orden de importancia que ella consideró. Según el nivel de ansiedad que éstos le generaban, ella estableció tres problemáticas principales: dificultades con su pareja, sobrepeso y su papel como madre.

Las metas del tratamiento, acordadas entre Ana y la terapeuta, fueron: reducir el nivel de ansiedad e inquietud motora; lograr controlar sus pensamientos y manejar sus emociones para reducir las conductas de desconfianza y celos, buscando así mejorar la relación de pareja de tal suerte que hubiera menos discusiones, mayor comunicación y una considerable mejora en su habilidad para llegar a acuerdos con su esposo; asimismo, se acordó bajar de peso a través de la mejora de sus hábitos alimenticios y que esto tendría como consecuencia el sentirse más segura; lograr controlar sus emociones, sobre todo en lo relacionando a sus funciones como madre, para no sentirse tan desesperada con sus hijos y promover mayor tiempo de calidad entre ellos.

De acuerdo con las problemáticas encontradas y las metas de tratamiento que la paciente deseaba trabajar, se consideró la siguiente propuesta de desarrollo del tratamiento:

1. Que la paciente conociera los aspectos más importantes del trabajo terapéutico desde el enfoque cognitivo-conductual. Esto se logró a través de la aplicación de técnicas de psicoeducación sobre conceptos como: pensamientos automáticos, registros ABC, distorsiones cognitivas, tareas en casa como parte del tratamiento y la revisión de las mismas en las sesiones posteriores para evaluar su impacto y funcionamiento para alcanzar los objetivos terapéuticos.
2. La identificación, análisis y control de sus emociones. Esto, a partir de técnicas de autorregistros, inicialmente sólo conside-

rando las emociones y su grado de intensidad, para después ir agregando pensamientos útiles o alternativos y distorsiones cognitivas identificadas.

3. Bajar de peso. Se hizo mediante el programa para bajar de peso de J. Beck (2007), analizando los pensamientos automáticos encontrados y registrando los avances.
4. Control de la ansiedad. A través de la puesta en práctica de herramientas de reducción de ansiedad tales como técnicas de respiración, de control y relajación.
5. Mejorar su percepción y capacidad de afrontamiento mediante el trabajo en la reestructuración cognitiva a la par del uso de técnicas conductuales de exposición.
6. Mejorar sus redes de apoyo buscando su independencia, confianza y seguridad a través del establecimiento de prevención de recaídas y agregando actividades conductuales que le resultaran agradables.

## **Curso del tratamiento**

En cuanto a la alianza terapéutica, se obtuvo buena respuesta por parte de Ana. Al principio mostró confianza al hablar de aspectos de carácter íntimo y en la expresión de sentimientos. La alianza se observó en su asistencia puntual a todas las sesiones y en la realización de las tareas encargadas, reconociendo y mostrando interés en los avances que iba obteniendo a lo largo del tratamiento. Esto a su vez favoreció la confianza en la relación terapéutica y la disminución de resistencias.

En cuanto a las intervenciones propiamente dichas, se presenta a continuación la tabla 1, en donde se muestra el trabajo realizado en las sesiones de tratamiento del TAG del caso de Ana.

Como se puede observar, se aplicaron diversas técnicas como autorregistros de emociones, pensamientos y distorsiones cognitivas que se presentaban en situaciones de preocupación o ansiedad; éstos se revisaban y discutían a través de técnicas como las de la flecha descendente o la técnica de las siete preguntas (Beck *et al.*, 2010), para que la paciente llegara a un análisis de sus ideas irrationales.

Tabla 1. Factores y componentes que explican el TAG de Ana

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas
1	Obtención de información; hacer lista jerarquizada de problemas; generar un compromiso terapéutico; brindar información sobre la TCC.	Entrevista inicial Contrato terapéutico Consentimiento informado Psicoeducación	Llenar la historia clínica Lecturas sobre TCC Autorregistros ABC
2	Clarificación de objetivos terapéuticos; identificación de situaciones, pensamientos, emociones y conductas; trabajo con habilidades de afrontamiento	Analisis funcional Autorregistro ABC con escala de intensidad Técnica de respiración de un minuto Parada del pensamiento	Llenar los formatos Autorregistro Practicar las técnicas Llenado de pruebas de evaluación
3	Analisis de resultados de evaluación; reestructuración cognitiva	Explicación de la formulación de caso Debate socrático Autorreforzamiento Agenda diaria	Autorregistros Practicar respiración Llevar agenda diaria de actividades
4	Modificación de la interpretación de las amenazas; identificación y conocimiento de distorsiones cognitivas	Autorregistro ABC Debate Flecha descendente Autorreforzamiento	Autorregistro Practicar técnicas revisadas Agregar a la agenda una actividad de interés
5	Aumentar la sensación de control sobre los pensamientos no deseados	Valoración de pensamientos Desestrafotización Análisis de estrategias empleadas	Autorregistro Pensamientos alternativos Identificación de distorsiones cognitivas Revisar videos de meditación guiada
6	Aumentar la percepción de capacidad de afrontamiento		
7	Mejorar las habilidades de afrontamiento y redes de apoyo social	Jerarquización de situaciones estresantes y conductas de protección Estrategias de solución de problemas Exposición imaginada	Utilizar estrategias y practicar los ejercicios revisados en la sesión
8	Mejoramiento de habilidades conductuales	Revisión de técnicas de afrontamiento Exposición con prevención de respuesta	Planiificar y realizar actividades sociales en su agenda Practicar ejercicios de exposición según lo revisado en sesión
	Valoración de avances Reforzamiento	Exposición con prevención de respuesta Análisis de autorregistros y escalas de intensidad Prevención de recaídas	Practicar ejercicios de exposición y los trabajados durante la sesión Continuar con las herramientas aprendidas en sesión

Fuente: elaboración propia.

samientos ahora con una filosofía de vida más objetiva y científica para la interpretación cognitiva de los eventos a los que se llegan a enfrentar.

La reestructuración, en el caso de Ana, se fue generando con el uso de diferentes técnicas, como las ya mencionadas (ver tabla 1), y otras como el debate, descatastrofización, identificación de distorsiones cognitivas en conjunto con el paciente, análisis de los esquemas irracionales, parada del pensamiento y distracción mental, implementando al final pensamientos útiles alternativos propuestos por Ana que vinieron a sustituir las ideas irracionales que antes tenía.

Asimismo, el aspecto cognitivo se reforzó con cambios conductuales que reforzaron los nuevos pensamientos, para lo cual se aplicaron técnicas conductuales enfocadas al desarrollo de habilidades de expresión y comunicación efectiva, exposición con respecto a conductas obsesivo-compulsivas de limpieza con prevención de respuesta y técnicas fisiológicas para reducir la ansiedad, como de respiración, relajación y meditación guiada.

Además, considerando aspectos de las tres áreas: cognitiva, conductual y fisiológica, se encargaban tareas en cada sesión, que buscaban que Ana pusiera en práctica las habilidades adquiridas durante las sesiones y que fuera capaz de aplicarlas en ambientes reales para ir así disminuyendo su ansiedad. Entre las tareas que fueron planteadas podemos mencionar: solicitar a Ana realizar actividades (agradables) fuera de casa, como tomar cursos de su interés, salidas con amigas, ejercicio planificado en gimnasio, organización a través de la agenda diaria, entre otras.

También como parte del tratamiento se elaboraron formatos basados en el programa para bajar de peso de Beck (2007), que fueron llenados como otra tarea y revisados en las sesiones posteriores.

## **Dificultades del tratamiento**

Uno de los aspectos poco reportados, y que consideramos una parte importante, es el de las dificultades que se pueden llegar a tener cuando se trabaja en psicoterapia. En este caso, algunos de los obstáculos que se presentaron a Ana fueron ciertas resistencias ante el trabajo en temas que le generaban alta ansiedad; por ejemplo, la relación con su padre, siendo este aspecto el único en el que se le dificultó realizar las tareas solicita-

das –o no las realizaba–. Esto se asocia con lo propuesto por Rettew *et al.* (2006), quienes reportan cierta relación con la evitación al dolor y el TAG; aunque los autores especifican que esta característica de ninguna forma puede ser predictora o sintomática del trastorno.

En el caso de Ana, sí se encontró correlación entre estos aspectos en una de las problemáticas emergentes que se dieron durante el tratamiento: la relación conflictiva con su padre que, inicialmente, no fue considerada para trabajarse como un objetivo terapéutico. Desde la propuesta de Rettew *et al.* (2006) podría explicarse la negativa y la evitación al dolor emocional que tenía Ana, para trabajar con los conflictos que tenía con su padre, problema el cual ella misma consideraba muy difícil y doloroso de afrontar.

En cuanto a mejorar sus redes de apoyo y sociales, de inicio se sentía un poco incrédula en cuanto a la utilidad de las mismas, al trabajo realizado en las sesiones y a las tareas asignadas, dudas que, durante el tratamiento, disminuyeron, dejando de ser un punto débil a partir de las tareas conductuales que realizó.

Otra de las tareas que se complicó en el tratamiento fue la de exposición, sobre todo los primeros ejercicios en que Ana no logró controlar su nivel de ansiedad, por lo que no los completó. Esto se analizó durante la siguiente sesión y se encontraron aspectos cognitivos relacionados con la catastrofización, que la llevaban a generar ansiedad y a pensar que los eventos serían negativos. Estos aspectos fueron trabajados para retomar la tarea y en la siguiente sesión se observaron resultados satisfactorios, comprobados en la comparación de autorregistros solicitados a la paciente.

Dentro de las dificultades del tratamiento y relacionadas con los altos niveles de ansiedad estuvo el lograr bajar de peso. A partir de la revisión del programa de peso se logró modificar los pensamientos sobre sus objetivos y motivantes. En un principio, Ana quería bajar de peso para mejorar su autopercepción y sentirse atractiva; tras la intervención, ella refirió que su nueva motivación estaba asociada a la salud y a la sensación de relajación que le generaba una dieta balanceada y la práctica de una actividad física.

En general, se puede recomendar en el tratamiento de pacientes con TAG el revisar constantemente los niveles de ansiedad y cómo ésta interfiere en los procedimientos y estrategias terapéuticas.

## Resultados

Al finalizar el tratamiento se encontró que Ana tuvo una mayor tolerancia a la incertidumbre, lograba controlar su ansiedad y valorar las prioridades en sus actividades sin sentir culpa por aquello que no le salía bien o que no podía hacer en un momento determinado. Se logró comunicar con mayor efectividad en sus relaciones y se mantenía estable emocionalmente; esto se encontraba no sólo en las referencias directas dadas por la paciente, sino también en los resultados de la postevaluación.

La relación con su pareja y sus hijos mejoró significativamente (desde la perspectiva de Ana). En las últimas sesiones refirió sus nuevas formas de reaccionar. Al finalizar el tratamiento ya no discutía tan frecuentemente con su esposo; sus celos e inseguridad con respecto a la relación de pareja se presentaban en ocasiones, pero utilizaba estrategias y herramientas aprendidas para detener los pensamientos que antes le generaban malestar de manera prolongada. Con sus hijos, la preocupación por su bienestar se mantuvo controlada, refiriendo que ya no pensaba constantemente en ello, y sus reacciones de enojo desproporcionado por las conductas de sus hijos habían disminuido a un grado en el que ya no le provocaba el malestar emocional que había referido al inicio del tratamiento.

Al terminar el proceso psicoterapéutico, Ana era capaz de realizar actividades fuera de casa que le agradaban y reportaba sentirse más segura.

No se logró trabajar completamente con las problemáticas en cuanto a la relación con su padre, pero, en general, ella misma notó muchos avances y mejoría.

## Conclusiones

La intervención realizada en el caso presentado se basó en las teorías explicativas del TAG que, en este caso, se ajustaron a los síntomas, características y consecuencias observadas. Aspectos tales como las dificultades en la infancia o la prevalencia de una preocupación excesiva por diversas problemáticas se identificaron en el caso de Ana en concordancia con lo propuesto desde la teoría.

Un aspecto importante por considerar dentro de los motivos de consulta de la paciente fue su deseo de bajar de peso, ya que esto estaba directamente relacionado con la ansiedad que presentaba. Se obtuvieron efectos positivos de la actividad física en la reducción de los síntomas del TAG, en concordancia con lo propuesto por Herring, Hallgren y Campbell (2017), quienes reportan dichos efectos, en particular por la actividad aeróbica.

Al inicio del proceso terapéutico Ana mencionó que buscaba eliminar por completo sus pensamientos y emociones negativas para poder mejorar. A partir de la psicoeducación y el trabajo en las sesiones con diversas técnicas y tareas, ella pudo tener reacciones de enojo y celos más adaptativas y controladas, cambiando su perspectiva inicial, lo cual fue comprobado a través de la retroalimentación a la terapeuta. Conforme avanzó en las sesiones, comprendió que los pensamientos pueden aparecer y las emociones no dejan de sentirse, y fue capaz de darse cuenta de que lo importante era que ella fuera capaz de identificar las emociones y analizarlas de la forma más objetiva y científica posible, para así lograr que dichas emociones se ajustaran a la situación de forma proporcional y adaptativa.

Ana refirió que las técnicas de relajación aprendidas en terapia le habían sido de gran utilidad para ser capaz de sentir enojo, principalmente, pero, al mismo tiempo, detenerse para no realizar procesamientos automáticos de las situaciones, poder controlar los pensamientos y hacer un análisis de éstas.

Revisó y aceptó la presencia de cada uno de los esquemas encontrados en la evaluación inicial y logró debatirlos cuando se encontraba en situaciones estresantes.

Según lo reportado por diversos autores, la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser adecuada y traer resultados positivos en el abordaje de los trastornos de ansiedad (Hofmann *et al.*, 2012). Es importante retomar, desde la teoría, los protocolos de atención para dicho trastorno y ajustarlos a las características específicas de cada paciente, además de ir generando más información en cuanto a las técnicas y tareas que resultan más útiles en el tratamiento del TAG.

Desde la experiencia clínica, y en el caso específicamente reportado, se encontró que la motivación y la adherencia al tratamiento son, en definitiva, dos factores determinantes para alcanzar los objetivos terapéuticos, ya que

la efectividad comprobada de un enfoque psicoterapéutico no genera los resultados positivos sin la consideración de esas dos variables.

Como última reflexión del presente trabajo se considera la importancia de la investigación en el área de la psicología clínica, para la comprobación de resultados y evidencias científicas, de la efectividad en la aplicación de técnicas y protocolos propuestos por autores extranjeros, ya que los factores culturales y sociales influyen en la aplicación metodológica ajustada a un contexto específico para lograr el éxito en las intervenciones psicológicas.

## Fuentes consultadas

- ANMM (2013), “El trastorno de ansiedad generalizada”, en *Revista de la Facultad de Medicina*, 56(4), 53-55, México.
- APA (2014), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5.a ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- BECK, A. et al. (2010), *Terapia cognitiva de la depresión*, Desclée de Brouwer, España.
- BECK, J. (2007), *El método Beck para adelgazar, entrena tu mente para pensar como una persona delgada*, GEDISA, Estados Unidos.
- BENJET, C. et al. (2013), “Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedad”, en *Salud Pública de México*, 55, 248-256.
- BUHR, K. y Dugas, M. (2006), “Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relations- hip with worry”, en *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 222-236.
- CABALLO V. (2002), *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*, vol. 1, Siglo XXI de España Editores, España.
- CÁRDENAS, E. M. et al. (2010), *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México.
- CAPAFONS, A. (2001), “Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada”, en *Psicothema*, 13(3), 442-446.
- CHESSICK, C. et al. (2008), “Azapironas para el trastorno de ansiedad generalizada”, en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 8(2), 1-55.

- CLARK D. y Beck A. (2012), *Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad*, Desclée de Brower, España.
- CUIJPERS, P. et al. (2016), “Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis”, en *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 79-89, disponible en <<http://dx.doi.org/10.1016/j.janx-dis.2016.09.003>>.
- DUGAS, M., Marchand, A. y Ladouceur, R. (2005), “Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity”, en *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 329-343.
- ELLIS, A. (1991), “The revised ABC’s of rational-emotive therapy (RET)”, en *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9(3), 139-172, doi:10.1007/BF01061227.
- ETCHEBARNE, I. et al. (2012), “El abordaje clínico de la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada: resultados preliminares”, en *Anuario de investigaciones*, 19(1), 215-223.
- GARCÍA-CAMPAYO, J. et al. (2012), “Prevalencia y síntomas del trastorno de ansiedad generalizada recién diagnosticado en los servicios de atención primaria: El estudio GADAP”, en *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(3), 105-113.
- GONZÁLEZ, B. (2008), “Formulaciones Clínicas en Psicoterapia”, en *Terapia Psicológica*, 27, 93-102.
- HERRING, M. P., Hallgren, M. y Campbell, M. J. (2017), “Acute exercise effects on worry, state anxiety, and feelings of energy and fatigue among young women with probable Generalized Anxiety Disorder: A pilot study”, *Psychology of Sport and Exercise*, disponible en <<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.07.009>>.
- HOFMANN, S. G. et al. (2012), “The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses”, *Cognitive Therapy and Research*, disponible en <<http://dx.doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>>.
- KISHITA, N. y Laidlaw, K. (2017), “Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults?”, en *Clinical Psychology Review*, 52, 124-136, disponible en <<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.003>>.
- MCKAY D. y Robleto, E. (2008), *Inventario de creencias irracionalas*, Manual Albert Ellis, Psicho Metric.

- MIGUEL-TOBAL, J. J. y Cano-Vindel A. R. (1984), “Desarrollo de un inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)”, en *Libro de comunicaciones del Primer Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*, c. o. p., Madrid.
- OMS (2016), “La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400 por ciento”, Centro de prensa, disponible en <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>>.
- PÁGES, S. (2007), “Trastorno de Ansiedad Generalizada”, en *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, xvi (1), 89-94.
- RETTEW, D. *et al.* (2006), “Exploring the boundary between temperament and generalized anxiety disorder: A receiver operating characteristic analysis”, en *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 931-945.
- RILEY, J. (diciembre, 2014), “Trastorno de Ansiedad Generalizada”, disponible en <<https://www.cancercarewny.com/content.aspx?chunkid=103686>>.
- TORPY, J. (2011), “Trastorno de ansiedad generalizada”, en *La Revista de la American Medical Association*, 305(5).
- VETERE, G. (2009), “Epidemiología del Trastorno de Ansiedad Generalizada”, trabajo presentado en el I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología de las XVI Jornadas de Investigación. Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires, Argentina, disponible en <<https://www.academica.org/000-020/197.pdf>>.

# **ESTUDIO DE CASO DEL MANEJO DE LA IRA EN LAS RELACIONES COTIDIANAS**

*Yolanda Aracely Ibarra Cerdá  
Alicia Hernández Montaño*

## **Introducción**

A nivel nacional, la violencia social ha registrado cifras sorprendentes en los últimos años. En 2016 se reportaron más de 23,000 homicidios (Instituto Nacional de Estadística e Geografía [INEGI], 2016). En lo que respecta a la violencia intrafamiliar, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), realizada en el 2016, reporta que el 43 por ciento de mujeres entrevistadas han sufrido violencia por parte de su actual o última pareja, esposo o novio, a lo largo de su relación (INEGI, 2017). Sin embargo, poco se dice sobre la emoción que frecuentemente, aunque no siempre, precede tales conductas agresivas, la ira.

El presente capítulo pretende ilustrar la importancia de abordar la ira como una emoción primaria universal y como una entidad clínica que requiere mayor estudio científico. Su abordaje requiere de modelos explicativos y estrategias con fundamento empírico. De ahí, el objetivo del presente trabajo, que pretende mostrar el manejo clínico desde el enfoque cognitivo-conductual, testificando que es un modelo teórico-práctico efectivo en el manejo de esta emoción universal.

## La conceptualización de la ira

Se sabe que las manifestaciones de la ira tienen consecuencias negativas en las áreas físicas, interpersonales y sociales, cuando ésta se presenta intensamente y con frecuencia (DiGiuseppe y Tafrate, 2007). Es una emoción que se ha relacionado con la agresión y la violencia, con consecuencias inmediatas en las relaciones laborales, sociales y familiares, poniendo de manifiesto la pobre solución de problemas y habilidades sociales.

De acuerdo con Castillo, Vanegas y Sosa (2013), uno de los principales problemas en el estudio de la ira consiste en distinguirla de la agresión, la hostilidad y términos afines, pues se suelen cometer errores al usarla indistintamente, viéndose afectado su diagnóstico e intervenciones.

De ahí que resulta necesario revisar las definiciones más conocidas sobre la ira para optimizar la evaluación y su tratamiento clínico.

Una de las definiciones más amplia y fácil de comprender es dada por Izard (1991), quien la describe como una emoción primaria que se presenta cuando un organismo es bloqueado en la consecución de una meta o necesidad. Autores como Schachter (1971) y Novaco (1975) incluyen en su definición variables más cognitivas y conductuales, y reconocen una interferencia cognitiva que interrumpe la conducta con una expresión de afectos negativos hacia los otros, adoptando una actitud de defensa, al percibir aquélla como una oposición provocadora.

En la misma línea, Deffenbacher (1999) la define como un estado experiencial con contenidos emocionales, cognitivos y psicológicos que se interactúan entre sí, observándose una influencia de uno al otro en una forma que se vive como un fenómeno único. Pero es DiGiuseppe y Tafrate (2007) quienes sugieren integrar varias de las anteriores definiciones, apuntando que la ira es una experiencia emotiva subjetiva en la que, en un inicio, el estímulo es percibido como un daño que puede perdurar una vez que la amenaza ha pasado. Está relacionada con cogniciones atributivas y evaluativas que derivan en una respuesta de contraposición ante el estímulo percibido como amenaza. La ira es expresada a través de una comunicación no verbal y de conductas agresivas.

La ira también es una emoción que puede avisarnos que algo anda mal y que el bienestar perdido debe ser reestablecido. Es decir, existe la

ira funcional y la disfuncional. Averill (1993) identificó algunas características de la ira funcional:

- Se dirige a corregir algún hecho.
- Se dirige al responsable del agravio solamente.
- No se desplaza a un inocente.
- El propósito es corregir y prevenir.
- Es proporcional a la ofensa.
- Aparece próxima a la provocación y no dura más de lo requerido para corregir la situación.
- Envuelve compromiso y resolución para resolver el problema.

### ***El manejo de la ira***

Existen diferentes propuestas para el abordaje clínico de la ira. Dentro de las más representativas está la de Deffenbacher (1994), que sugiere:

- a) Aumentar la conciencia de déficit. Es importante que el paciente tome conciencia de la respuesta disfuncional que está dando, para aumentar las respuestas que conlleven al desarrollo de habilidades de afrontamiento para reducir o controlar la ira.
- b) Interrumpir el desarrollo de la respuesta de ira. Consiste en que el paciente implemente estrategias para el control de la ira, siendo las autoinstrucciones las más recomendadas. Éstas consisten en la elaboración de frases como: «ya basta», seguidas de pensamientos distractores que pueden incluir imágenes agradables o la realización de actividades con la intención de interrumpir el proceso emocional de la respuesta de ira.
- c) Entrenamiento en relajación. Se propone un entrenamiento en la relajación muscular progresiva que genere relajación y calma para el manejo de situaciones provocadoras de la ira.
- d) Reestructuración cognitiva. Se refiere a la modificación de los sesgos que pueden llevar a respuestas de ira. Las principales distorsiones cognitivas que hay que tratar son: pensamiento catastrófico, los «deberías», el pensamiento dicotómico, la sobregeneralización; todo ello, para dotar de mayor flexibilización al tipo de atribuciones que realizan los pacientes.
- e) Solución de problemas y autoinstrucciones que ayuden a desarrollar

los pasos para encaminar la ira como el principal problema a resolver. Hay que encaminar las autoinstrucciones para reforzar los éxitos y así fortalecer la autoestima.

- f) Incrementar el reconocimiento de las señales fisiológicas que preceden a la ira. Esto puede ayudar al paciente a identificar cuando un episodio de ira está por presentarse.
- g) Identificar los estímulos discriminativos que desencadenan las conductas agresivas, desde palabras, frases, posturas corporales o situaciones específicas.
- h) Detener el impulso que pone en marcha la respuesta agresiva mediante autoinstrucciones.
- i) Proporcionar habilidades sociales que permitan manejar las situaciones problemáticas de un modo más adaptativo.
- j) Promover el empleo de estrategias de solución de problemas.

Partiendo de la conceptualización de la ira, donde interactúan componentes emocionales, cognitivos y psicológicos (Deffenbacher, 1999; DiGiuseppe y Tafrate, 2007), consideramos que la intervención cognitivo-conductual es un modelo que puede ser adecuado para su manejo clínico.

En general, la terapia cognitivo-conductual busca modificar las cogniciones y conductas que complican los problemas de salud a través de técnicas basadas en la investigación científica (Garduño, Riveros y Sánchez-Sosa, 2010). Desde sus proponentes clásicos esta terapia pretende corregir patrones de pensamiento y creencias irracionales (Beck, 1976; Ellis, 1980), enseñar técnicas de comunicación eficaz, reducir los efectos del estrés con afrontamiento eficaz y autorregular reacciones emocionales negativas que añaden sufrimiento (Casado-Morales y Laguna-Bonilla, 2017).

## **Método**

### ***Identificación del paciente y motivo de consulta***

La paciente, Daniela, es una mujer de 37 años de edad, de nivel socioeconómico medio, empleada de un negocio local. Es madre soltera de una

hija de 22 años, quien cursa la preparatoria. Vive en unión libre con su pareja, con la que mantiene una relación estable desde hace diez años.

Solicita consulta debido a su carácter explosivo, suele enojarse con facilidad, principalmente cuando las cosas no salen como a ella le gustan. Esto ha repercutido de manera negativa en sus relaciones familiares y de trabajo.

### ***Historia del problema***

Durante la entrevista inicial, Daniela informa que sus padres se divorciaron cuando ella tenía alrededor de diez años; ella y sus tres hermanos menores (dos mujeres y un varón), quedaron entonces al cuidado de su madre. El padre se desligó de sus responsabilidades económicas y afectivas. A partir de esta situación, Daniela asumió el cuidado de la familia: entrando a la adolescencia comenzó a trabajar para contribuir a la economía de casa. Menciona que en ese momento sintió que ella debía ser la responsable del cuidado emocional de su madre y hermanas. Mucho tiempo se cuestionó la actitud irresponsable del padre. En la adolescencia, conoce al padre de su hija, después de una relación corta queda embarazada a los 15 años de edad; sin embargo, este hombre decide no hacerse cargo de la menor y ella asume continuar con el cuidado de la niña sin su apoyo. Esta situación la lleva a reafirmar su idea de ser una pieza fundamental en la vida de sus seres queridos: los percibe como vulnerables y faltos de recursos para hacerse cargo de sus vidas.

Menciona que desde hace unos meses se han incrementado sus problemas laborales y familiares. Trabaja en una empresa local en el departamento de Compras, teniendo cinco trabajadores a su cargo. Dentro de sus funciones está la de supervisar las actividades laborales de sus colaboradores, quienes le refieren tener un carácter muy explosivo, lo que ha provocado que la eviten para no discutir.

Ha llegado a ser reportada por algunos proveedores de la empresa porque deja de comprarles material como respuesta a su inconformidad y enojo ante algún descontento con éstos. Lo que principalmente la molesta es que los demás no realicen su trabajo como deben de hacerlo; desde su punto de vista, a sus colaboradores les vale su trabajo, lo cual genera en ella coraje, desesperación y frustración. Ante esto, Daniela

termina realizando trabajo que no le corresponde, sintiéndose cansada físicamente por la carga que representa.

Comparte el mismo espacio laboral con su pareja, con quien ha tenido problemas derivados de los conflictos con sus colaboradores. Él trata de hacerle ver que su forma de reaccionar explosiva no es la más adecuada, pero lo único que se produce es otra discusión entre ellos y la sensación de que él les da la razón a los trabajadores.

Respecto a la relación con su hija, quien se encuentra en la etapa de la adolescencia, se caracteriza por discusiones frecuentes. El tipo de comunicación entre ellas es más un monólogo en el que Daniela le hace saber de los peligros a los que está expuesta en la cotidianidad y la llena de consejos que espera lleve a cabo. No obstante, la joven considera que tiene criterio para saber cómo conducirse, así que cuando no hace lo que la madre espera, ésta se enfurece y comienzan las discusiones, que terminan en castigos. La hija se siente tan abrumada que ha amenazado con irse de la casa. Estos episodios han llevado a Daniela a cuestionarse duramente si está haciendo un buen trabajo como madre, siente temor de equivocarse, pues para ella es muy difícil ser madre soltera de una adolescente.

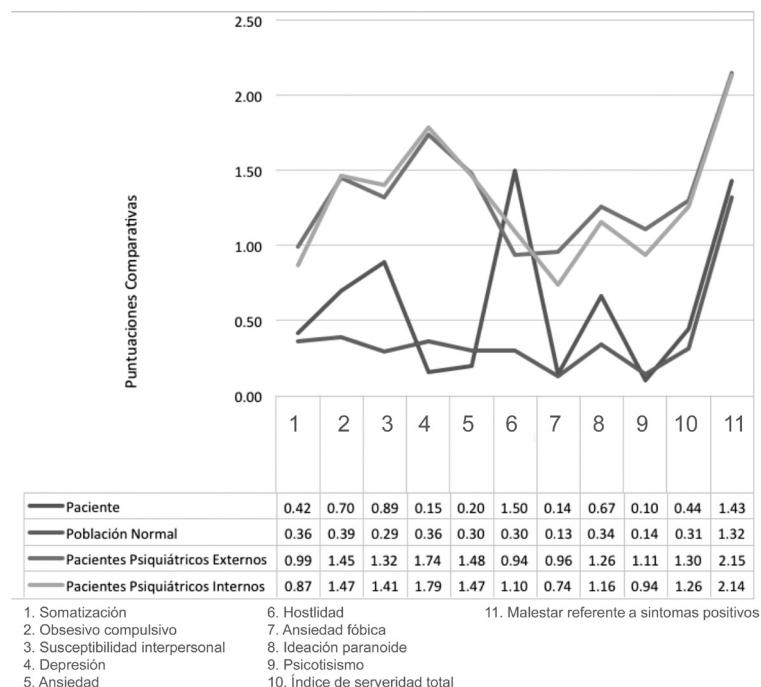
Sin embargo, estos conflictos, laborales y familiares, se han vuelto su mayor motivación para asistir a terapia, pues tiene temor de que la relación con su hija se fracture aún más. Considera que posiblemente tiene un problema con su carácter explosivo que refieren sus compañeros de trabajo.

### ***Evaluación***

Para la evaluación se utilizó, por un lado, el *Inventario de Síntomas (SCL-90-R)* (Derogatis, 1975). La prueba ha sido desarrollada para el diagnóstico clínico y está integrada por 90 ítems sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias: somatización, obsesiones y compulsiones, susceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Y tres índices globales de malestar psicológico: índice global de severidad, índice positivo de malestar y total de síntomas positivos.

En la figura 1 se puede observar que la paciente refiere un alto grado de hostilidad (1.50), en comparación con la población normal, seguida de susceptibilidad personal (.89) y, con menor grado, ideaciones paranoides (.67). Cabe destacar que refiere un malestar de síntomas positivos mayor (1.43) que lo real.

Figura 1. Perfil gráfico SCL-90-R



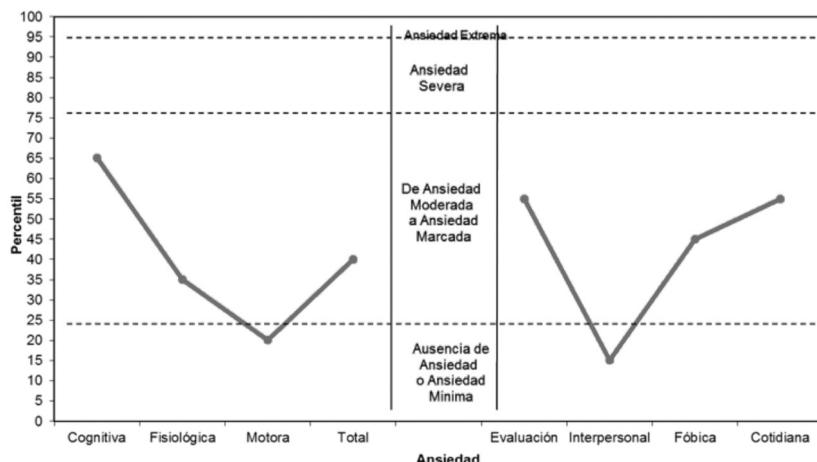
Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, el *Inventory de Situaciones y Respuestas de Ansiedad* (ISRA) (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1984) consiste en evaluar la frecuencia con que se manifiesta una serie de respuestas o conductas de ansiedad ante distintas situaciones, a nivel cognitivo, fisiológico y motor.

En relación con las áreas situacionales de la ansiedad, la paciente refleja una ansiedad cognitiva de moderada a marcada, y una ansiedad de evaluación y en su vida cotidiana de un nivel moderado a un nivel

marcado. Esto indica que su aspecto cognitivo es el más marcado, sobre todo con referencia a la evaluación que hace de sus situaciones cotidianas (ver figura 2).

Figura 2. Resultados del ISRA



Fuente: elaboración propia.

El Inventory de Creencias Irracionales (Mc.Kay y Robleto, 2008), el cual tiene como objetivo detectar las ideas autolimitadoras particulares que contribuyen, de forma encubierta, a que se dé el estrés y la infelicidad, consta de 100 preguntas de respuesta dicotómica (No de acuerdo/De acuerdo).

En el caso de la paciente evaluada se identifican las siguientes creencias irracionales:

- Es horrible cuando las cosas no van como a uno le gustaría que fueran.
- Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.

#### *Breve formulación del análisis funcional del caso clínico*

El diagrama de la figura 3 representa, de forma resumida, los problemas que experimenta Daniela, incluyendo la falta de control de ira, caracterizada en el plano cognitivo por la presencia de continuos pensamientos

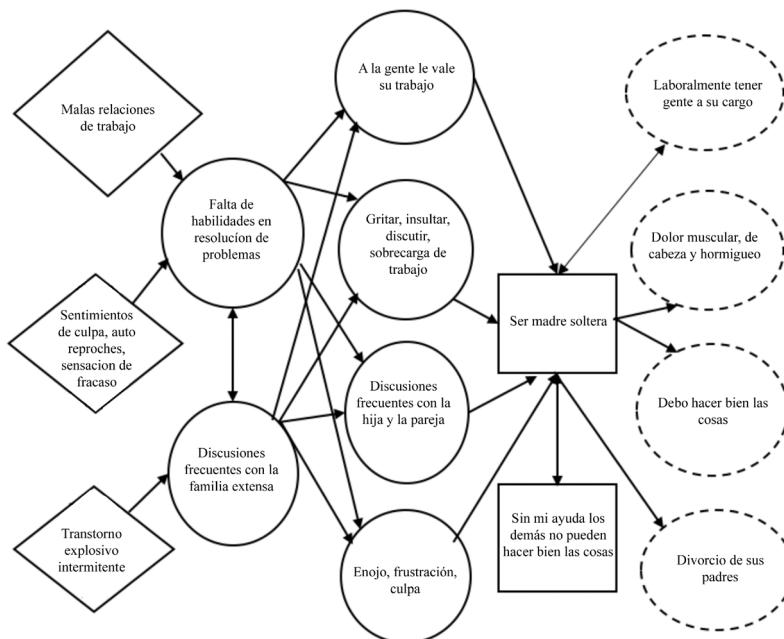
negativos acerca del actuar de las personas que la rodean. Tener un puesto de decisiones y gente a su cargo activa una serie de creencias relacionadas a la necesidad de control (las cosas tienen que ser a mi manera). Asimismo, ser madre soltera la lleva a sobreexigirse en la disciplina de su hija, como una forma de compensar la ausencia del padre. Particularmente, prevalece un pensamiento de que sin su ayuda los demás no pueden hacer las cosas, creencias todo o nada (o las cosas se hacen bien o mejor no se hacen), lectura de la mente (los demás piensan que soy una exagerada), sobregeneralización (la gente no es capaz de ser responsable en nada) y deberías (la gente debe hacer bien las cosas/ yo debo hacer bien las cosas). Estos pensamientos le asaltan especialmente cuando los trabajadores que están bajo su mando no cumplen una tarea de acuerdo al estándar que ella considera que es correcto. Con su hija, cuando ésta no sigue alguna regla de la casa, aumenta su ira y comienza a discutir tratando de convencerla de que su forma de actuar es incorrecta, luego se arrepiente de cómo ha actuado y siente gran preocupación por no haber podido controlarse.

A nivel fisiológico, y coincidiendo con el momento en que va a estallar, Daniela presenta respuestas de tensión en distintas partes de su cuerpo, especialmente dolor muscular en espalda y cuello, y de vez en cuando adormecimiento (hormigueo) de sus extremidades. Estos síntomas también permanecen después de algún episodio de ira.

A nivel conductual, emite respuestas directamente relacionadas con la ira, como gritar o discutir. Con sus compañeros de trabajo, opta por dejarles de hablar y realizar ella misma dichas las tareas criticadas, sobrecargándose de responsabilidades que no le corresponden y afectando así su condición física. Con su hija establece un monólogo de críticas y regaños, castigándola en la mayoría de las veces.

La falta de control de ira también influye en sus relaciones sociales, a tal grado que sus compañeros de trabajo la han etiquetado como intolerante y enojona, relegándola de la convivencia cotidiana. La parte que más le preocupa son los conflictos con su hija, los cuales han aumentado al grado que la joven le ha expresado el deseo de irse de la casa. Su pareja ha tratado de hacerle ver los efectos negativos de su forma de reaccionar, pero sólo consigue entrar en más discusiones con ella. Cuando las cosas se calman, Daniela se arrepiente, reprochándose no estar haciendo las cosas bien, generándole una sensación de fracaso.

Figura 3. Formulación clínica del caso de Daniela.



Fuente: elaboración propia.

### **Modelo explicativo**

El abandono temprano del padre y la incapacidad de su madre de ejercer funcionalmente su rol materno ocasionó que durante su infancia Daniela viviera en un ambiente desprovisto de una figura de protección y falta de predicción (emocional y económica), esto favoreció la aparición de esquemas tempranos sobre la necesidad de mantener la sensación de control, reforzando la idea de que los demás necesitan de su ayuda para poder llevar su vida.

Cuando las cosas no se hacen apegadas a su visión (por ejemplo, el comportamiento de su hija y el desempeño laboral de sus compañeros de trabajo), se ponen en marcha los mecanismos cognitivos desadaptados, produciendo, por un lado, un aumento de conductas ineficaces para negociar y tomar decisiones adecuadas, destacando las discusio-

nes y conductas castigadoras (que mantienen o incrementan el cuadro por un proceso de reforzamiento negativo).

De manera general, la necesidad de control de la paciente la incapacita para negociar, porque esto implica flexibilizar su visión única del mundo; de ahí se deriva su falta de herramientas adecuadas para el manejo de acuerdos interpersonales.

### ***Diagnóstico***

De acuerdo con la información recabada, se confirma el diagnóstico, según criterios DSM-5 (APA, 2013), de F63.81, Trastorno Explosivo Intermitente [312.34], con una evaluación de la actividad global moderada (EEAG: 60).

Los niveles de adaptación actuales de la paciente, así como su ajuste en las diferentes áreas de su vida (familiar, de pareja y social), hacen que no se pueda determinar la presencia de ningún otro trastorno mental en el eje II y III ni en el resto de los ejes de la evaluación multiaxial.

### ***Objetivos terapéuticos***

Se establece como objetivo principal de intervención el dotar de herramientas a la paciente para el adecuado manejo de su carácter explosivo. Para alcanzar dicho objetivo, se fija: 1) la modificación de su visión única del mundo y la necesidad de control; 2) el desarrollo de una comunicación asertiva, y 3) la instauración de una adecuada forma de solucionar sus problemas.

### ***Plan de tratamiento***

El tratamiento se desarrolló a lo largo de siete sesiones y con un diseño cognitivo-conductual, cuyos componentes fundamentales se estructuraron de la siguiente manera:

1. *Entrevista inicial*: la finalidad es la de establecer una alianza terapéutica, indagar acerca del problema, explicar la terapia cog-

nitivo-conductual (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). En esta etapa también se jerarquizan las diferentes problemáticas que la paciente presenta, sus antecedentes y consecuencias, cuáles han sido las formas de solucionarlos previamente, el nivel de motivación para el cambio, la percepción que tiene acerca de su problema, así como las habilidades de afrontamiento (Cormier y Cormier, 2000).

2. *Psicoeducación*: consiste en que la paciente se familiarice con su problemática, la forma de afrontarla, así como el intentar que, al tener el conocimiento, lo aplique a la mejora de su vida, tanto en su desarrollo personal como en el familiar. Dentro de este proceso se le enseña a reconocer sus síntomas, sus respuestas, así como sus habilidades de afrontamiento y el reconocimiento de las personas con las que cuenta como apoyo (Caballo, 2007).
3. *Relajación progresiva*: debido a la falta de regulación emocional que presenta la paciente y ante el hecho de manifestar reacciones fisiológicas como tensión muscular, dolor de cuello y espalda, sobre todo cuando se da cuenta de que se encuentra en una situación que no puede controlar, la relajación progresiva le permite disminuir los niveles de tensión, tensando y destensando los diferentes grupos musculares y haciendo conciencia de las sensaciones que se van presentando (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).
4. *Reestructuración cognitiva*: con el objetivo de modificar creencias, las distorsiones cognitivas del pensamiento que la llevan a mantener el problema de forma negativa (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), al momento de reestructurar se tiene como finalidad el que la paciente cambie sus pensamientos por otros que le sean funcionales, reduciendo así las perturbaciones emocionales o conductuales (Bados y García, 2010).
5. *Desarrollo de habilidades sociales*: proceso de asertividad con el que se pretendió que lograra reconocer las diferencias entre la conducta asertiva, no asertiva y la agresiva, para lo cual se utilizó el autorregistro de diferentes situaciones que la llevan a no autorregularse, interfiriendo en diferentes ámbitos de su vida (Caballo, 2007). Al final, se perciben las diferencias y se llevó a cabo un *role playing* en sesión para hacer efectiva la asertividad.

6. *Solución de problemas*: utilizada para que la paciente mejore sus relaciones interpersonales, la técnica de solución de problemas le ayuda a generar alternativas de afrontamiento eficaces a la paciente y, de esta forma, evitar que ella deje de asumir que es la única que puede hacer las cosas bien y sentirse sobrecargada (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).
7. *Prevención de respuesta*: tiene como fin que la paciente sepa identificar los momentos en los cuales comúnmente pierde el control, logrando así autorregularse mientras imagina lo que quiere decir y cómo, y así evitar que la respuesta desadaptada se presente, neutralizando los estímulos que percibe (Caballo, 2007).

### ***Resultados del tratamiento***

Respecto a los cambios cualitativos, hay que destacar que se han alcanzado de forma satisfactoria los principales objetivos propuestos.

El uso frecuente de la detención del pensamiento y las autoinstrucciones han reducido de forma importante la frecuencia e intensidad de sus pensamientos respecto al control y, por tanto, se observa una disminución de los conflictos interpersonales con su hija, sus compañeros de trabajo y su pareja. A esto han contribuido las técnicas de resolución de conflictos, que incluyen el desarrollo de una comunicación asertiva, que ha permitido establecer un diálogo constructivo con las personas de su entorno, por lo que suele enojarse menos y corroborar lo que aprendió con sus autorregistros al darse cuenta de que la percepción que tenía acerca de sí misma, en cuanto a su enojo, es, en realidad, menos de lo que ella pensaba, llevándola a sentirse más relajada al respecto.

Identifica de forma adecuada los pensamientos automáticos negativos, sustituyéndolos por otros más adaptativos; por ejemplo: «si alguien me contesta de forma enojada, no significa que lo esté conmigo, sino que puede estar pasando por alguna situación complicada con alguien más». El hecho de poder reconocer sus pensamientos automáticos disfuncionales la ha llevado a lograr en ella una reestructuración de los mismos, beneficiándose sus relaciones interpersonales, pues ahora se conduce de manera más flexible. Con su hija se mejoró la relación, pasan más tiempo juntas y ha comenzado a otorgarle permisos a los que

antes no accedía por pensar que algo malo pudiera pasarle. A su vez, esto también la llevó a discutir menos con su pareja, con quien le costaba trabajo llegar a acuerdos para solucionar sus conflictos.

Como una forma de autorregularse, continúa practicando la relajación progresiva e implementa estrategias conductuales como el retiro cuando se da cuenta de que está molesta y esto le puede traer un problema.

## Conclusiones

El objetivo del presente trabajo fue demostrar la eficacia de la intervención cognitivo-conductual en el manejo de la ira. Se considera que dentro de los aspectos claves para el manejo del caso estuvo el apego a las definiciones teóricas de este fenómeno (DiGiuseppe y Tafrate, 2007), que hablan de una interrelación entre la cognición, la emoción y las respuestas conductuales.

Esto permitió el diseño de la intervención desde los modelos cognitivo-conductuales, los cuales están alienados a dichas conceptualizaciones; es decir, buscan modificar las cogniciones y conductas que complican los problemas de salud a través de técnicas basadas en la investigación científica (Garduño *et al.*, 2010).

Entrenar a la paciente en la detección de cogniciones erróneas, habilidades sociales y solución de problemas (Deffenbacher, 1994) condujo a la flexibilización cognitiva: la paciente consiguió reelaborar otro tipo de pensamientos funcionales que le permitieron mejorar sus relaciones sociales.

Una de las observaciones más relevantes es que la intervención le devolvió a la paciente su capacidad de agencia personal; es decir, la destreza para tener su vida nuevamente dentro de su control, tomar decisiones responsables, disminuyendo las conductas disfuncionales y aumentando hábitos cognitivos más saludables.

## Fuentes consultadas

APA (2014), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5.a ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.

- AVERILL, J. R. (1993), "Illusions of anger", en R. B. Felson y J. T. Tedeschi (eds.), *Aggression and violence: A social interactionistic perspective*, American Psychological Association, Washington DC.
- BADOS, A. y García, E. (2010), *La técnica de la reestructuración cognitiva*, disponible en <<http://hdl.handle.net/2445/12302>>.
- BECK, A. T. (1976), *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, International University Press, New York.
- CABALLO, V. (2007), *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*, vol 1: *trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*, Siglo xxi, España.
- CASADO-MORALES, M. I. y Laguna-Bonilla, S. (2017), "Trastorno de síntomas somáticos: de la sospecha de simulación al tratamiento cognitivo-conductual", en *Clínica y Salud*, 1-8, disponible en <<http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.004>>.
- CASTILLO, R., Vanegas, S. y Sosa, M. (2013), "La ira y el riesgo en el comportamiento personal", en *Prevención de riesgo físico y emocional: Medidas de protección personal y familiar ante el delito*, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida.
- CORMIER, W. y Cormier, L. (2000), *Estrategias de entrevista para terapeutas. Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*, Desclée de Brouwer, España.
- DEFFENBACHER, J. (1999), "Cognitive-Behavioral Conceptualization and treatment of Anger", en *J. Clinic Psychol*, 55(3), 295-309.
- DEROGATIS, L. R. (1975), "The SCL-90-R", en *Clinical Psychometric Research*, Baltimore.
- DIGIUSEPPE, R. y Tafrate, R. (2007), *Understanding Anger Disorders*, University Press, Oxford.
- ELLIS, A. (1980), "Rational emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences", en *Cognitive Therapy & Research*, 4(3), 325-340.
- GARDUÑO, C., Riveros, A. y Sánchez-Sosa, J. J. (2010), "Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual", en *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 69-80.
- INEGI (18 de agosto de 2017), "Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016", *Boletín de Prensa Número 379/17*.

- \_\_\_\_\_ (2016), “Boletín informativo sobre la violencia social”, en *Boletín de Prensa*.
- IZARD, C. E. (1991), *The Psychology of emotions*, Plenum Press, New York.
- MC.KAY D., y Robleto, E. (2008), “Inventario de creencias irracionales”, en *Manual Albert Ellis*, Psicho Metric.
- MIGUEL-TOBAL, J. J. y Cano-Vindel A. R. (1984), “Desarrollo de un inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)”, en *Libro de Comunicaciones del Primer Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*, COP, Madrid.
- NIETO, M. Á. P., Delgado, M. M. R. y León, L. (2008), “Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica”, en *REME*, 11(28).
- NOVACO, R. B. (1975), *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*, Heath, Lexington, Mass, D.C.
- RUIZ, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012), *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*, Desclée de Brouwer, Bilbao.
- SCHACHTER, S. (1971), *Emotion Obesity and Crime*, Academic Press, New York.

# INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN DOS CASOS CLÍNICOS

*Tania Fernanda Madrueño Chávez  
Iris Rubí Monroy Velasco*

«Si nuestro pensamiento queda marcado por significados simbólicos distorsionados, razonamientos ilógicos e interpretaciones erróneas, nos volvemos, en verdad, ciegos y sordos»

Aaron Beck

## Introducción

El objetivo del presente capítulo es presentar dos casos con problemas de regulación emocional, atendidos con el enfoque cognitivo-conductual en la Clínica de Psicología Preventiva, perteneciente al posgrado en la unidad de Campo Redondo, Saltillo, Coahuila. Esto, con el propósito de realzar la relevancia del tratamiento desde dicho enfoque en problemáticas emocionales que podrían suceder en la cotidaneidad. Ellis y Abrahms (2005) definen el enfoque cognitivo-conductual como una forma de intervención psicológica que implica el tratamiento de emociones profundas y sentimientos que generen síntomas de ansiedad, depresión, baja tolerancia a la frustración, etcétera. Por otro lado, también es un método conocido por brindar apoyo a aquellas personas que padecen algún tipo de alteración somática o psicosomática, con el fin de superar sentimientos como los citos y conductas inapropiadas en un

lapso relativamente breve de tiempo, ya que abarca métodos cognitivos y conductuales.

Como parte fundamental del presente proyecto, se utilizó la teoría del ABC, que ha sido desarrollada por Albert Ellis y Aaron Beck. Ésta hace hincapié en el análisis de las cogniciones para llevar a cabo cambios en la conducta. Ellis y Abrahms (2005), por su parte, utilizan este tratamiento para ayudar a las personas a identificar sus pensamientos irracionales y discutirlos. Los componentes de esta teoría son:

- A. Acontecimientos o experiencias activantes, que también consisten en las reacciones emocionales insuficientes o excesivas a alguna experiencia.
- B. Ideas o creencias (*beliefs*), que pueden ser conscientes e inconscientes, así como las evaluaciones, filosofías o interpretaciones de A. Aquí están implicadas tanto las creencias racionales como las irracionales.
- C. Consecuencias o reacciones emocionales, que pueden ser sentimientos de culpa, de inutilidad, depresión, etcétera, de modo muy acentuado, y esto conlleva conductas consideradas inapropiadas.
- D. Discutir estas creencias irracionales e intercambiarlas con hipótesis más comprobables científicamente, que abarcan pensamientos sobre sí mismos y sobre el mundo.
- E. Efecto de discutir las creencias irracionales. Aquí se da un efecto filosófico o cognoscitivo: se reemplazan las creencias irracionales hasta que la persona les dé un nuevo significado cognitivo. Es importante señalar que, en este punto, la persona podría recrearse sus creencias irracionales, de modo que la discusión en el punto D debe ser lo más vigorosa posible para enfrentar las futuras contingencias.

Ahora bien, Beck, quien es conocido por su aportación al tratamiento de depresión, considera y propone el modelo de la tríada cognitiva, la cual implica tres patrones cognitivos inadecuados en el paciente: visión negativa de sí mismo, tendencia a interpretar expectativas de manera negativa y visión negativa del futuro. Los esquemas (actitudes, supuestos y creencias) que la persona posee son el primer componente que le permite transformar en cogniciones los datos que percibe; es decir, dependiendo de éstos, el

sujeto desarrolla cogniciones o pensamientos adecuados o inadecuados (pensamientos automáticos negativos, en caso de depresión), que son el segundo componente. Su tercer componente son los errores cognitivos o de procesamiento de la información; éstos mantienen su creencia en conceptos negativos y su cambio constituye un elemento fundamental en la terapia (Oblitas, 2008).

Ese mismo autor señala que los trastornos psicológicos provienen de maneras erróneas, concretas y habituales de pensar, conocidas como distorsiones cognitivas, que son el resultado de una dinámica entre las creencias nucleares, las intermedias y los pensamientos automáticos. Las primeras refieren a «significados personales» sobre el mundo, los demás y uno mismo; aprendidas por las diversas experiencias, representan el nivel más fundamental de creencias, son rígidas e implican una sobregeneralización. Las intermedias son conocidas como reglas, actitudes o asunciones. Y los últimos son contenidos de pensamientos involuntarios que emergen de manera rápida y refieren el acontecimiento actual (Mainiere, 1992).

De esta manera, el estímulo o situación (A) genera los pensamientos automáticos (B) que conllevan a una respuesta o reacción (C).

Oblitas (2008) afirma que Beck clasifica los errores de pensamiento en seis:

1. Inferencia arbitraria: sacar conclusiones en ausencia de evidencia que la apoye o con evidencia contraria a la conclusión.
2. Abstracción selectiva: centrarse en un detalle exterior, ignorando lo más importante de la situación conceptualizando toda la experiencia con base en ese fragmento.
3. Generalización excesiva: elaborar una regla o conclusión general a partir de hechos aislados, aplicando el concepto a situaciones similares.
4. Maximización y minimización: la persona incrementa o disminuye la importancia de un suceso o conducta hasta llegar a deformarlo.
5. Personalización: tendencia y facilidad para atribuirse fenómenos externos, aun sin existencia de bases para crear tal correlación.
6. Pensamiento absolutista y dicotómico: tendencia a clasificar las experiencias sin considerar aspectos intermedios.

Los tratamientos que utiliza este modelo se centran en detectar las condiciones erróneas y cambiarlas a un proceso más óptimo para la realidad.

El terapeuta cognitivo debe conceder un importante papel a la emoción y a la relación terapéutica.

## Marco teórico

En el siguiente apartado se da una breve explicación de las técnicas cognitivo-conductuales que se emplearon para ambos casos:

- A. Respiración profunda: según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), se lleva a cabo en las siguientes fases: *a) inspiración, b) pausa inspiratoria, c) espiración y d) pausa espiratoria*. Teniendo en cuenta esto, existen diferentes tipos de respiración: respiración costal, respiración diafragmática y respiración abdominal. Se utiliza para reducir las diferentes alteraciones respiratorias y es útil para disminuir el nivel de activación general. Se lleva a cabo con las siguientes indicaciones:
  - a) Sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la mano derecha sobre la izquierda.
  - b) Imaginar una bolsa vacía dentro del abdomen, en donde se apoyan las manos.
  - c) Comenzar a respirar y notar cómo se va llenando de aire la bolsa y cómo la onda asciende hasta los hombros. Inspirar durante tres a cinco segundos.
  - d) Mantener la respiración y repetirse interiormente «Mi cuerpo está relajado».
  - e) Exhalar el aire despacio, al mismo tiempo que uno mismo se da indicaciones o sugerencias de relajación.

Este entrenamiento se realiza, por lo general, con cuatro o cinco ejercicios de respiración seguidos que se repiten entre diez y 15 veces al día, por la mañana, tarde, noche y, especialmente, en situaciones estresantes.

- B. Detención del pensamiento: se trata de un método simple y efectivo para detener el flujo de pensamientos disfuncionales. Para

lograr esto es necesario primero llevar a cabo una enumeración y descripción de dichos pensamientos, luego una con pensamientos funcionales y agradables; posteriormente, se le enseña a la persona a relajarse y se induce a la secuencia de los pensamientos disfuncionales; después se lleva a cabo la interrupción de dichos pensamientos (el terapeuta puede gritar «Alto/Stop» y puede llevar a cabo alguna acción para dar énfasis, como un golpe en la mesa), esto da pie a un cambio hacia un pensamiento que sea agradable (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

- C. Solución de problemas: Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) puntualizan que su objetivo principal es incrementar la habilidad del individuo para afrontar las experiencias estresantes cotidianas y promover una mayor competencia cognitiva y conductual en el manejo de dichas situaciones mediante la aplicación de estrategias de afrontamiento adaptativas. Según Nezu y D'Zurilla (2014), los objetivos de la terapia de solución de problemas (TSP) son reducir la psicopatología, así como optimizar funcionamiento conductual y psicológico, previendo las recaídas y desarrollo de nuevos problemas y maximizando la calidad de vida. Se define como una secuencia a través de la cual los individuos tratan de identificar soluciones eficaces a los problemas de la vida cotidiana, generando y utilizando conjuntos de destrezas y habilidades cognitivas, conductuales o emocionales, puestas en marcha coordinadamente de manera flexible para adecuarse a los diferentes escenarios estresantes. Más que una estrategia concreta de afrontamiento es un proceso de adaptación, comprensión y valoración de los diferentes acontecimientos. Asume como principio que la sintomatología psicopatológica es la consecuencia negativa derivada del afrontamiento ineficaz e inadaptativo. Se ha mostrado efectivo para diversos problemas clínicos como trastornos de depresión, ansiedad, dificultades de sueño, irritabilidad, sintomatología psicofisiológica, etcétera, así como para hacer frente a complicaciones clínicas de carácter crónico. Esta terapia adapta al paciente para ajustarse a los problemas que generan o agravan la sintomatología. Es breve, entre cuatro y 12 sesiones de tratamiento, focalizada y de aspecto directivo, aborda de manera ordenada los siguientes objetivos: modificar naturale-

za estresante de una situación o respuesta emocional, generar alternativas de solución, analizar y valorar dichas alternativas, y establecer la implementación de la solución elegida. Es por esto por lo que incluye diferentes técnicas como psicoeducación, ejercicios de resolución de problemas interactivos, tareas prácticas con objetivos motivacionales, etcétera. Pretende ayudar al sujeto a adoptar nuevas formas de afrontamientos realistas y positivas, entender el papel de las emociones y desarrollar un plan de acción dirigido a reducir el malestar psicológico y mejorar la sensación de bienestar. Los fundamentos teóricos están ligados a los siguientes hechos: interés por la creatividad en la década de los cincuenta en EUA, surgimiento del modelo de competencia social aplicado a psicopatología en oposición al modelo médico presente desde la década de los cincuenta; expansión cognitiva dentro de la terapia de conducta y la implicación de variables cognitivas cada vez más indispensables, dando mayor importancia en el origen de los problemas de salud mental; y el desarrollo de la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman, en 1984, centrada en el análisis de transacciones individuo-ambiente, que pueden ayudar a entender mejor los problemas de la vida cotidiana y los procesos de solución de problemas. Las etapas de este proceso son las siguientes:

1. Evaluación.
2. Intervención
3. Mantenimiento y generalización

Por su parte, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) establecen cinco fases para el entrenamiento específico de solución de problemas:

1. Orientación general.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generación de alternativas de solución: este proceso debe guiarse por dos principios: de cantidad (cuantas más soluciones, mayor probabilidad de encontrar una apropiada solución) y de diversidad (cuanta más diversidad, mayor potencial de adaptación).
4. Toma de decisiones: se estudia cada opción e incluso es útil llevar a cabo un análisis de la combinación de algunas opciones, la idea es que la persona escoja tres o cuatro alternativas para ser

analizadas en términos de ventajas y desventajas, o consecuencias positivas y negativas.

5. Implementación de la solución y verificación: se planifica la puesta en marcha de la solución, estableciendo pasos y recursos para ellos. Tras llevarse a cabo cada uno de los pasos se valorarán los resultados.

- D. Reestructuración cognitiva: de acuerdo con Bados, García Grau y Bados López (2010), la reestructuración cognitiva consiste en que la persona sea capaz de identificar y cuestionar sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine su perturbación conductual y emocional. Los pensamientos son trabajados como hipótesis y, junto con el terapeuta, deben recoger información para determinar si estas hipótesis son correctas o inútiles. Las cogniciones son posibles de modificar. Basándose en el modelo ABC de Ellis, es posible afirmar que no son los acontecimientos en sí los responsables de las reacciones, sino las cogniciones al respecto. Para poder identificar los pensamientos, es importante que la persona distinga entre emociones y pensamientos, escribir pensamientos concretos, identificar aquellos pensamientos que son importantes (los que producen malestar emocional). Dentro de la técnica de reestructuración cognitiva, se utilizan diversas técnicas para identificar los pensamientos y creencias, las cuales son:

- Identificar temas o contenidos generales. Esto se lleva a cabo mediante los pensamientos, verbalizaciones y acciones de la persona y su resistencia a ciertos comportamientos. Por ejemplo, las normas perfeccionistas, preocupación por rechazo y visión de uno mismo como inútil.
- Técnica de la flecha descendente. Se utiliza para buscar la creencia básica que yace debajo de un pensamiento; para ello, se puede hacer preguntas como «si este pensamiento fuera verdad, ¿qué significaría para ti?», «si esta creencia fuera verdad, ¿qué habría de perturbador o de malo en ello?», «¿qué sucedería si... (tal cosa fuera así)?». Al usarla hay que tener cuidado para que la creencia final identificada sea creíble para la persona.

- Análisis del pensamiento o uso de la técnica de flecha descendente con emociones intensas, sean positivas o negativas.
- Prestar atención a aquellos acontecimientos recordados por el paciente como significativos en su infancia con las figuras de apego.
- Hacer que el paciente lleve a cabo un análisis de imperativos internos, sus pensamientos de lo terrible que es perder el control, pensamientos sobre aquello que no puede soportar y pensamientos de condena, sean hacia sí mismo o hacia otros.
- Utilizar cuestionarios de actitudes o creencias disfuncionales.

## **Método**

### ***Identificación de pacientes***

Los siguientes casos fueron referidos al Departamento de Psicología Preventiva desde diversas fuentes. En el caso de Lucero (Caso clínico 1), se trata de una joven de 20 años, soltera, estudiante de Psicología que vive con sus padres y sus dos hermanos varones, se presenta aliñada y cooperativa con la terapia. Por otro lado, Nicolás (Caso clínico 2) es un joven de 25 años de edad, divorciado, trabaja y estudia como aprendiz de matricero en una fábrica, vive con su mamá y su hermana. Se presenta a terapia moderadamente colaborativo, con actitud seria y cabizbaja.

### **Caso clínico 1**

#### ***Identificación del motivo de consulta***

Lucero asiste a terapia porque refiere que «se ha vuelto más enojona»; dice que desde siempre ha tenido una personalidad explosiva, pero que, últimamente, esto ha repercutido de manera negativa en sus relaciones familiares, escolares y laborales, debido a que se pelea y discute con los demás hasta el punto de gritar maldiciones.

## ***Historia del problema***

Lucero relata que atribuye su carácter explosivo a la infidelidad por parte de su padre, suceso que ella descubrió en diciembre, debido a que vio mensajes de otra mujer en el celular de su padre tras pedirlo prestado. Luego de ello, trató de confrontar a su padre, pero éste simplemente le negaba todo. Después de esto, decidió ponerse en contacto con la otra mujer, quien le confirmó una relación con su padre. Luego de pensarla, decide decirle a su madre. Para su sorpresa, ella ya sabía. Al cuestionarla, la mujer admite que lo ha sabido desde hace tiempo, pero que ha preferido no hacer nada, ya que su marido lo niega. Esto generó profundos sentimientos de enojo en Lucero hacia su padre, desconfianza en los hombres, así como el hecho de que su madre sea consciente de esta situación y «no haga nada». Ella dice que no les ha dicho a sus hermanos, pero tiene la sospecha de que uno de ellos lo sabe. Su padre sigue viviendo con ellos, pero ella muestra actitudes groseras hacia él y también discute con su madre.

Estas actitudes también se manifiestan para con su familia externa. Lucero tiene una constante preocupación por su abuela materna y asegura que padece depresión por el hecho de que se encuentra tomando medicamento, además de que tiene problemas de la presión. Su abuela enviudó hace dos años, y Lucero asegura que desde entonces aquélla se muestra decaída. Lo que le molesta a Lucero es el ambiente en el que vive su abuela, puesto que, debido a que no puede estar sola, vive con uno de sus tíos, pero «vive muy mal», según palabras de Lucero, «no le hacen caso y nomás la dejan ahí, arrumbada, y me da mucha tristeza y coraje ver cómo la tienen». La razón por la cual sus tíos toman estas actitudes hacia ella y su madre, según afirma la paciente, es por una pelea que guardan con los hermanos de su madre, para quedarse con la casa en la cual vivían sus abuelos.

Al preguntar y cuestionar sobre sus pensamientos y sentimientos respecto a esta situación, ella asegura que le gustaría que su abuela se mudara con ella y su familia, que le gustaría «llevársela» con ellos para que esté mejor; sin embargo, en sesión afirmó que su abuela ha comentado que no quiere mudarse, que ella prefiere estar ahí, ya que éas fueron las últimas plegarias de su difunto marido. Lucero se encuentra frustrada ante esta situación, que le genera ambivalencia de, por un

lado, querer que su abuela esté bien en su casa y, por otro lado, el hecho de que ella prefiere no moverse de la casa en la cual reside. Ante esta situación, se siente frustrada e impotente.

Lucero ha demostrado ser una buena alumna y estudiante, pero menciona que una de sus características, que ella percibe como defecto, es su impuntualidad, y afirma que no quiere meterse en problemas debido a esto. También ha mostrado ser una alumna a la cual siente que se le han hecho algunas «injusticias», puesto que cuando se olvida de tareas o llega tarde, se le llama la atención, mientras que a otros alumnos que son «más flojos y menos honestos, no son capaces de decirles nada ni aunque copien frente a sus narices (de los maestros)».

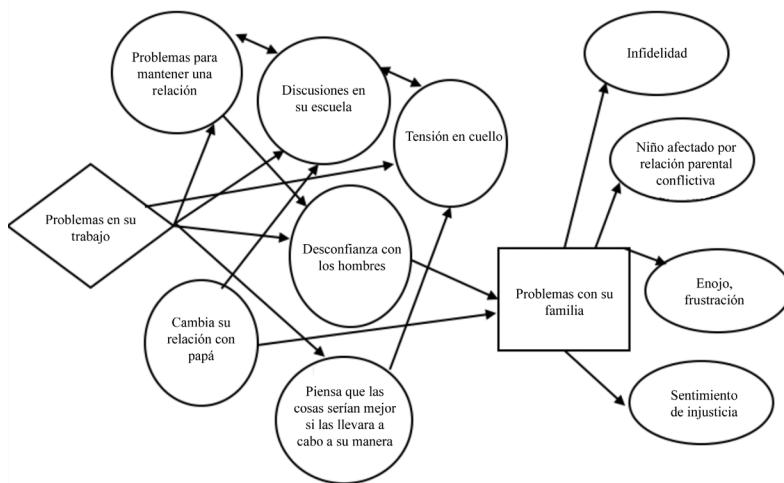
Los pensamientos y conductas de Lucero pueden verse en la tabla 1, mientras que la formulación clínica, en la figura 1.

Tabla 1. Pensamientos y conductas ABC de Lucero

A	B	C
Infidelidad por parte de su padre	<b>Somáticos</b> Tensión en el cuello	<b>Consecuencias A corto plazo</b> Problemas con su familia Discusiones en su escuela Problemas con su trabajo
	<b>Emocionales</b> Enojo, frustración, tristeza, injusticia por su madre	
	<b>Cognitivos</b> Piensa que no podrá volver a confiar en hombres Piensa que las cosas serían mejor si las llevara a cabo a su manera	<b>A largo plazo</b> Problemas para mantener una relación Problemas con su familia Problemas con sus maestros
	<b>Conductuales</b> Discute con su familia y maestros Desconfía en los hombres	

Fuente: elaboración propia.

Figura 1. Formulación clínica del caso de Lucero



Fuente: elaboración propia.

### ***Diagnóstico***

De acuerdo con la información recabada durante la entrevista realizada en la primer sesión, y según los criterios DSM-5 APA (2013) V61.29 (62.898), el diagnóstico es de: Niño afectado por relación parental conflictiva.

### ***Establecimiento de las metas del tratamiento***

La personalidad de Lucero es explosiva, su poca tolerancia a la frustración agranda sus reacciones y activa sus creencias irrationales, cuyo tema central es «debo tener el control», «las cosas deben salir a mi manera»; por lo tanto, como objetivo principal se planteó generar en la paciente mejores maneras de afrontar situaciones complicadas, para lo cual se establecen las siguientes metas: 1) ayudar a controlar

sus arranques de ira mediante técnicas conductuales, 2) identificar sus pensamientos irracionales en la cotidianeidad, 3) discutir dichos pensamientos y 4) erradicar las creencias irracionales y sustituirlas por ideas que resulten menos perturbadoras.

### ***Plan de tratamiento***

En el siguiente apartado se muestran los resultados del Caso clínico 1, Lucero; para ello, es de suma importancia hacer mención de las técnicas cognitivo-conductuales que se emplearon en su tratamiento.

- A. Respiración profunda: de esta manera, Lucero aprenderá a relajarse al concentrarse en su respiración y a abstenerse de contestar de manera precipitada y agresiva.
- B. Parada del pensamiento: con esta técnica se espera que Lucero deje de pensar en aquellas cosas que le preocupan y que no pueda controlar.
- C. Solución de problemas: se espera que Lucero sea capaz de pensar en posibles soluciones ante problemas que realmente pueda cambiar.
- D. Reestructuración cognitiva: con esta técnica se identificará y discutirán las ideas irracionales de Lucero y se intercambiarán por creencias que le generen menos conflicto emocional.
- E. Asignación de tareas, las cuales incluyen: autorregistro ABC, identificación de pensamientos automáticos, hacer un análisis de ventajas y desventajas de dichos pensamientos y debatirlos. De la misma manera se utilizaron las tareas que tengan relación con alguna de las fases de la TPS: identificar los problemas, hacer un análisis de ventajas, desventajas y probabilidades y revisar las soluciones que se tengan como opciones para posibles soluciones.

### **Resultados**

En la intervención se llevó a cabo el manejo de las respuestas conductuales y fisiológicas mediante la técnica de respiración profunda. Primeramente, se utilizó la psicoeducación para explicar a Lucero ven-

tajas sobre la respiración profunda y cómo respirar con el abdomen. Se procedió a enseñarle el proceso por tiempos, en particular, en cuatro-ocho-cuatro: cuatro segundos para inhalar, ocho para contener la respiración y cuatro para exhalar. Se le indicó que podría llevarlo por tiempo (por ejemplo, 15 minutos cada día) o por repeticiones (por ejemplo, tres repeticiones al día) y que ella podría cambiar los tiempos según su comodidad. Se descartó el tiempo de pausa espiratoria para evitar que sintiera mareos; sin embargo, se le indicó que podría llevarla a cabo una vez que se hubiera acostumbrado al ejercicio.

Mediante el uso de las técnicas de parada del pensamiento y reestructuración cognitiva, se detectaron y discutieron sus creencias sobre aquellas cosas que preocupan o estresan a Lucero, como lo son: la condición de su abuela, los conflictos con sus tíos, problemas en su escuela y algunos conflictos que tiene en su casa, ya que durante la intervención narra que a veces tiene discusiones con su papá y uno de sus hermanos porque no limpian la casa. En cuanto a las cuestiones con su familia extensa (refiriéndose en particular a las discusiones entre sus tíos) se utilizó la reestructuración cognitiva para identificar aquellos pensamientos automáticos que le generan malestar. Así, llegó a exteriorizar pensamientos e ideas como que quisiera «llevarse» a su abuelita a vivir con ella, y que «ella se la rifaría». Se usó la técnica de solución de problemas para evaluar aquellas cosas que le molestan, entre las que se encontraban: las discusiones con sus tíos, el hecho de que nadie en la casa hace caso al horario del medicamento de su abuela, el que nadie «vaya a revisarla» a su habitación, y el hecho de que «ninguno de los hermanos vaya a visitarla». Tras llevar a cabo una evaluación de sus propuestas de solución llegó a la conclusión de que al visitarla trataría de hacer que se animara un poco; si bien no podrá convencerla de que se mude, al menos hará que tenga un buen momento los domingos que va a visitarla.

A lo largo del tratamiento, fue posible observar cambios en la conducta de Lucero: se mostró más tranquila ante situaciones estresantes y en las cuales no tenía el control gracias a la continua práctica de la respiración profunda. A pesar de experimentar la frustración inicial, le fue más fácil identificar sus pensamientos automáticos y erradicarlos, así como sobrellevar las situaciones donde ella no tenga ningún tipo de control.

La relación con su madre ha mejorado, Lucero la apoya y ha dejado de lado los juicios que hacía sobre la situación de la infidelidad por

parte de su padre gracias a la reestructuración cognitiva: cambiando estos pensamientos e ideas por otros pensamientos que le trajeran paz, como «esto no es mío». En la relación con su padre, que si bien no es amigable ni empática, Lucero afirmó que se siente menos enojada al estar con él, quien la apoya con las situaciones académicas y ha querido dejarle en claro que, sin importar las cosas con su madre, él siempre va a quererla.

En cuanto a su relación con su familia extensa y la situación con su abuela, ha mostrado una actitud más colaborativa y al cambio para con su abuela; la visita los domingos, le ha ayudado a que se levante, a que haga ejercicios y a que coma. Trata de ignorar las actitudes de sus tíos, que ella califica como «groseras e hipócritas», y que no afecten a su bienestar. Comentó que si bien hay comentarios que le molestan, ella aprendió a reírse de ellos e ignorarlos. Esto, gracias a las técnicas de reestructuración cognitiva y a la de solución de problemas.

En la escuela, debido a su impuntualidad, corría el riesgo de reprobar una materia por faltas; empero, su puntualidad mejoró, llegando antes de que comience la clase para evitar meterse en problemas. Esto, gracias a la técnica de solución de problemas, ya que la solución más adecuada para Lucero fue elaborar su propio horario, uno que respete sus tiempos y con el que le alcance a descansar, hacer sus tareas y llegar con tiempo a la escuela.

En cuanto a las situaciones de injusticia que ella percibía en la escuela, ha aprendido a dejar de sumarle importancia a las situaciones de sus compañeros y a darle más crédito a lo que ella hace de manera honesta.

Aprendió a buscar pensamientos alternativos ante situaciones donde ella quiera hacer las cosas «a su manera», de acuerdo a la teoría de la reestructuración cognitiva, disminuyendo su nivel de estrés y sus respuestas fisiológicas (ya no experimenta dolores de cabeza ni tensión en el cuello), emocionales (ha sido capaz de identificar y controlar sus emociones) y conductuales, puesto que ya no ha discutido con su madre y se abstiene de gritar y contestar con palabras altisonantes, así como de discutir con otros miembros de su familia.

## Caso clínico 2

### *Identificación del motivo de consulta*

Nicolás solicita el servicio ya que refiere sentirse triste desde su divorcio. También da a entender que ha buscado a su ex fingiendo «encuentros casuales» con ella, afectando el ámbito laboral debido a que deja de asistir a su trabajo por estar triste o pensando en ella, y en el área legal, ya que ella lo amenazó con demandarlo por seguirla.

### *Historia del problema*

Nicolás solicitó ayuda al Departamento de Psicología Preventiva, referido por otra licenciada de la Universidad Autónoma de Coahuila.

El paciente refiere tener problemas emocionales ocasionados por su divorcio, el cual se llevó a cabo en diciembre del 2016. Comenta que existían muchos problemas en la relación, situaciones ocasionadas por celos, que generaban discusiones y pleitos. También afirma que estas situaciones eran consecuencia de una mala comunicación: él y su ex-mujer tenían la idea de que no era necesario hablar de los problemas, pero esperaban que el otro los conociera, como la idea irracional de «lectura de pensamiento»; esto fue desencadenando una serie de situaciones que culminaron en el fin de su relación. Esta situación ha traído que él se sienta triste y frustrado, a tal grado que, al tener lo que él llama «golpes de nostalgia» y recordarla o pensar en ella, se aísla y ha llegado a faltar al trabajo por quedarse en casa.

Comenta que la «mala comunicación» también le ha traído problemas en su casa: no se da a entender con su madre y siente que no lo escucha; tiene la sensación de que los demás no quieren escucharlo y que no les importa. Bajo esta creencia, Nicolás afirma que no tiene caso hablar de lo que siente o piensa.

Se culpa por «no saber decir lo que quiere» y por ser tan «celoso». Comenta que hay ocasiones en las que va a buscar a su exmujer al lugar donde trabaja, para fingir un «encuentro casual»; esto ha desencadenado una serie de problemas de índole legal, puesto que existía la amenaza de un citatorio para una orden de restricción.

La relación con su madre fue empeorando, ya que, a lo que él afirma, su madre es una persona a la cual le importa más lo que «diga la otra gente que lo que digan sus propios hijos», llegando a discutir con ella varias ocasiones debido a que siente que no es escuchado.

Los pensamientos y conductas, así como la formulación clínica de Nicolás pueden verse en la tabla 2 y la figura 2, respectivamente.

Tabla 2. Cuadro de pensamientos y conductas ABC de Nicolás

A	B	C
Antecedentes cercanos Su divorcio	<b>Emocional</b> Tristeza, frustración y enojo, celos	<b>Consecuencias A corto plazo</b> Problemas en su trabajo por faltas
Antecedentes lejanos Problemas comunicativos	<b>Cognitivo</b> Cree que lo que dice o piensa no es importante  <b>Conductual</b> Discute con su familia Se aísla Falta al trabajo	<b>Consecuencias A largo plazo</b> Problemas y discusiones con su familia cercana Problemas legales por seguirla  Posible desarrollo de un trastorno depresivo Incapacidad para mantener alguna relación amorosa

Fuente: elaboración propia.

### ***Diagnóstico***

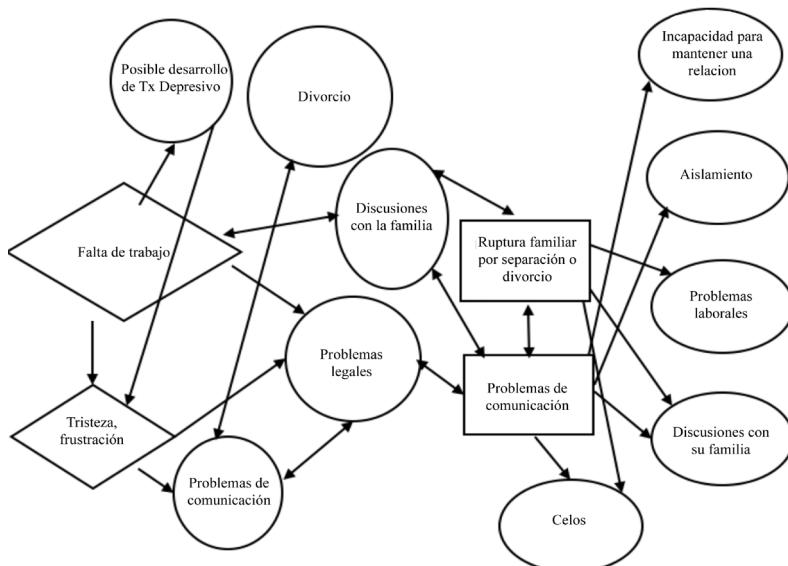
De acuerdo con la información que Nicolás proporcionó en la primera sesión, y acatando los criterios DSM-5 (APA, 2013) su diagnóstico corresponde a V61.03 (Z63.5): Ruptura familiar por separación o divorcio.

### ***Establecimiento de las metas del tratamiento***

Debido a la mala comunicación, así como a los problemas de celos, Nicolás siente culpa por el fracaso de su relación y se activan sus pensamientos irrationales de «la necesito para estar bien». Se establece como objetivo principal ayudar a Nicolás a mejorar su autoestima, para lo cual se llevó

a cabo lo siguiente: 1) identificación de creencias irrationales, 2) discutir creencias irrationales, 3) eliminar dichas creencias irrationales y sustituirlas por otras ideas más realistas y 4) evitar el aislamiento y promover la productividad mediante búsqueda de situaciones placenteras.

Figura 2. Formulación clínica del caso de Nicolás



Fuente: elaboración propia.

### Plan de tratamiento

En el siguiente apartado se muestran los resultados del caso de Nicolás. Para ello se desarrollaron las siguientes técnicas:

Parada del pensamiento: mediante esta técnica se espera que Nicolás abandone pensamientos que le hagan sentirse insuficiente o intútil, o que lo lleven a percibir a su expareja como indispensable para su felicidad.

Solución de problemas: mediante esta técnica Nicolás aprenderá a lidiar con aquellas cosas que le frustran o a cambiarlas; por ejemplo, su trabajo o la relación con su madre.

Reestructuración cognitiva: mediante el uso de esta técnica se logrará que Nicolás identifique, discuta y corrija sus pensamientos irrationales, especialmente los que involucren a su expareja, su autoestima y su autoconsejo.

Asignación de tareas, las cuales incluyen: autorregistro ABC, identificación de pensamientos automáticos, hacer un análisis de ventajas y desventajas de dichos pensamientos y debatirlos. De la misma manera, se utilizaron las tareas que tengan relación con alguna de las fases de la terapia de solución de problemas: identificar los problemas, hacer un análisis de ventajas, desventajas y probabilidades y revisar las soluciones que se tengan como opciones para posibles soluciones.

## Resultados

Durante el tratamiento se identificaron los pensamientos irrationales de Nicolás, que correspondían a la minimización (aquellos en los cuales él sentía y afirmaba que no importa lo que diga o de lo que hable, nunca será escuchado), la maximización (al afirmar lo horrible que sería si su expareja tuviera una nueva relación o si no quisiera regresar con él) y la personalización (puesto que afirmaba que era su culpa que ocurrieran estas situaciones y que ella, de alguna manera, lo culpaba también). Las técnicas usadas fueron paradas del pensamiento y la reestructuración cognitiva, para poder detectar y cambiar estas creencias y pensamientos por otros, cuyo tema gire en torno a «no pasa nada si digo lo que pienso/siento» y «es importante que hable respecto a lo que pienso/siento», para que Nicolás aprenda a llevar a cabo un mejor manejo de sus emociones y que sea capaz de exteriorizar dichas cogniciones y sentimientos, sin importarle lo que los demás piensen con respecto a eso.

Se mostró una mejoría en cuanto a su comunicación, puesto que comentó que ha sido capaz de escuchar a las demás personas sin buscar una solución o un argumento como respuesta; esto lo ha tranquilizado y le sirvió para exteriorizar sus pensamientos de la misma manera, ya sea con su madre o con sus amigos más cercanos, lo cual es visible puesto que se mostró más participativo y entusiasta en las sesiones. La identificación de estos pensamientos se llevó a cabo mediante la técnica de

reestructuración cognitiva. La decisión de hablar sobre sus sentimientos la tomó mediante la técnica de solución de problemas.

Nicolás ha dejado de lado sus conductas de acoso, ya no ha faltado al trabajo y se mostró más optimista y entusiasmado. Ha llegado a pensar en diferentes planes y proyectos de vida que le son agradables y realizables. Cada vez se le ha hecho más sencillo no pensar en todos los eventos desafortunados que llegaron a ocurrir en su relación, y concentrarse en lo bueno. Su proceso de duelo ha sido más llevadero y se ha hecho a la idea de que no ocurrirá nada malo si su exesposa no regresa con él o si ella sale con alguien más.

A pesar de que a Nicolás no le gusta su trabajo, según lo comentado durante las sesiones, ha dejado de sentirse frustrado y lo ve como una oportunidad de crecimiento personal, así como una fuente de ingresos que le servirá para cumplir con sus nuevos objetivos y metas propuestos (al llevar la lista de objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo).

## Conclusión

Mediante la presentación de estos casos en el presente trabajo, es posible asegurar que la terapia cognitivo-conductual es versátil, ya que, si bien no hubo diagnósticos de algún trastorno mental, ha facilitado a los pacientes la identificación de sus pensamientos automáticos y creencias irracionales, así como el aprender a adquirir herramientas o habilidades cognitivas para modificarlos, enfrentarlos o adaptarse a ellos sin generar un malestar emocional, fisiológico o psicológico. Tanto Lucero como Nicolás dejaron de asistir a terapia debido a circunstancias fuera de su control, lo que dificulta el seguimiento.

Tanto la técnica del ABC de la terapia racional emotiva de Ellis como el ABC de Beck y los pensamientos automáticos que el mismo autor postula son útiles para llevar a cabo el tratamiento cognitivo-conductual, teniendo mayor énfasis, debido a la naturaleza de ambos casos, el enfoque de Beck, ya que era necesario discutir las creencias nucleares que los pacientes distinguieron.

Por el hecho de ser breve, a los pacientes les ha sido fácil comprender la teoría de la terapia cognitivo-conductual, así como de las técnicas utilizadas durante su tratamiento. De la misma manera, es factible afir-

mar que la reestructuración cognitiva, si bien es compleja, es una de las técnicas más eficientes y completas, al igual que la técnica de solución de problemas, debido a su facilidad para aplicarse a diversas situaciones y para lograr que la persona considere y se adapte a la situación, o bien para considerar diferentes opciones de soluciones y aplicar la que mejor le parezca.

Cabe mencionar que es de suma importancia que el terapeuta sea claro y honesto con el paciente, así como que se centre en el problema que el paciente le refiera. Si llegara a darse la ocasión y durante el tratamiento el terapeuta encontrase algún otro problema o causa del problema que sea importante para la intervención, debería de guiar al paciente para prestar atención a dicho problema o situación. Es importante también considerar la cuestión emocional de los pacientes y sus respectivos pensamientos, así como las maneras para erradicar los que sean los menos adaptativos o adecuados.

Mantener la confidencialidad de los pacientes es igual de importante, así como evitar el engaño, recordándoles que no por ir a terapia sus problemas desaparecerán, que también depende de su esfuerzo el resultado y que el tratamiento sirve para brindarles herramientas para solucionar o adaptarse a sus problemas, no para desaparecerlos. Es por esto que el terapeuta debe ser puntual con la asignación y revisión de tareas, para verificar que los pacientes están comprendiendo lo que se maneja en las sesiones y que pueden aplicar lo aprendido a sus diversos contextos, de ahí radica la importancia de las sesiones de seguimiento, que son las últimas del tratamiento.

## Fuentes consultadas

- APA (2013), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5a. ed.), American Psyuchiatric Publishing, VA.
- BADOS, A., García Grau, E. y Bados López, A. (2010), *La Técnica de la reestructuración cognitiva*, Universidad de Barcelona, 1-63, disponible en <<http://hdl.handle.net/2445/12302> por ciento5Cnhttp://deposit.ub.edu/dspace/handle/2445/12302>.
- ELLIS, A. y Abrahms, E. (2005), *Terapia Racional Emotiva*, Editorial Pax México, México.

- MAINIERE, R. (1992), “El modelo de terapia cognitivo conductual”, en *Psicólogo Clínico*, Panamá, 47-65.
- NEZU, A. y D. Zurilla (2014), *Terapia de solución de problemas: Manual de Tratamiento*, Deslée De Brouwer, Bilbao.
- OBLITAS, L. (2008), *Psicoterapias Contemporáneas*, Cengage Learning, México.
- RUIZ, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012), *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*, Desclée De Brouwer, Bilbao.



# **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA. UNA MIRADA DESDE EL ABORDAJE COGNITIVO-CONDUCTUAL**

*Edelmira González Victoria  
Jana Petrzelová Mazacová  
Mayra A. Chávez Martínez*

## **Introducción**

La ansiedad no es un asunto privativo de los tiempos modernos; sin embargo, a medida que la sociedad se desarrolla, van en aumento los problemas, las enfermedades, la escasez de recursos y de herramientas para hacerles frente. Esto puede deberse a situaciones de desastre, cuyo origen se encuentre en los fenómenos de la naturaleza, o bien como resultado de las interacciones sociales violentas o delictivas, las cuales repercuten en la salud mental de los seres humanos que las experimentan de forma directa o indirecta (Beck y Clark, 2012). Por lo anterior, se observa un aumento en la prevalencia de la ansiedad tanto en países desarrollados como en aquéllos que se encuentran en vías de desarrollo. Las respuestas a que hemos hecho alusión previamente muestran un mayor número de incidencia durante las siguientes semanas de haberse registrado los eventos generadores (Norris, 2005).

Es importante establecer la diferencia entre el miedo y la ansiedad. Para algunos autores, el miedo se genera como respuesta de adaptación sana ante una situación percibida como amenazadora; permite, por tanto,

preparar al organismo para la acción (Craske, 2003; Barlow, 2002; Beck y Greenberg, 1988). Por otra parte, la ansiedad es definida como la emoción orientada al futuro, percibiendo las situaciones como incontrolables, impredecibles y potencialmente amenazadoras (Barlow, 2002). Tanto Barlow como Beck coinciden en que el miedo es una reacción fundamental y discreta, mientras que la ansiedad se entiende como una respuesta subjetiva más general (Beck, Emery y Greenberg, 1985). En ambas, el grado de normalidad o anormalidad radicará en su disfuncionalidad y la valoración errónea de amenaza o peligro de una situación determinada en la cual no se puede hacer la confirmación a través de la observación directa (Beck, Emery y Greenberg, 1985).

En México, aproximadamente el 12 por ciento de las enfermedades registradas pertenecen al área de la salud mental (OMS, 2011). Dentro de este rubro, se encuentra el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). De acuerdo con el Instituto de Neurociencias, Investigación y Desarrollo Emocional (INCIDE, 2017), una de cada cinco personas en el mundo es diagnosticada con este trastorno; mientras que en México el tres por ciento de la población lo presenta o lo ha presentado, siendo la prevalencia mayor en mujeres que en hombres, en razón de dos a uno (INCIDE, 2017).

El TAG muestra como característica principal la preocupación y ansiedad excesivas y persistentes, las cuales son consideradas por el sujeto como difíciles de controlar al tiempo que interfieren en su funcionalidad y rendimiento en las áreas laboral, familiar, interpersonal (Bados, 2005). El Breviario DSM V (APA, 2014) establece los siguientes criterios para el diagnóstico del TAG [300.2 (F41.1)]:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva.
- B. Dificultad para controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes:
  1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta
  2. Fácilmente fatigado
  3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
  4. Irritabilidad
  5. Tensión muscular
  6. Alteración de sueño

- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (APA, 2014, 137-138).

Es importante mencionar que en los niños solamente se requiere el cumplimiento de un ítem para que el diagnóstico sea considerado.

## **Método**

Para este caso se eligió el método de intervención clínico, en un nivel individual, mediante el modelo cognitivo-conductual propuesto por Beck (1976), trabajando con la evaluación de las conductas y emociones derivadas de una distorsión cognitiva elaborada a partir de una percepción errónea de una situación interna o externa al sujeto, haciendo énfasis en los determinantes actuales del problema sin dejar de lado los históricos (Bados, 2008).

## **Técnicas**

Las técnicas empleadas durante las sesiones fueron: entrevista de Muñoz, cuestionario de ansiedad BAI de Beck, reestructuración cognitiva, psicoeducación y modificación de hábitos.

## **Sujeto**

Se trabajó con una paciente (se identificará como LD) de 31 años; vive en unión libre, con escolaridad técnica, se dedica al hogar; vive con sus dos hijos hombres, cuyas edades son siete años y ocho meses, respectivamente; su pareja, taxista de 46 años y su tía abuela de 81 años de edad. No cuenta con casa propia, es casa de la tía abuela.

## Planteamiento del caso

LD acude expresando como motivo de consulta los problemas de conducta de su hijo mayor, refiriéndose a ellos como berrinches, rabietas, no hacer caso a las órdenes emitidas por ella. Los problemas han aumentado a partir del nacimiento de su hijo menor: el niño mayor se siente menos valorado. Sin embargo, expresa que ella siempre ha sido poco afectiva con el niño y que, anteriormente, podía compensar esto con regalos y cosas materiales. A partir de la reducción de ingresos, debido a la enfermedad del esposo, no expresó de otra manera sus atenciones con el niño.

Piensa que si le expresa cariño él puede tomarlo como debilidad y querer manejarla. Se ha sentido culpable por la relación que tiene con su pareja y piensa que no es valiosa y no merece la atención de los demás. Los objetivos que LD desea alcanzar con la psicoterapia son mejoramiento de su autoestima, disminución de la ansiedad ante las tareas cotidianas, disfrutar de una mejor relación con su hijo mayor.

La salud de LD se observa como buena, sin presentar sintomatología fisiológica aparente. En lo referente a su histórica psiquiátrica, no existen antecedentes de tratamientos médicos o prescripciones farmacológicas previas; aunque sí ha presentado problemas en sus relaciones afectivas con la madre, dificultad para establecer una comunicación asertiva afectiva con el hijo mayor y ha expresado sentirse, por períodos, ansiosa, incapaz de resolver las situaciones emocionales y afectivas referentes a su relación de pareja.

La historia personal y social de LD expresa que estableció una relación (su actual pareja) con una de las parejas de su madre, lo que causó conflicto y separación entre ambas. Desde niña, ella y su hermano fueron resguardados en casa de los abuelos maternos para ser cuidados. Comenta que sufrió de maltrato verbal y psicológico por parte de los abuelos: la llamaban «arrimada», y su madre no llevaba dinero para su manutención. Los abuelos los corrieron de la casa y fueron a vivir con la tía abuela. La historia de la paciente está marcada por graves sufrimientos emocionales y privaciones afectivas dentro de un ambiente familiar claramente disfuncional. Las consecuencias del sufrimiento se reflejan en la personalidad de la paciente en forma de inseguridad, ansiedad y muy deteriorado concepto de sí misma. Se siente incapaz de

manejar la educación de su hijo, la relación con su pareja y la relación con su madre.

El hermano ha estado en el Centro de Readaptación Social por consumo y tráfico de drogas. Con él no mantiene trato, con la madre mantiene comunicación distante. Considera que su madre atiende las necesidades de su hermano y su padre, pero a ella la ignora.

Su vida social se mantiene limitada, convive poco, solamente con la familia y algunas de las vecinas. Dedica la mayor parte de su tiempo a la atención médica de su tía abuela y su pareja, además de sus dos hijos. De su historia médica se desprende que su tía abuela y su pareja padecen de insuficiencia renal. La tía recibe tratamiento de diálisis manual, mientras que la pareja es conectada a una máquina para hacer la misma función de diálisis. Su único hermano presenta adicción a las drogas (no especificó cuál). La paciente padece de obesidad y es propensa a la hipertensión arterial.

LD se presenta a consulta con un aspecto moderadamente desaliñado, mostrando algo de descuido en su persona; sin embargo, no deja de ser limpia y viste de acuerdo a su edad cronológica. Durante la entrevista atiende las preguntas y responde de manera coherente pero nerviosa, ansiosa; su mirada se concentra en la terapeuta, mostrando atención al escucharla. Su estado emocional es adecuado a sus expresiones, tiende a ser coherente con sus gestos de tristeza, inseguridad y exceso de ansiedad o de enojo. Su estado de conciencia es adecuado, se encuentra alerta y con un lenguaje fluido. Actividad motora normal, aunque algo inquieta e insegura.

En algunas ocasiones, dentro de las sesiones toma, tiempo para alimentar a su hijo menor. Muestra buen nivel de cooperación. Su estado de cognición general es bueno: la orientación espacio-tiempo es adecuada. Tiende a centrar su atención adecuadamente y mantiene un grado normal de conciencia de su problema.

## Diagnóstico

Se aplicó el cuestionario BAI de Beck, cuyos resultados revelaron un nivel de ansiedad grave. Resultado: Trastorno de ansiedad generalizada TAG 300.2 (F41.1).

En el caso de LD, este trastorno se caracteriza por una preocupación constante y excesiva hacia los problemas cotidianos, tales como la atención médica que requiere su pareja y su tía abuela. Dicha preocupación dificulta su desempeño en el área laboral, ya que ella expresa que necesita un trabajo, pero piensa que no puede hacerlo por las tareas que tiene que hacer en casa; y en lo familiar, al expresar que no es capaz de llevar una buena relación con su familia por sentirse agobiada y cansada por los intentos sin resultado que ha realizado; mientras que en lo interpersonal, considera que no tiene la fortaleza ni la seguridad para relacionarse socialmente: se percibe carente de recursos para ello.

La percepción de sí misma es de una persona incapaz de hacer frente a sus problemas y ve como imposible el control sobre la conducta de su hijo. Sus pensamientos generalmente van de una preocupación a otra, sin llegar a una solución de los mismos, lo cual la agobia. Le preocupa percibirse a sí misma como una persona fracasada como madre, como hija, como pareja, como persona, en general.

Los datos precipitantes de la ansiedad y el estrés se refieren a la percepción de la situación económica por la que está atravesando, además de la necesidad de dedicar mayor tiempo a la atención de su pareja y de su tía abuela.

### *Análisis transversal de los pensamientos y conductas actuales*

Al inicio de la sesión la paciente no entendía cuál era la razón por la que el niño acudía al uso de pataletas, gritos, llanto, negación a realizar las actividades solicitadas por ella; dentro de sus discursos, y narrando un poco sobre su infancia, observó que algunas de las conductas mediante las que se relaciona con su hijo tienden a ser una repetición de las conductas de sus abuelos con ella. Éstas han sido adquiridas mediante un modelamiento conductual y se trabajará en ello como parte del tratamiento.

También expresó miedo a ser manipulada por su hijo si ella accedía a sus peticiones. Se analizaron cuáles eran las demandas de su hijo y la posibilidad de otras alternativas de respuesta. Como resultado, el niño bajó la tasa de incidencia de rabietas y ella pudo acercarse sin el miedo a sentirse manipulada. En general, los pensamientos de LD tienden hacia

la visión de tener poco control de la situación, incapacidad para actuar ante los problemas y vulnerabilidad.

### ***Visión longitudinal de las conductas y las condiciones***

Conforme al diagnóstico ofrecido, se percibe deterioro de la salud de LD, lo que propicia, posiblemente, la presencia de enfermedades como diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión arterial; en lo conductual, dificultad de relación con ambos hijos y pareja, que ocasiona conflictos con ambos, pudiendo llegar a la separación con su pareja, o bien a la violencia intrafamiliar. La paciente está expuesta a la presión de su entorno, lo que le provoca alto nivel de ansiedad permanente.

Fortalezas, factores protectores: LD tiene facilidad para asimilar las nuevas ideas, disposición para realizar las tareas y asistir a la terapia.

### **Hipótesis de trabajo**

La formación de las ideas o creencias irracionales de la paciente se relaciona con el pobre autoconcepto que tiene de sí misma, la percepción de carencia de las herramientas para enfrentar las situaciones cotidianas, así como el modelamiento de conductas agresivas que había desarrollado anteriormente para poder responder a las situaciones generadoras de angustia y estrés.

### **Plan de tratamiento**

Como plan de tratamiento se expone, en primer plano, la lista de situaciones que se establecen como problemas para ser trabajados dentro de la terapia; posteriormente, las metas que se desea conseguir a través de la intervención, y el plan de tratamiento a seguir.

#### **A. Lista de problemas**

- Problema de autoestima
- Dificultad para comunicarse y determinación de límites con su hijo
- Problema en el manejo de ansiedad

B. Metas de tratamiento

- Mejorar su autoestima
- Establecer una comunicación efectiva con su hijo
- Disminuir los niveles de la ansiedad ante las tareas cotidianas

C. Planificación de tratamiento

Se establece un rango mínimo de ocho sesiones para trabajar con el problema de ansiedad y la comunicación asertiva con su pareja e hijos, así como para la reestructuración de la percepción que tiene de sí misma. Las sesiones se programaron con una duración mínima de 69 minutos y máxima de 90.

***Curso de tratamiento***

- Alianza terapéutica.* Se mantuvo una adecuada alianza con la paciente. La observación por parte de ella fue que la aplicación de las tareas favoreció el logro de parte de los objetivos, lo que juega un papel importante en el momento de reforzar su disposición y atención hacia el trabajo realizado en las sesiones.
- Intervenciones y procedimiento.* Se trabajó con la paciente de manera favorable en un programa de ocho sesiones.
- Obstáculos.* Los problemas que se presentaron fueron algunas dificultades para comprender las preguntas por parte de la paciente; problemas de horario para poder concertar la cita (éstos últimos se dieron tanto en la paciente como en la terapeuta), así como la necesidad de realizar algunas de las sesiones en su casa, por las atenciones médicas que debía dar a sus familiares.
- Otros problemas fueron de índole técnico:* manejo de cámaras, saturación de las memorias para la grabación. La segunda sesión no pudo ser grabada por estos problemas técnicos y algunas de las sesiones fueron grabadas en celular, con dificultades de desconocimiento del uso adecuado de las funciones del sistema.

**ABC**

En la siguiente tabla (1) se explica de manera estructurada, de acuerdo con la teoría ABC de la terapia cognitivo-conductual, la manera en que se

ha presentado el problema. Es manifiesto que el problema de consulta no es el niño, sino la paciente, que expone la incapacidad de manejar la educación de sus hijos por falta de autoridad y de controlar las situaciones que se presentan en las relaciones familiares, hondamente disfuncionales.

Tabla 1. Cuadro explicativo del ABC del caso

A	B	C
<ul style="list-style-type: none"><li>• El niño le pide atención</li><li>• Trata de ser lo más descriptiva posible para que la A quede como una fotografía de evento activador</li><li>• Rabia del niño</li><li>• Sentimiento de incapacidad de manejar la educación del hijo</li><li>• No sabe dar afecto a su hijo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• «Si yo accedo a sus peticiones me verá como una persona débil»</li><li>• «No puedo controlarlo»</li><li>• «No lo soporto»</li><li>• «Me desespero»</li><li>• «Falta profundizar en los pensamientos»</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Distanciamiento afectivo</li><li>• No especificar las emociones</li><li>• Ansiedad</li><li>• Tristeza</li><li>• Irritabilidad</li><li>• Gritos</li><li>• Nalgadas</li><li>• Castigos (a veces sin cumplir)</li></ul>

Fuente: elaboración propia.

## *Análisis funcional*

Por medio del análisis funcional se puede obtener la información que se representa en la tabla 2.

Tabla 2. Análisis funcional del caso

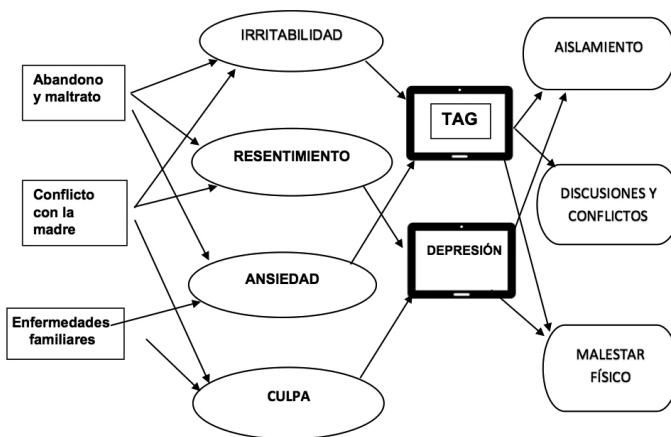
Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<b>Remotos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Maltrato por parte de los abuelos</li><li>• Abandono por parte de la madre</li><li>• Discusión con la madre por la relación con su expareja</li></ul>	<b>Conductuales</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gritos</li><li>• Castigos y nalgadas al niño</li><li>• Discusiones con la pareja</li></ul> <b>Afectivas</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ansiedad</li><li>• Tristeza</li><li>• Ira</li><li>• Irritabilidad</li><li>• Cculpa</li></ul> <b>Cognitivas</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• «No puedo soportar esta situación»</li><li>• «Si demuestro mi afecto, me tratarán de lastimar»</li><li>• «No puedo demostrar mi debilidad»</li><li>• «No soy bonita y no valgo nada»</li></ul>	<b>A corto plazo</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Disminución de ansiedad mediante la discusión con alguno de los miembros de su familia</li><li>• Conflictos en relaciones interpersonales</li></ul> <b>A largo plazo</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Depresión</li><li>• Aislamiento</li><li>• Ansiedad</li><li>• Conflictos en las relaciones interpersonales y familiares</li></ul>
<b>Próximos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermedad de su pareja y de su tía</li><li>• Nacimiento de su segundo hijo</li><li>• Dificultad para atender a sus familiares</li></ul>		

Fuente: elaboración propia.

## *Formulación clínica del caso*

Se observan las pautas seguidas por LD mediante la formulación clínica expuesta en la figura 1.

Figura 2. Formulación de caso clínico



Fuente: elaboración propia.

### Planeación de sesiones

En lo que respecta a la planeación de las sesiones se elaboró la tabla 3, que explica los objetivos establecidos, las técnicas empleadas y las tareas asignadas para cada una de las sesiones.

Tabla 3. Planeación de sesiones

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas
Primera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtención de datos del paciente y del problema de motivo de consulta.</li> <li>• Establecimiento de número de sesiones de trabajo</li> <li>• Elaboración de lista de problemas y metas a lograr con la terapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista clínica Muñoz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> </ul>
Segunda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas</li> <li>• Explicación del cuadro ABC</li> <li>• Organización de tiempo</li> <li>• Asignación de tareas para casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Exposición de los problemas de acuerdo al cuadro abc</li> <li>• Elaboración de cuadro de actividades diarias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> <li>• Planeación de actividades</li> <li>• Cuadro ABC</li> <li>• Actividad con su hijo</li> </ul>

Fuente: elaboración propia.

### Continuacion de la Tabla 3. Planeación de sesiones

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas
Tercera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas</li> <li>• Planteamiento de problemas de acuerdo al cuadro ABC</li> <li>• Asignación de tareas para casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debate</li> <li>• Evidencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> <li>• Planeación de actividades</li> <li>• Cuadro ABC</li> <li>• Actividad con su hijo</li> </ul>
Cuarta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas</li> <li>• Evaluación de los conceptos que han fundamentado las creencias irracionales</li> <li>• Asignación de tareas para casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debate</li> <li>• Evidencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> <li>• Horario de actividades y un análisis de las actividades o situaciones más significativas</li> <li>• Cuadro ABC</li> <li>• Actividad con su hijo</li> <li>• Actividad personal satisfactoria</li> </ul>
Quinta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas</li> <li>• Entrenamiento en técnicas de relajación</li> <li>• Entrenamiento en solución de problemas</li> <li>• Asignación de tareas para casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relajación progresiva de Jacobson</li> <li>• Listado de soluciones a partir de cuadro ABC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> <li>• Horario de actividades y un análisis de las actividades o situaciones más significativas</li> <li>• Cuadro ABC</li> <li>• Actividad con su hijo</li> <li>• Aplicación en casa de la técnica de relajación progresiva de Jacobson</li> </ul>
Sexta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas</li> <li>• Entrenamiento en solución de problemas</li> <li>• Entrenamiento en comunicación asertiva</li> <li>• Establecimiento de límites y tareas de los integrantes de la familia</li> <li>• Asignación de tareas para casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listado de soluciones a partir de cuadro ABC</li> <li>• Exposición imaginaria a situaciones que resultan difíciles para comunicarse con su hijo</li> <li>• <i>Role playing</i></li> <li>• Organización de tiempo y administración de tareas familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> <li>• Elaboración de horario de actividades familiares y reglas</li> <li>• Cuadro ABC</li> <li>• Actividad con su hijo</li> <li>• Aplicación en casa de la técnica de relajación progresiva de Jacobson</li> <li>• Selección de una situación sencilla en casa para aplicar las soluciones propuestas en sesión para problemas de comunicación con el hijo</li> </ul>
Séptima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas</li> <li>• Reconocimiento de las distorsiones de autopercpción, así como de habilidades, fortalezas de LD</li> <li>• Asignación de tareas para casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listado de soluciones a partir de cuadro ABC para las distorsiones cognitivas sobre sí misma y las posibles soluciones a partir del mismo listado de intereses personales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro</li> <li>• Elaboración de horario de actividades familiares y reglas</li> <li>• Cuadro ABC</li> <li>• Actividad con su hijo</li> <li>• Aplicación en casa de la técnica de relajación progresiva de Jacobson</li> <li>• Selección de una situación sencilla en casa para aplicar las soluciones propuestas en sesión para problemas de comunicación con el hijo</li> <li>• Actividad placentera para la paciente</li> </ul>

### Continuación de la Tabla 3. Planeación de sesiones

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas
Octava	<ul style="list-style-type: none"><li>• Revisión de tareas</li><li>• Reconocimiento de las posibles recaídas y problemas que surjan posteriores a la terapia, así como sus soluciones</li><li>• Asignación de tareas para casa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuadro ABC de recaídas y problemas posteriores a la terapia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Autorregistro</li><li>• Elaboración de horario de actividades familiares y reglas</li><li>• Cuadro ABC</li><li>• Actividad con su hijo</li><li>• Aplicación en casa de la técnica de relajación progresiva de Jacobson</li><li>• Selección de una situación sencilla en casa para aplicar las soluciones propuestas en sesión para problemas de comunicación con el hijo</li><li>• Actividad placentera para la paciente</li><li>• Evaluación general de los resultados obtenidos en la terapia</li></ul>

## Resultados

Los resultados observados en las ocho sesiones de la intervención psico-terapéutica fueron los siguientes: se presentó una moderada resistencia a la realización de tareas escritas, la cual, conforme se dieron las sesiones, pudo manejarse.

Mediante las actividades programadas con el hijo, el establecimiento de límites y el manejo de la comunicación, se redujeron los niveles de ansiedad expresados inicialmente respecto al tema. Aún refiere dificultades para comunicarse con su pareja y para la inclusión en las tareas de la casa. Por otra parte, se ha dado un aprendizaje en la elaboración de soluciones alternas mediante el trabajo con el cuadro ABC.

Los objetivos y metas establecidas, en acuerdo con la paciente, fueron alcanzados en su mayoría y de acuerdo a las expectativas de la misma; sin embargo, sería importante considerar la continuación de las sesiones para fortalecer el punto referente a la autoestima, replanteando nuevos objetivos específicos a trabajar al respecto.

## Discusión

De inicio, LD acudió a psicoterapia con la exposición de un problema de conducta del hijo mayor; luego de la exposición del problema y el panorama general, su foco de atención cambió hacia las dificultades que tiene para comunicarse de manera asertiva con él y con su pareja.

Los niveles de ansiedad que manifiesta de manera general hacia cualquier situación cotidiana, así como la pobre imagen que tiene de sí misma, confirman una baja autoestima. Esto permite ver que, a partir de la percepción que tiene la paciente de las situaciones, puede modificar el motivo inicial de conducta de manera que se reorienta el foco de interés, lo cual permite establecer metas de trabajo más objetivas y con la capacidad de cambio, ya que la persona que trabaja en ello es directamente la paciente. La focalización de los problemas en un punto, dentro de su campo de responsabilidad y no en las acciones del hijo o la pareja o cualquier personaje o situación externa, favorece el trabajo de cambio.

## Fuentes consultadas

- APA (2014), *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*, APA, Arlington, VA.
- BADOS, A. (2008), *La intervención psicológica: características y modelos*, Universitat de Barcelona, Barcelona.
- \_\_\_\_\_ (2005), *Trastornos de ansiedad generalizada*, Universitat de Barcelona, Barcelona.
- BARLOW, D. (2002), *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*, Guilford Press, New York.
- BECK, A. (1976), *Cognitive therapy and the emotional disorders*, International Universities Press, New York.
- \_\_\_\_\_ (2011), *Manual de Inventario de Ansiedad de Beck*, Pearson, Madrid
- \_\_\_\_\_ y Clark, D. (2012), *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Ciencia y práctica*, Desclée de Brouwer, España.

- \_\_\_\_\_ y Greenberg, R. (1988), "Cognitive therapy of panic disorder", en R. E. Hales y A. J. Frances (eds.), *Review of psychiatry* 7, 571-583, American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- \_\_\_\_\_ Emery, G. y Greenberg, R. (1985), *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*, Basics Books, New York.
- CRASKE, M. (2003), *Origins of phobias and anxiety disorders: why more women than men?* Elsevier, Amsterdam.
- IESM-OMS (2011), *Informe sobre sistema de salud mental en México, Secretaría de Salud en México*, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, México.
- INCIDE (2017), disponible en <[http://incidesaludmental.mx/descrip\\_padeamientos.php#TAG](http://incidesaludmental.mx/descrip_padeamientos.php#TAG)>.
- NORRIS, F. (2005), *Psychosocial consequences of natural disasters in developing countries: what does past research tell us about the potential effects of the 2004 tsunamis*, recuperado en enero 14, 2005, disponible en <<http://medipe2.psu.ac.th/~disaster>>.



# **CUANDO LA VIOLENCIA GENERA VIOLENCIA. ESTUDIO DE CASO SOBRE AGRESIÓN**

*Diana Verónica Rodríguez Cepeda  
Karla Patricia Valdés García*

## **Introducción**

La agresividad puede ser entendida como un impulso de pelear de manera defensiva y reactiva ante una situación que puede poner en riesgo a una persona (Carrasco y González, 2006), y en este caso se considera incluso justificada y comprensible. Existen otro tipo de agresiones en las cuales se da un daño a un tercero, que puede ser desde robar, lastimar o incluso matar con tal de obtener algún tipo de beneficio, caso en el que, más propiamente, se habla de violencia (Elbert, Schauer y Moran, 2018).

La violencia es una pandemia mundial y un grave asunto de salud pública que conlleva una serie de costos personales, sociales, económicos, legales, entre otros (Krahé, 2018); es por ello que se requiere de intervenciones eficaces que permitan y apoyen a quienes viven o ejercen violencia para generar patrones cognitivos y conductuales de resolución de problemas adaptativos y eficientes, y sobre todo que los aleje de sus respuestas violentas.

En cuanto a las mujeres, existen históricamente factores que las vuelven más proclives a ser víctimas de violencia, la cual es ejercida frecuentemente por sus parejas dentro de los ámbitos más íntimos de

relación interpersonal, lo cual dificulta en gran medida las intervenciones preventivas y correctivas de cualquier tipo. Sin embargo, también existen factores que las pueden llevar a ser las agresoras en donde en algunas ocasiones son víctimas y victimarias. Esto puede explicarlo la teoría de frustración-agresión de la violencia (Groves y Anderson, 2018), en la cual se podría entender que las mujeres, al ser víctimas, generan sentimientos hostiles y de frustración que después descargan en otros ambientes o personas como sus hijos, sobre todo cuando éstos son pequeños, ya que jerárquicamente ellas son las figuras de autoridad en dicha relación.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016), la estimación mundial con respecto a las mujeres que han vivido violencia física o sexual alguna vez en su vida es del 35 por ciento; es decir, una de cada tres mujeres ha sido violentada, y en la mayoría de los casos esta violencia ha sido ejercida por su pareja; en Estados Unidos se reportan cifras de entre el 22 y 35 por ciento de mujeres que han experimentado violencia dentro de su relación de pareja (Chester y DeWall, 2018); en Chile, un estudio aplicado a una muestra de jóvenes entre los 18 y 29 años obtuvo resultados de más del 80 por ciento de haber experimentado algún tipo de violencia dentro de la pareja (Saldivia *et al.*, 2017), y si esta cifra pudiera parecer alarmante, también permite tener una idea del impacto que tiene este tipo de violencia en otros países, en los cuales la violencia en contra de las mujeres es mayormente aceptada, como lo es el caso de algunas regiones de África (Cools y Kotsadam, 2017), o países latinoamericanos, como es el caso de Bolivia, que en el 2017 fue considerado el primer lugar de violencia física en contra de las mujeres dentro de los países latinoamericanos y el segundo en relación con la violencia sexual (Requena González, 2017).

En México, los porcentajes obtenidos por el INEGI refieren que el 66.1 por ciento de las mujeres de 15 años en adelante han tenido algún tipo de incidente asociado a la violencia, por diferentes tipos de agresores, por lo menos una vez en su vida; de esta misma población, el 43.9 por ciento ha llegado a sufrir actos de violencia por su actual o última pareja, incluyendo relaciones legalmente formalizadas y noviazgos (INEGI, 2017).

Si se analiza la violencia se pueden encontrar diversas teorías que aportan en la comprensión de la misma, pero en este capítulo se consideró que el Modelo General de Agresión (GAM, por sus siglas en inglés) podría

ayudar a entender de manera global la generación de la violencia (Allen, Anderson y Bushman, 2018; Chester y DeWall, 2018). Este Modelo busca integrar y entender cómo los roles sociales, cognitivos, de personalidad y aspectos del desarrollo, en conjunto con factores biológicos, influyen y promueven la agresión (Allen, Anderson y Bushman, 2018), siendo importante la comprensión en cuanto a la generación y funcionamiento de la agresión como un primer paso para el desarrollo de la violencia.

Dentro del GAM, se considera que existen diversas estructuras que afectan cómo las personas perciben, interpretan, toman decisiones y se comportan; por ejemplo, si una persona considera que la agresión es algo normal; si percibe las situaciones como hostiles; o si considera que una forma de solucionar problemas es a través de la agresión es muy probable que se comporte de manera agresiva, y claro está que este tipo de creencias o conductas se van desarrollando y aprendiendo a lo largo de la vida y la experiencia de una persona (Allen, Anderson y Bushman, 2018). Esta perspectiva es alentadora en el sentido de que como considera a la agresión un aspecto aprendido, sin dejar de lado la influencia de los aspectos biológicos, es posible trabajar con estos comportamientos para lograr su modificación.

De manera sintetizada podemos explicar el GAM dividido en dos procesos, los próximos y los distales. En cuanto a los próximos, éstos se dividen en tres etapas:

1. Entrada de información, que se relaciona con el estado interno de una persona, sus características y personalidad, aspectos específicos de la situación. En conjunto, estos dos pueden favorecer o disminuir la agresión, generando aprendizajes aplicables a futuras situaciones.
2. Las rutas, que esta información sigue y que se dan cuando una persona toma decisiones, incluyen aspectos como el estado de ánimo, pensamientos y la conducta.
3. Los resultados: cuando la persona pone en acción la decisión que ha tomado, a partir de las dos etapas anteriores, y que puede resultar en una conducta agresiva o no agresiva (Allen, Anderson y Bushman, 2018).

El entender la agresión o la violencia es un asunto complicado, pero el tratar de entenderla dentro de una relación sentimental puede ser aún

más difícil, sobre todo porque generalmente se trata de una relación en la cual coexiste junto con el afecto. Para tratar de alcanzar una comprensión de la violencia de pareja, primero es importante señalar que ésta puede generarse de diferentes maneras. Según Chester y DeWall (2018), existen cuatro tipos: física, psicológica, sexual y de acecho. Estos mismos autores analizan las posturas en relación con la violencia de pareja íntima desde un enfoque evolutivo en el cual se puede ser violento con la pareja con el objetivo de evitar perderla y así garantizar la reproducción y evitar la infidelidad; pero también proponen posturas sociales en las cuales el sistema patriarcal genera las estructuras que permiten que esta violencia se presente y esté sostenida por factores socioculturales (Chester y DeWall, 2018).

Una de las teorías que explica la violencia de pareja de manera más directa es el modelo de las tres fases, que hacen referencia al impulso, la instigación y la inhibición; en donde el impulso es cualquier situación que facilita la posibilidad de un acto agresivo; la instigación se relaciona a los factores que aumentan la posibilidad de la conducta agresiva y, por último, la inhibición es la falta de elementos que puedan llevar a inhibir la agresión (Chester y DeWall, 2018). Desde esta teoría y de manera práctica se puede identificar los impulsos como cualquier problema de pareja que inicialmente genere la agresión, como por ejemplo problemas económicos, celos, infidelidad; la instigación se observa en acciones como discutir, gritar, amenazar, destrucción de objetos; y lo anterior lleva a la agresión debido a la falta de inhibición, que se observa en las características de los ambientes en los cuales se realizan los actos agresivos; en el caso de las parejas, en general, éstos se dan en ambientes íntimos en donde no existen espectadores o elementos que inhiban la expresión de la violencia.

En cuanto a la violencia de pareja sabemos que el origen no está relacionado con las emociones generadas, sino con los pensamientos e interpretación cognitiva que se hace de los sucesos; sin embargo, es posible clasificarla en función de si la violencia es asociada a emociones como el miedo, ira o rabia, de donde se le conoce como reactiva; cuando se relaciona con sentimientos positivos en que la excitación genera placer en el acto de violencia, es conocida como *appetitive aggression* (Elbert, Schauer y Moran, 2018), término para el cual no se encontró una expresión adecuada para su traducción del inglés, pero que nos

podría dar respuesta a por qué, en algunos casos de violencia de pareja, se agrede a quien se ama, volviendo más complicado el romper con el ciclo de la violencia.

Las dificultades que se generan, sobre todo para las mujeres, a través de la violencia de pareja, son complejas y diversas; entre algunas podemos mencionar enfermedades físicas, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, malestar psicológico (Cools y Kotsadam, 2017).

## **Método**

### ***Identificación del paciente y motivo de consulta***

El caso que se presenta a continuación es el de Marisol<sup>1</sup>, una mujer de 32 años que, en el momento de la primera entrevista, estaba viviendo en unión libre con su pareja desde hacía cuatro años; su escolaridad era de preparatoria y tenía dos hijos.

Solicitó psicoterapia debido a que consideraba que las dificultades que tenía con su pareja estaban afectando a su hijo de cuatro años; específicamente reportó que, ante los problemas de pareja, ella se desesperaba con el niño gritándole o llegando a reprenderlo físicamente. Ella deseaba terminar con su relación de pareja y ser capaz de ya no regresar con él.

### ***Historia del problema***

En cuanto a la historia del padecimiento actual, Marisol estuvo inmersa en una relación en la cual existió violencia física y celos de parte de ambos, esto la llevó a tener pensamientos sobre que él tiene otra pareja, *no me hace caso, le doy pena, me juzga, no valora mi esfuerzo, tengo que darle gusto*, entre otros. Estas ideas generaban en ella celos y dudas de su desempeño como madre y pareja. Según Marisol, se sentía sola,

<sup>1</sup> Debido a las cuestiones de confidencialidad se ha modificado el nombre de la paciente y algunos datos personales para respetar los estándares éticos. Además, se cuenta con un consentimiento informado en el cual la paciente autorizó el uso de la información con fines académicos o de investigación.

enojada, con culpa y miedo, lo que a su vez la llevaba a tener continuas peleas y reconciliaciones en donde los gritos, llantos, agresiones verbales, el aventar cosas, tratar de cambiar para darle gusto a su pareja o por las críticas recibidas de él eran cuestiones cotidianas en su relación.

Estas dificultades se detonaron a partir de una relación violenta, en la cual al principio ella era la que recibía las agresiones, pero después Marisol comentó que se cambiaron los papeles y ella comenzaba las peleas o lo incitaba a ellas. Marisol reconoce que comenzó a ser más dura con su hijo y a tener dificultad para manejar la relación con él. Tenía pensamientos como *no debí haber hecho eso, no quiero que mi hijo sea como yo*; empezó a reprocharse: *no soy capaz de ser una buena madre, yo no quiero ser como mi mamá fue conmigo*, desencadenándose sentimientos de culpa, temor y tristeza. Así, la manera en que ella buscaba resolver o compensar la agresión hacia su hijo era comprándole cosas, sacándolo a pasear, pero estas conductas compensatorias no cambiaban sus reacciones ni los resultados esperados en cuanto a la mejora en su relación madre-hijo.

Marisol refirió que en su infancia ella consideraba a su madre dominante, autoritaria, de carácter fuerte, la cual explotaba cuando cometían algún error, situación que, en la actualidad, seguía sintiendo, sobre todo después de separarse. Marisol reconoció que estaba repitiendo con su hijo las conductas que su madre tenía hacia ella. En cuanto a la relación con su padre lo percibía como su mayor apoyo, de él recibía consejos y soporte emocional.

La idea de pareja de Marisol estaba basada en la relación de sus padres, era, desde su concepción, justa e igualitaria: ella observó que su mamá trabajaba y su papá también apoyaba en las labores domésticas. No obstante, en la relación con su pareja esto no se hacía, Marisol refiere las características de la familia de origen de su pareja, en la que los roles de sus papás eran muy diferentes: él tuvo una madre sumisa y un padre dominante; así, al buscar ajustarse cada uno a los patrones aprendidos en sus respectivas infancias se generaban temas de discusión, pues no lograban llegar a acuerdos en cuanto a sus funciones y roles dentro de la relación.

Marisol comentó que no existían muchas expresiones de cariño en su pareja y que esta forma de tratarla cambiaba cuando estaban separados, de modo que él la buscaba continuamente y le hacía comentarios

románticos. Esto se puede entender desde las explicaciones de resolución de problemas, en donde existen diferencias entre hombres y mujeres en la forma de resolver los problemas de pareja: los hombres tienden a realizar más demostraciones afectivas para resolver un conflicto en comparación con las mujeres, que es probable que demuestren más afecto en períodos de armonía (Moral *et al.*, 2011). Marisol comentó que con otras parejas ella había dejado las relaciones con facilidad; sin embargo, con él no lo lograba, pues creía que de él se había enamorado de verdad.

Ella se consideraba una persona sociable. Comenta que antes de estar en unión libre solía salir con muchos amigos hombres y ser muy expresiva en sus afectos, pero esto había cambiado a partir de su actual relación, en donde desde que inició difícilmente salía con amigos o con compañeros del trabajo; en un principio, por temor a ser vista por su pareja, después por querer regresar rápido con sus hijos a casa, lo que provocó que se volviera menos sociable, pues su pareja recalcaba sus funciones dentro de su rol como madre y que por la misma razón ahora ya no debía o necesitaba salir o, por lo menos, no sin sus hijos, a pesar de que su pareja sí lo hiciera.

En el momento de la primera entrevista, Marisol vivía con sus padres, quienes también le ayudaban con el cuidado de sus hijos mientras ella trabajaba. En las primeras entrevistas se hacía evidente la carga emocional referente al problema referido, pues al tratar temas del hijo o esposo, lloraba; en ocasiones bajaba la mirada y observaba sus manos.

### ***Diagnóstico***

En cuanto al diagnóstico, a partir de la entrevista y resultados en el Test de Creencias de Ellis, se encontró que presentaba un patrón de conductas violentas, en el cual ella recibía agresiones y también las generaba hacia otros. Entre los precipitantes de dichas conductas se identificó la violencia en su relación sentimental, su sospecha de infidelidad, los berrinches de su hijo y las críticas de sus familiares y pareja en relación a su rol de madre.

El tratamiento fue enfocado en su capacidad para manejar la frustración y sus sentimientos de ira. Se buscó favorecer una mejor autoestima y el cambiar de un procesamiento de la información automático a uno controlado a través del análisis y debate de sus creencias.

## Evaluación

De acuerdo a las 17 distorsiones recogidas por Yurita y DiTomasso (2004), con base en el modelo de Beck, la paciente presenta distorsiones cognitivas de etiquetado (*soy una burra, soy una pendeja, soy una mala madre*); además, tenía afirmaciones en forma de demandas o deberías (*no debí haberlo hecho, debí hacerlo de otra manera, a lo mejor no me hago cargo de mis hijos como debería de ser, yo también no debo ser así*). La construcción de su valía personal estaba basada en opiniones externas (*me hacía sentir como que yo era la culpable... al principio sí decía pues sí, sí soy así como él dice... si le reclamo y si le peleo*), comparaciones (*si él me quisiera, él haría lo mismo conmigo; no me quiere porque las quería más a ellas –haciendo referencia a las exparejas del padre de su hijo–*). Y todo esto giraba en torno al esquema de *necesito ser suficiente y capaz para que me demuestren aprobación y cariño*, lo cual, de acuerdo con Ellis, caería dentro de la creencia de tener la necesidad de afecto y aprobación. Todo esto era concordante con los resultados obtenidos del test de creencias de Ellis (Mc.Kay y Robleto, 2008), en el cual Marisol obtuvo como creencias destacadas:

- Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.
- Debo ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprendo.
- Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.
- Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.

Este esquema, de ser suficiente y capaz para recibir aprobación y cariño, tuvo su origen en la infancia, a partir de la crianza y, posteriormente, fue intensificado en la relación de pareja, llevándola a desarrollar distorsiones cognitivas con autocriticas constantes en su actuar, tanto por lo que hacía como por lo que no lograba realizar; también generó las ideas de que no hacía por ella lo que creía que sí hacía por otros, llevándola a marcar creencias sobre la forma correcta de actuación determinada por

otros, lo que se observó cuando resaltaba su incapacidad para afrontar algunas situaciones en las que se sentía criticada en su desempeño, las cuales desencadenaban diferentes reacciones emocionales y conductuales como, en cuanto a la relación de pareja, las peleas, gritos, agresiones verbales, el aventar cosas, llanto, el cambiar para complacerlo; y en relación con sus hijos, los regaños constantes. Todas estas conductas llevaban a la paciente a sentirse triste, enojada y con temor. Finalmente, esto tenía como consecuencia el sentirse mal, buscar reconciliaciones o acceder a ellas y tratar de compensar lo hecho por sentirse culpable y triste.

En cuanto a la visión longitudinal de las conductas y condiciones, su impulsividad, de manera inmediata, aportaba una salida rápida al enfrentar sus problemas, sobre todo en lo referente a sus hijos, contribuyendo a que éstos aprendieran una forma de convivencia con patrones del círculo de la violencia y modos de solución a partir de agresiones.

En aspectos a mediano y largo plazo, su baja autoestima determinaría su sensación de seguridad y el seguir con la sobrecarga del hogar sin lograr compartir responsabilidades, sometiéndose a una relación que reconocía como no sana; ello aumentaría la inestabilidad en la relación y la continuación del círculo de violencia, impidiendo el establecimiento de relaciones sanas con su pareja y con sus hijos, llevándola, posiblemente, a desarrollar síntomas de depresión.

En cuanto a las fortalezas y los factores protectores, Marisol contaba con una red de apoyo, sobre todo en lo relacionado al cuidado de sus hijos; tenía, además, un trabajo terapéutico previo en el cual se le ha informado sobre la violencia y la forma en la cual funciona, y en el momento de la consulta existía un interés marcado por trabajar y resolver su problemática. Asimismo, contaba con un empleo y tenía la firme convicción de resolver su malestar. Estos aspectos permitieron determinar un pronóstico favorable en la atención del caso, en particular por la motivación referida y la existencia de redes de apoyo, dos factores importantes a considerar en el tratamiento de la violencia.

## ***Modelo explicativo***

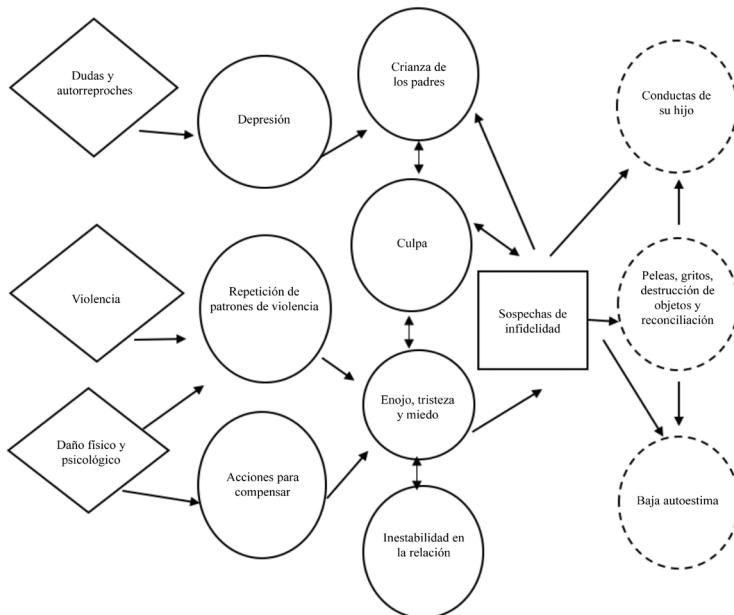
Según el modelo cognitivo desarrollado por Beck (en Anderson y Bushman, 2002) que se aplicó, se analizó que el origen de su conducta agresiva se podría entender desde los esquemas que desarrolló en la infancia, en donde encontró las pautas de su repertorio de respuestas de lucha o huida para la supervivencia. En el caso de Marisol, viene desde el estilo de crianza de una madre dominante de carácter fuerte de donde aprendió que la forma agresiva era una manera de respuesta apropiada para enfrentar los problemas, así como su insuficiencia e incapacidad; esto, relacionado con su sensación de ser comparada con otros.

Este esquema, desarrollado a partir del estilo de crianza, así como del estar inmiscuida en una relación en donde se presentó violencia física, verbal y psicológica, al igual que la sospecha de una infidelidad, detonaron los pensamientos de la paciente de ser incapaz, insuficiente, de ser un mal ejemplo, así como su dificultad para controlarse; y es a partir de esto que comenzó a tener respuestas agresivas, aunado a estar bajo la crítica de familiares sobre su relación de pareja y sobre sus problemas familiares. Por tanto, como resalta Beck (2003, en Uceda, Fernández, Vera, 2011), la paciente presenta los componentes necesarios para que se presente, de forma recurrente, la ira; dichos componentes son la baja tolerancia a la frustración, la autoestima vulnerable y la elevada sensibilidad a la crítica.

Asimismo, se estableció una hipótesis de mantenimiento, pues, como menciona Beck (en Rojas, 2013), la percepción de injusticia, de violación a su derecho, de la existencia de un dominio sobre su persona, hacían que dudara de su eficacia, de donde el surgimiento de emociones como la ira que, a su vez, la llevaría a activar la respuesta de las conductas de agresión. Esta hipótesis permitía la comprensión de las conductas de Marisol, su sesgo atencional centrado en los elementos que le hacían reafirmar estas percepciones, por lo que mantenía sus respuestas agresivas, su baja autoestima y sus dudas sobre su capacidad.

Se puede entender de manera más completa la problemática si se analiza a partir de los factores que precipitaban sus conductas y consecuencias, que llevaban al diagnóstico de la violencia y las consecuencias que podrían generarse; en el caso de Marisol, esto se puede observar esquematizado en la figura 1 a través de la formulación del caso.

Figura 1. Formulación clínica del caso de Marisol



Fuente: elaboración propia.

### **Plan de tratamiento**

El trabajo terapéutico inició con el establecimiento del listado de problemas, el cual Marisol expresó y jerarquizó de la siguiente forma:

- Regresar con su pareja.
- Controlarse ante los berrinches de su hijo.
- Sentir confianza para tomar decisiones y mostrarse firme ante las mismas.

Las metas del tratamiento establecidas en conjunto entre la terapeuta y la paciente fueron: desarrollar habilidades para el manejo de la frustración y enojo en situaciones activantes, promoviendo el uso de respuestas que Marisol ya conocía, pero que, en los momentos de conflicto, le eran difíciles aplicar; y reforzar su autonomía personal defendiendo y ejecutando sus decisiones y derechos, analizando las responsabilidades y consecuencias que éstas llevan.

Las sesiones del tratamiento se presentan en la siguiente tabla (1), especificando los objetivos, técnicas y tareas solicitadas.

Tabla 1. Plan de tratamiento

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devolución de resultados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro-ABC</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los pensamientos automáticos</li> <li>• Analizar los orígenes de las respuestas agresivas</li> <li>• Proporcionar técnicas que disminuyan los síntomas de ansiedad y dificultad para dormir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración cognitiva - debate</li> <li>• Técnica de respiración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro de práctica de respiración</li> <li>• Práctica de debate de sus pensamientos</li> <li>• Lista de conductas que desea que el hijo realice</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los pensamientos automáticos que la llevan a respuestas agresivas relacionadas con las conductas que le frustran de su hijo y la forma de promover las deseadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración cognitiva - debate</li> <li>• Técnica de respiración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro de práctica de respiración</li> <li>• Práctica de debate de sus pensamientos</li> <li>• Lista de necesidades y derechos</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de los errores cognitivos, analizar los pensamientos registrados</li> <li>• Interrumpir el autodiálogo que la predispone a la respuesta, reforzando sus recursos de afrontamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los errores del pensamiento</li> <li>• Parada de pensamiento</li> <li>• Presentación de derechos humanos básicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con base en los ejemplos realizados durante la sesión, hará en casa la identificación de los errores de pensamiento</li> <li>• Aplicación de la técnica parada del pensamiento</li> <li>• Lectura de los errores de pensamiento (que se le proporcionarán impresos)</li> <li>• Realización de recordatorio de derechos básicos (cartel, tarjeta, etcétera)</li> </ul>
5 - 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar interpretaciones alternativas, fiables, que sustituyan las catastróficas</li> <li>• Generar alternativas para el modelamiento de conductas deseadas en su hijo</li> <li>• Identificar las autoinstrucciones adecuadas, las desadaptativas e incorporar las alternativas generadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generación de alternativas</li> <li>• Parada del pensamiento</li> <li>• Autoinstrucciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llenado del formulario de interpretaciones alternativas</li> <li>• Práctica de parada de pensamiento y autoinstrucciones</li> <li>• Registrar experiencia</li> </ul>
7 - 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar habilidades para la solución de problemas a los que se enfrenta, resaltando las que ya posee y buscando alternativas para autorreforzarse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solución de problemas</li> <li>• Autoinstrucciones</li> <li>• Reforzamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de soluciones revisadas en sesión</li> <li>• Autorregistro</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Práctica de lo aprendido durante las sesiones</li> <li>• Reforzamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención de respuestas</li> </ul>	

Fuente: elaboración propia.

## Resultados

De acuerdo con las metas establecidas se decidió comenzar la intervención con la psicoeducación, en la cual se abordaron temas como la relación entre la ira y la frustración y cómo se daba este proceso de respuesta; se clarificó el concepto de autonomía personal o empoderamiento y se estableció la relación entre esta autonomía con sus pensamientos y con las dificultades presentadas; se explicó el modelo ABC de la terapia cognitivo-conductual y la forma de trabajo terapéutico desde dicho modelo.

En la segunda sesión se comenzó con la explicación y aplicación de técnicas de respiración y relajación progresiva dejando como tarea el registro de la práctica de éstas. Se comenzó con la reestructuración cognitiva llevando a Marisol a cuestionar si lo que registró en la primera tarea se sostenía en pruebas para ser aceptadas o rechazadas; esto, a partir de técnicas cognitivas.

En sesiones posteriores se realizaron ejercicios de reestructuración cognitiva debatiendo los pensamientos, la identificación de errores del pensamiento, el uso de autoinstrucciones; el trabajo con errores de pensamiento como determinantes del diálogo interno que predisponían sus respuestas; la revisión de derechos humanos básicos para que lograra identificar errores de pensamiento relacionados con la no defensa de dichos derechos; el análisis de las conductas deseadas de su hijo, alternativas para evitar la catastrofización, el uso de parada de pensamiento, herramientas para la solución de problemas, promoviendo también el reforzamiento de sus capacidades. Todo esto se vio complementado con actividades solicitadas en tareas en donde ella pudiera poner en práctica lo trabajado en las sesiones y así lograr consolidar los cambios tanto cognitivos como conductuales.

La alianza terapéutica se logró establecer con Marisol, gracias a lo cual ella se sintió cómoda para hablar de temas que le generaban malestar. Inicialmente, tenía ciertas resistencias, pues hablar de sus temores y conductas, que consideraba inadecuadas e inaceptables, le era difícil, sobre todo para una paciente como ella, que era susceptible a la crítica, pero en la cuarta sesión se logró consolidar la alianza y esto se vio reflejado en su forma de expresarse, en donde era evidente su mayor tranquilidad y relajamiento, incluso atreviéndose a tutear a la terapeuta. Esta alianza también se observó en su compromiso con la asistencia a las sesiones y en la realización de las tareas solicitadas.

Otro aspecto importante de resaltar fue el del establecimiento de las metas terapéuticas, las cuales era de suma importancia establecer en conformidad con Marisol, ya que esto favorecería su autonomía, su capacidad de decisión y otros aspectos que se requerían trabajar para lograr mejoría en ella; además, las metas fueron graduales y con una jerarquía de dificultad de menor a mayor, para así demostrarse a sí misma, de forma paulatina, que era capaz de alcanzarlas. Se observaba entusiasmo al ir logrando las metas; una muestra de ello se dio en la tercera sesión, cuando refirió sentirse muy satisfecha por haber logrado controlarse ante un berrinche de su hijo, expresándose con frases como «ya fui capaz», «estuve tranquila», «a pesar de que siguió, no me hizo el berrinche grande».

Es importante hacer referencia a los obstáculos que se presentaron y que se requiere considerar para buscar minimizarlos y evitar que dificulten los avances y efectividad del tratamiento. En el caso de Marisol existían antecedentes de psicoterapia previa, la cual fue abandonada a partir de la decisión de regresar con su pareja, pues mencionó que le dio vergüenza comentar esto con la terapeuta. Esto era un dato muy importante, primero, para no establecer de ninguna forma un enfoque que ella sintiera que la presionaba a dejar a su pareja o que sería juzgada si decidía continuar o reanudar la relación, de modo que finalmente ella sola pudiera tomar las decisiones que considerara mejor para ella. En este sentido, al finalizar el tratamiento, ella ya había decidido dejar la relación y, en sesiones de seguimiento, no había regresado con el papá de sus hijos; se veía motivada y convencida de ser capaz de continuar así.

En cuanto a los obstáculos que se presentaron, y que fueron trabajados por la terapeuta, se encontraba el tener que controlar la cantidad de información solicitada en las diferentes áreas indagadas, para que Marisol no se sintiera invadida o con la obligación de dar información que le generara mayor ansiedad; además, en este caso se requirió estar atenta constantemente a factores como el tono de voz, las formas de expresión y cualquier otra situación que pudiera llegar a sentirse como agresiva; y por último es importante mencionar que en los casos de violencia es de suma importancia el contar con la supervisión suficiente para su adecuado manejo, ya que sin ésta se pueden generar obstáculos importantes dentro del tratamiento.

## Conclusiones

En relación con las propuestas teóricas revisadas en el capítulo y el caso clínico, se encontró que existe una validación de los aspectos teóricos reportados en cuanto a los postulados de origen, desarrollo y mantenimiento de la violencia.

Es sumamente importante estudiar y analizar el fenómeno de la violencia debido a los altos costos que genera en diferentes niveles (Krahé, 2018).

En el caso de las mujeres se han reportado miles de afectadas en diversos aspectos, y el peor de los desenlaces se puede dar con la muerte de una persona (Redding *et al.*, 2017).

En la actualidad se cuenta con leyes que protegen a las víctimas de violencia (Moreno, Chapa y Rivas, 2016), pero algunos estudios reportan un incremento importante en las denuncias de violencia de pareja; tal es el caso de lo que Vives-Cases, Torrubiano-Domínguez y Álvarez-Dardet (2008) comentan en relación con las estadísticas españolas en que se ha observado un incremento en un análisis longitudinal de los casos de denuncias; eso, en teoría, se consideraría un avance en cuanto a las posibilidades de que una persona, que vive una situación de violencia en su relación, podría estar más motivada a dejar una relación violenta (Groves y Anderson, 2018), lo que en la realidad no siempre sucede.

Resulta de interés el revisar cómo, a pesar del malestar y sufrimiento que genera en las personas víctimas de violencia y en sus familias, se mantienen relaciones violentas, sucediendo esto principalmente en las mujeres. Es muy probable, por tanto, que la violencia contra las mujeres se base en constructos sociales sobre los roles y derechos de hombres y mujeres (Krahé, 2018).

En el caso presentado se observó cómo, a partir de la variable del sexo, se conceptualizó de diferente forma la violencia, pues según lo reportado por la paciente atendida, las conductas violentas eran minimizadas y consideradas como sin tanta importancia por su pareja; en cambio, ella era más consciente de lo inadecuado, tanto de la violencia que era ejercida hacia ella, como de la que ella ejercía hacia sus hijos, lo que se ha confirmado en algunos estudios nacionales que reportan estas diferencias de conceptualización de la violencia en hombres y mujeres (Moreno, Chapa y Rivas, 2016).

En el caso en cuestión se puede observar cómo la violencia de pareja hacia las mujeres tiene un impacto en tres niveles: macro, nivel social; micro, nivel en donde la dinámica generada dentro de una relación específica promueve la interacción violenta, y nivel individual, tanto del victimario como de la víctima (Krahé, 2018).

La familia es el núcleo más importante de desarrollo y aprendizaje de las personas, y como tal puede ser un espacio de interacción importante para el desarrollo o prevención de la violencia. Luego entonces, a partir de las intervenciones psicoterapéuticas, se pueden desarrollar estrategias para modificar los patrones violentos que se aprenden en el sistema familiar (Labella y Masten, 2018).

Una de las acciones más importantes a trabajar es la prevención de la violencia de pareja; esto se podría realizar con intervenciones con adolescentes y jóvenes, para que sean capaces de identificar las señales de violencia dentro de una relación, tales como el control, celos, el ir separando y aislando a la pareja de sus relaciones sociales, el devalúo, los chantajes, abusos, entre otras muchas acciones que se pueden identificar antes de comprometerse o de establecer relaciones más formales con un posible agresor (Nardi-Rodríguez *et al.*, 2017).

## Fuentes consultadas

- ALLEN, J. J., Anderson, C. A. y Bushman, B. J. (2018), “The General Aggression Model”, en *Current Opinion in Psychology*, 19, 75-80, disponible en <<http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.034>>.
- ANDERSON, C. A. y Bushman, B. J. (2002), “Human aggression”, en *Annual Review of Psychology*, 53(1), 27-51.
- CARRASCO, O. M. y González, C. M. (2006), “Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos”, en *Acción Psicológica*, 4 (2), 7-38.
- CHESTER, D. S. y DeWall, C. N. (2018), “The roots of intimate partner violence”, en *Current Opinion in Psychology*, 19, 55-59, disponible en <<http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.009>>.
- COOLS, S. y Kotsadam, A. (2017), “Resources and Intimate Partner Violence in Sub-Saharan Africa”, en *World Development*, 95, 211-230, disponible en <<http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2017.02.027>>.

- ELBERT, T., Schauer, M. y Moran, J. K. (2018), "Two pedals drive the bi-cycle of violence: reactive and appetitive aggression", *Current Opinion in Psychology*, 19, 135-138, disponible en <<http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.016>>.
- GROVES, C. L. y Anderson, C. A. (2018), "Aversive events and aggression", en *Current Opinion in Psychology*, 19, 144-148, disponible en <<http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.027>>.
- INEGI (2017), "Resultados de la encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (ENDIREH)", boletín de prensa.
- KRAHÉ, B. (2017), "Violence against women", en *Current Opinion in Psychology*, 19, 6-10, disponible en <<http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.017>>.
- LABELLA, M. H. y Masten, A. S. (2018), "Family influences on the development of aggression and violence", en *Current Opinion in Psychology*, 19, 11-16, disponible en <<http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.028>>.
- McKAY D. y Robleto Navas E. (2008), "Inventario de creencias irracionalistas", en *Manual Albert Ellis*, Psicho Metric.
- MORAL, J. et al. (2011), "Diferencias de género en afrontamiento y violencia en la pareja", en *Revista CES Psicología*, 4(2), 29-46, disponible en <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539528004>>.
- MORENO C., Chapa R. y Rivas Z. (2016), "De lo dicotómico a lo relativo. Estudio de las teorías implícitas de la violencia de pareja" en *Región y sociedad*, 28, 131-160.
- NARDI-RODRÍGUEZ, A. et al. (2017), "What are the most representative warning signs of intimate partner violence against adolescent girls?", en *Anales de Psicología*, 33(2), 376-382.
- OMS (2016), "Violencia contra la mujer", disponible en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>>.
- REDDING, E. M. et al. (2017), "Gender inequality and violence against women in Spain, 2006-2014: towards a civilized society", en *Gaceta Sanitaria*, 31, 82-88.
- REQUENA GONZÁLEZ, S. (2017), "Una mirada a la situación de la violencia contra la mujer en Bolivia", en *Revista de Investigación Psicológica*, 17, 117-134.
- ROJAS, Z. M. (2013), *Distorsiones cognitivas y conducta agresiva en jóvenes y adolescentes: análisis en muestras comunitarias y de delincuentes*, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

- SALDIVIA, C., Faúndez, B., Sotomayor, S. y Cea, F. (2017), “Violencia íntima en parejas jóvenes del mismo sexo en Chile”, en *Última década*, 25(46), 184-212.
- UCEDA, I. M., Fernández, J. S. y Vera, M. P. G. (2011), “Pensamientos negativos de ira-hostilidad e ira rasgo: ¿una relación moderada por la depresión?”, en *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 10(2), 193-214.
- VIVES-CASES, C., Torrubiano-Domínguez, J. y Álvarez-Dardet, C. (2008), “Distribución temporal de las denuncias y muertes por violencia de género en España en el período 1998-2006”, en *Revista Española de Salud Pública*, 82(1), 91-100.
- YURITA, C. L. y DiTomasso, R. A. (2004), “Cognitive Distortions”, en A. Freeman, S. H. Felgoise, A. M. Nezu, C. M. Nezu, M. A. Reinecke (eds.), *Encyclopedi of Cognitive Behavior Therapy*, 117-172, Springer.

## APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE ATAQUE DE PÁNICO

*Xóchitl América Mendoza Rodríguez  
Joel Zapata Salazar*

### Introducción

En nuestros días, uno de los retos a los que se enfrenta la psicología clínica es el de servir como sustento para la elaboración de un corpus epistemológico que permita la comprensión integral del ser humano en sus dimensiones biológica, psíquica y social; y con ello, los trastornos psicopatológicos. Esta labor se ha realizado más desde la práctica que desde la teoría. En nuestros días, «tan sólo disponemos de una semiología, un catálogo de síntomas sólo útil para el diagnóstico clínico y para el entendimiento entre profesionales. Ni siquiera está delimitado con suficiente rigor y claridad el objeto epistémico de la psicopatología» (De Potestad y Zuazu, 2003: 3).

Ante las limitaciones del modelo médico que ha imperado en la práctica clínica abierta o tácitamente, sobre todo en los contextos de las instituciones de salud, la realidad nos enfrenta a un doble reto. Por un lado, responder eficientemente a las demandas de salud mental en contextos clínicos diversos y, por el otro, generar conocimiento clínico suficientemente sólido para formular una epistemología que permita la comprensión de los trastornos psicopatológicos de una forma integral.

Frente a este panorama, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado su eficacia en una serie de problemas relacionados a la ansiedad, ofreciendo una alternativa viable al tratamiento de los mismos (Echuburúa y Corral, 2001; McNally, 1996). Una parte primordial al inicio de las primeras sesiones de atención con el paciente es establecer objetivos claros y realistas sobre lo que se abordará en la terapia; ello se obtiene de la lista de problemas que el individuo refiere como motivo de consulta (Gabalda, 2007: 77) y de la detección del psicoterapeuta ante la información que el paciente refiere, ya sea directamente o tras profundizar en la entrevista inicial con un interrogatorio que promueva en el paciente ampliar información que resulta útil.

En el presente capítulo, se reporta un estudio de caso único. Se trabajó con un paciente cuya sintomatología coincidía con trastorno de pánico. Se diseñó un plan de tratamiento de acuerdo con el modelo de la TCC, dándole seguimiento a su desarrollo.

Los trastornos de ansiedad son frecuentes en la población. De acuerdo con los resultados del Estudio de los trastornos mentales en México y los de la Encuesta Mundial de Salud Mental, que se efectuó en México entre 2001 y 2002, el 11.6 por ciento de la población encuestada manifestó haber presentado algún trastorno de ansiedad y el 0.2 por ciento especificó el trastorno de pánico (Medina *et al.*, 2009: 81).

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (DSM-IV) (APA, 2014), estudios epidemiológicos elaborados en todo el mundo indican de forma consistente que la prevalencia del trastorno de pánico o trastorno de angustia (con o sin agorafobia) se sitúa entre el 1.5 y el 3.5 por ciento. Las cifras de prevalencia anual oscilan entre el 1 y el 2 por ciento.

La característica principal del trastorno de pánico es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico), que bien pueden manifestarse ante una situación específica o circunstancias no particulares, de acuerdo con lo descrito en el DSM-IV, y en episodios imprevisibles.

De acuerdo con DSM-IV y el CIE 10, los síntomas pueden variar de un caso a otro, pero los más predominantes son: aparición repentina de palpaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo, sensación de irrealidad, así como el miedo a morirse, perder el control o enloquecer. El trastorno por pánico «implica básicamente la experiencia de períodos discretos de repentino e intenso temor o malestar» (Caballo, 1997: 113).

Se estima que la duración de la crisis dura algunos minutos: 12, regularmente. Este trastorno predomina en mujeres. Las personas que lo manifiestan suelen evitar los lugares en los que se presentó la crisis, por lo que suele existir comorbilidad con la agorafobia. Se genera un miedo a estar solo o a acudir a lugares públicos, por el temor de manifestar un nuevo ataque de pánico.

En el CIE 10 se establece que «las crisis de pánico que se presenta en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquiera de las fobias de F40» (OMS, 1992).

Para un diagnóstico definitivo deben presentarse varios ataques graves de ansiedad, al menos durante un mes (DSM-IV):

- A. En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo.
- B. Pero no sólo en situaciones conocidas o previsibles.
- C. Y entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad, aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

Un ataque de pánico se describe como un estado emocional que puede estar asociado a cualquier trastorno por ansiedad, según Caballo (1997: 114). Para este autor, puede diferenciarse en tres tipos:

1. Ataques de pánico espontáneos, en los que no se conocen estímulos situacionales desencadenantes.
2. Ataques de pánico situacionalmente determinados, en donde invariablemente se identifica un estímulo situacional específico.
3. Ataques de pánico situacionalmente predisuestos, en los que es probable, aunque no de forma invariable, la identificación de un estímulo situacional específico como precursor del ataque de pánico.

Es importante mencionar que los síntomas fisiológicos que se experimentan en el episodio de pánico pueden determinar la presencia del miedo y vulnerabilidad de la persona a reincidir en una crisis similar o peor en el futuro, mas no en todos los casos, debido a que para otras personas la interpretación cognitiva del acontecimiento de pánico le dará un significado erróneo (Beck, 2012). Por lo anterior, en el abordaje psicoterapéutico para tratar el episodio de pánico utilizando la TCC suele

plantearse como objetivo inicial el tratar al paciente con técnicas fisiológicas, posteriores o simultáneas a las técnicas conductuales y cognitivas.

Especificar bajo qué situaciones ocurre el episodio de pánico orientará el curso de la terapia y las técnicas para apoyar al paciente a comprender su problema y enfrentarlo. La TCC ha presentado resultados favorables en el tratamiento de los trastornos de pánico (Caballo, 1997: 115), debido a la estructura del tratamiento y seguimiento, lo que brinda al paciente la posibilidad de comprender el problema e implementar técnicas para adquirir autocontrol de manera gradual, aspecto que es relevante en los pacientes que se perciben desprovistos de control.

## Método

### *Caracterización del paciente*

Se trata de un hombre de 22 años, a quien a partir de este momento se denominará «Carlos». Actualmente es estudiante de licenciatura. Refiere profesar la religión católica, misma que no practica. Por el momento, Carlos no tiene otra ocupación, además de la escuela, debido a que trabajar y estudiar al mismo tiempo le genera un aumento en los niveles de estrés y ansiedad.

Un aspecto que se debe destacar es el hecho de que, al inicio de la sintomatología vinculada a la ansiedad, el paciente suele recibir distintos diagnósticos. (Esto puede generar más estrés y ansiedad en él). A esto se le añade la presencia de incertidumbre, temor, aprensión, generalización y maximización de sus síntomas, toda vez que interprete lo que el especialista de la salud le informe sobre su condición física y mental. De allí la importancia de manejar con profesionalismo la información sobre su estado actual. Éste es el caso del paciente en cuestión: a la fecha, se le han proporcionado diferentes diagnósticos (los cuales se mencionarán más adelante) por parte de psicólogos y psiquiatras con los que ha acudido, ya sea por voluntad propia o en situación de emergencia.

No centrarse en objetivos realistas y prioritarios podría generar que no se trabajen aspectos relevantes para el bienestar del paciente, o bien que el proceso sea disperso y poco claro, lo que desmotiva al paciente al no observar mejoras con el paso de las sesiones. Además, la TCC

requiere de «llevarse a cabo en un ambiente de gran colaboración y estructuración y donde estén claras las metas y el proceso a seguir» (Gabalda, 2007: 61).

### ***Descripción del problema***

El paciente acude a consulta con diferentes inquietudes, las cuales valoraba con el mismo grado de malestar y prioridad. Cuando el paciente adulto refiere una larga lista de problemas, resulta fundamental orientarlo a jerarquizar y priorizar dicha problemática, tratando de descubrir si prevalecen las circunstancias que le causan malestar (Gabalda, 2007: 76). Se le solicitó que jerarquizara sus problemas, considerando la importancia o el grado de malestar actual; luego de realizar una lista, el paciente insistía en hacer mención del resto de los problemas, generando que la sesión se volviera dispersa. Con la intención de otorgarle atención a sus demandas, se le brindó oportunidad de exponer sus dudas e inquietudes. Se consideró necesario ayudar al paciente a «desprenderse» de problemas que, de acuerdo con los criterios diagnósticos aplicados a la etapa actual, ya no aplican como tales.

Carlos refirió que, como parte de un programa de desarrollo personal de la institución en la que estudia, lo canalizaron para recibir atención psicológica, por lo cual buscó recibir la atención considerando también una oportunidad de trabajar sus problemas, pues considera que no ha logrado superarlos. Después, menciona que son varios aspectos que desea abordar, sobre todo, los siguientes: fue diagnosticado con trastorno de pánico; recientemente (finales del año 2016) pasó por el último episodio agudo. Refiere que, a principios de este año, también recibió el diagnóstico de depresión. Otro aspecto que menciona fue un complejo que tiene sobre su cuerpo, por una malformación en el pectoral izquierdo, con un ligero hundimiento, generado por falta de desarrollo de la glándula mamaria que no genera ningún malestar a nivel fisiológico, pero sí a nivel emocional y en su seguridad personal: se siente observado y juzgado por las personas que le rodean. Finalmente, menciona sus preferencias sexuales, externando que se encuentra confundido, pues tiene una relación de noviazgo con una mujer de su edad; sin embargo, sus relaciones anteriores habían sido

sólo con hombres, lo que lo ha llevado a considerar la posibilidad de ser homosexual.

El paciente menciona que suele estar preocupado por su salud mental y emocional, por la tendencia que tiene a presentar episodios de pánico y manejar de forma inadecuada su reacción ante los problemas. Hace dos meses, aproximadamente, falleció su abuela materna, lo que produjo que volviera a sentir tristeza profunda y que regresara a la consulta externa de un centro de atención mental. A mediados del año pasado terminó una relación de pareja con un hombre, que él describe como «la más significativa y duradera» que había tenido. Considera que dicha ruptura le desencadenó sentimientos de tristeza constante; comenzó a presentar problemas para dormir, dificultándole el conciliar el sueño; se despertaba entre cuatro y cinco de la mañana, sin razón aparente y ya no conciliaba el sueño. Al mismo tiempo, se presentaron problemas entre la madre, los abuelos y tíos maternos, situaciones que le estresaban. En un periodo de tres meses, acudió a atención psiquiátrica, primero por el episodio de pánico y luego por los síntomas depresivos. Carlos teme volver a presentar un episodio de pánico, incluso le preocupa desarrollar algún problema mental grave.

Se percibe como una persona con problemas emocionales, quien requiere, hasta cierto punto, de constante apoyo por parte de sus padres, hermanos y profesionales de la salud para mantenerse. Busca ser aceptado por los demás, por lo que trata de ocultar su problema físico (defecto), para evitar que piensen que es raro y lo cuestionen. Otro aspecto que le genera ansiedad es definir su preferencia sexual, ya que considera que no será fácil para su familia manejar la posibilidad de que sea homosexual, por las expectativas que se han depositado en él sobre formar una familia con una mujer y tener hijos.

Asimismo, comenta que, desde los 12 años de edad, recuerda haber presentado crisis de miedo intenso, que le producían síntomas fisiológicos tales como: aceleración del ritmo cardíaco, dificultades para respirar y sudoración; lo que hoy denomina ataques de pánico. Menciona que ha notado que entre cada crisis pasan aproximadamente dos años y que duran casi lo mismo, pero que han aumentado sus temores de perder la razón o morir de algún problema cardiaco. Hace dos años recibió el diagnóstico de trastorno de pánico. Anteriormente, había sido diagnosticado con trastorno de ansiedad generalizada, trastorno adaptativo y

trastorno dismórfico corporal, los dos primeros por parte de psiquiatras, y el último por un psicólogo que lo antendió el año pasado. Para Carlos, haber sido diagnosticado con varios problemas ha reforzado la idea de ser una persona inestable y vulnerable. Actualmente está medicado con sertralina y clonazepam. En tres meses tiene cita para dar seguimiento a su tratamiento.

En la esfera familiar, el paciente refiere que dos de sus tíos maternos se encuentran bajo tratamiento psiquiátrico, uno por un diagnóstico de trastorno bipolar y el otro por algún tipo de psicosis que no supo especificar; otro más presenta problemas con las adicciones. Recientemente, tras la muerte de su abuela materna, a su abuelo se le diagnosticó depresión, manifestando ideación suicida.

La estructura de su familia nuclear la componen sus padres y dos hermanos mayores. Carlos describe a sus padres como una pareja conflictiva. Recuerda que su mamá siempre ha tenido un carácter explosivo y que, cuando algo le molesta de su padre, suele reaccionar de forma agresiva, golpeándolo, mientras el papá sólo opta por protegerse. En varias ocasiones, tras alguna discusión con su padre, su madre llegó a despertarles, en medio de la noche, a él y a sus hermanos, para llevárselos de la casa donde viven a la casa de sus abuelos maternos. Carlos señala que regularmente sentía miedo y angustia cuando esto pasaba. Al inicio de la adolescencia, se da cuenta de su atracción hacia los hombres, pero no lo manifestó abiertamente.

A los 15 años fue su primer contacto de tipo sexual con un chico, sólo tocamientos y besos. Desde entonces ha tenido en su mayoría parejas hombres, aunque, recientemente, sostiene un noviazgo con una muchacha de su edad, quien ha sido su amiga desde que ingresó a la universidad. Con sus amigos cercanos, suele hablar abiertamente de sus preferencias sexuales; con sus padres lo hizo hace dos años, comentándoles que era bisexual; la madre, aunque se afectó emocionalmente al inicio, al cabo de unos meses se acercó a él para decirle que lo aceptaba y le brindó su apoyo; su padre le dijo que le diera tiempo para asimilar dicha situación. En el caso de los hermanos refiere que no mostraron reacciones aparentes. No obstante, ambos padres le pidieron que no dijera nada a la familia extensa. Carlos cree que su padre tiene la esperanza de que sólo sea una crisis temporal.

Dentro del examen mental, se observó como una persona adecuadamente desarrollada, de piel blanca, complexión delgada y estatura promedio, aproximadamente entre 1.65 a 1.70 metros. Su edad cronológica coincide con su apariencia. Durante la evaluación de la entrevista se mostró levemente ansioso; luego tranquilo y con adecuada disposición durante el transcurso de la sesión. A simple vista no se perciben malformaciones físicas; no obstante, refiere una en el pectoral izquierdo. Su postura durante la sesión, en la mayor parte del tiempo fue, erguida, en ocasiones encorvada. Viste ropa con adecuada higiene, informal y sencilla. No mostró barreras de comunicación ni algún indicio de enfermedad neurológica. En el momento no reportó malestares o dolencias físicas, únicamente dificultades del sueño. Suele presentar insomnio, por lo regular en la madrugada.

Dados los antecedentes recientes, el trastorno de pánico se considera un diagnóstico vigente. Hay dificultad en el manejo de problemas interpersonales, lo que genera aumento en los niveles de ansiedad que lo predisponen a la creencia de manifestar un episodio de pánico. Asimismo, perturbaciones del sueño, confusión sobre su orientación sexual, complejo por su aspecto físico, lo que genera problemas de baja estima y aceptación, factor que contribuye a la manifestación de ansiedad.

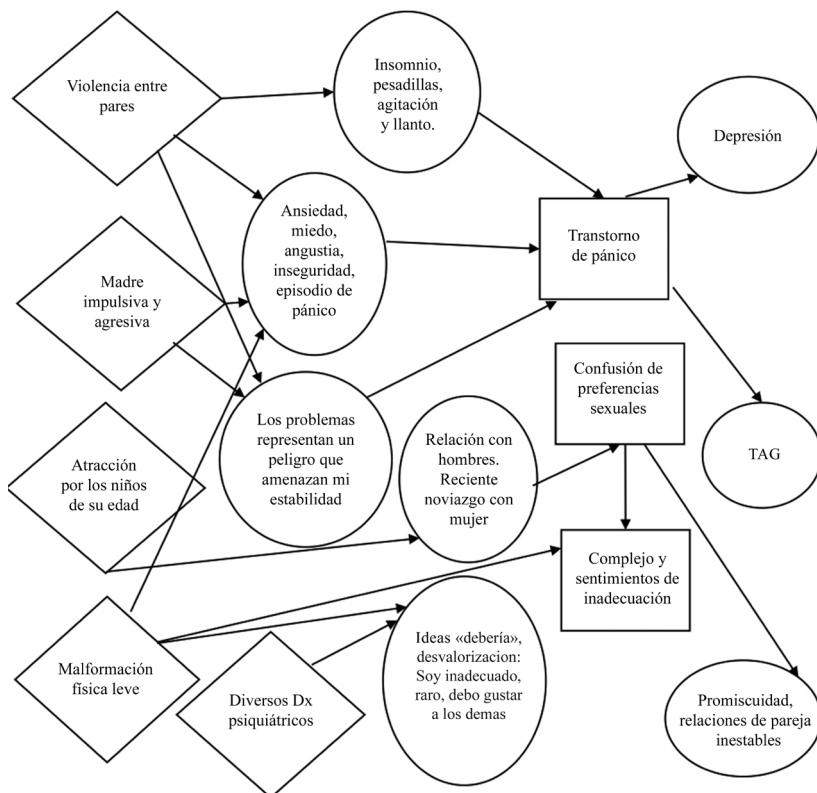
A continuación revisaremos la formulación del caso y el análisis funcional (ver figura 1 y tabla 1), aspectos fundamentales dentro de la TCC, para posteriormente llevar a cabo el Plan de tratamiento (Gabaldá, 2007).

#### *A. Precipitantes*

Cuando el paciente percibe problemas en las relaciones personales significativas, generados por desacuerdo y en los que hay presencia de hostilidad manifiesta, suele tener pensamientos catastróficos que, en ocasiones, maximizan los conflictos. Después, presenta elevación de la ansiedad, angustia e incertidumbre que lo llevan a desencadenar malestares fisiológicos tales como tensión muscular, cefalea, sudor en manos y agitación, que lo hacen pensar que puede ocurrir una nueva crisis o episodio de pánico.

En el episodio de pánico más reciente, se conjugaron varios precipitantes: la ruptura con el novio, problemas entre los familiares y el estrés cotidiano de las clases en la escuela.

Figura 1. Formulación clínica del caso



Fuente: elaboración propia.

#### B. Análisis transversal de los pensamientos y conductas actuales

Ante los problemas se percibe vulnerable y temeroso, suele angustiarse en exceso y siente que es parte de todos los conflictos que suceden en su familia, por lo que tiende a involucrarse de forma activa y al final resulta agotado y frustrado por no haber logrado ayudar a la resolución de los problemas. Busca constantemente la aceptación de las personas, por su «defecto físico», y piensa que debe esforzarse por compensar esa «falla». Cuando se percibe aceptado logra adquirir cierta seguridad y confianza, la cual se desmorona en tanto la relación se concluye o se ve amenazada por conflictos.

Otra muestra de su necesidad de aprobación por los demás, es la manera en la que se complica por definir su sexualidad; piensa que si mantiene su confusión, sostendrá las expectativas que sus padres se formaron sobre él y su vida sexual. Lo anterior se puede corroborar con los resultados arrojados por el test de creencias irrationales de Ellis: «debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende», «se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa» y «es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente».

#### *C. Visión longitudinal de las conductas y condiciones*

El paciente suele acudir a consulta psicológica y psiquiátrica ante los síntomas que manifiesta relacionados a la ansiedad y el bajo estado de ánimo. Requiere una opinión médica que le apoye a entender lo que le sucede. Evita estar solo, para ocuparse y distraerse, y así no pensar en sus problemas y diagnósticos. A menudo se preocupa por su aspecto físico: busca evitar que las personas perciban su «defecto físico». Aprendió a activar los síntomas fisiológicos de la ansiedad, debido a las experiencias que vivió desde niño, las que percibió como eventos traumáticos.

Se esfuerza por encajar y adaptarse, y trata de hacer poco visibles sus problemas. Si Carlos logra entender cómo funciona su ansiedad y los episodios de pánico ante los conflictos y el estrés cotidiano, puede dar manejo funcional a la ansiedad y el miedo. Además, si estructura las creencias sobre lo adecuado y lo perfecto, será más flexible y tolerante ante lo inevitable, la falta de control y los propios defectos y las críticas o reacciones de los demás. Si sigue un tratamiento constante, es viable que se libere de etiquetas que lo hacen percibirse como alguien inestable y complicado, y mostrarse como alguien con defectos y virtudes. Sin embargo, de no llevar un adecuado tratamiento, puede continuar enfrascándose en conflictos, maximizando sus malestares y agudizando los episodios de pánico.

#### *D. Fortalezas y factores protectores*

Anteriormente, concluyó un proceso psicoterapéutico que le brindó la oportunidad de trabajar aspectos de su sexualidad, aunque no de forma concluyente. Cuenta con redes de apoyo sólidas: su madre, amigos de

la escuela actual y de otros ámbitos, así como maestros de la misma escuela. Hasta el momento, muestra interés en la realización de las tareas para casa, es constante en la asistencia y expresa abiertamente lo que piensa, siente y hace.

Tabla 1. Análisis funcional

Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p><b>Remotos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Violencia física y psicológica entre los padres</li> <li>Madre hostil e impulsiva</li> <li>Malformación leve en pectoral izquierdo</li> <li>Atracción por los niños de su edad en la secundaria</li> <li>Presencia de episodios de pánico desde los 12 años de edad</li> <li>Tíos maternos con problemas psicológicos</li> </ul> <p><b>Próximos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diversos diagnósticos por parte de psiquiatras y psicólogos</li> <li>Ruptura de la relación de noviazgo significativo con un hombre</li> <li>Noviazgo reciente con una mujer</li> <li>Muerte reciente de abuela materna</li> <li>Diagnóstico de depresión</li> <li>Toma sertralina y clonazepam</li> </ul>	<p><b>Cognitivas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Me expongo a algo amenazante cuando hay problemas</li> <li>Soy inadecuado y raro</li> <li>La gente va a notar que soy raro</li> <li>Si alguien se aleja de mí, quedo vulnerable, será casi imposible volver a encontrar a alguien que me quiera y acepte como soy</li> <li>Tal vez si soy bisexual, puedo casarme con una mujer y tener hijos</li> <li>Si soy bisexual, es más fácil de aceptar por los demás, a la diferencia de ser homosexual</li> <li>En mi familia siempre hay problemas, es normal que todos peleen</li> <li>Si las cosas no están bien, es porque yo tengo problemas</li> </ul> <p><b>Fisiológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Insomnio</li> <li>Agitación</li> <li>Taquicardia</li> <li>Sudoración</li> <li>Tensión muscular</li> </ul> <p><b>Conductuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dormir en un cuarto diferente, donde no hayan sucedido crisis</li> <li>Rezar para calmar el malestar</li> <li>Caminar de un lado a otro</li> <li>Pedir ayuda a sus padres</li> <li>Masturbarse para relajarse</li> <li>Observar constantemente su cuerpo, para disimular su defecto físico</li> </ul> <p><b>Afectivas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tristeza</li> <li>Ansiedad</li> <li>Angustia</li> <li>Confusión</li> </ul>	<p><b>Corto plazo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento de los episodios de pánico</li> <li>Promiscuidad</li> <li>Prolongar el tratamiento farmacológico</li> </ul> <p><b>Largo plazo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Depresión</li> <li>TAG</li> <li>Relaciones de pareja inestables</li> </ul>

Fuente: elaboración propia.

### *E. Hipótesis de trabajo*

Los problemas de violencia entre los padres han generado que el paciente, desde los cuatro o cinco años de edad, presente temores constantes que le han generado ansiedad y, posteriormente, el pánico. De aquí que, ante cada conflicto, el paciente desarrollara un proceso de somatización manifestando también trastornos del sueño. Durante la adolescencia el autodescubrimiento de la sexualidad, alrededor de los 11 o 12 años, incrementó los niveles de ansiedad al punto de convertirlos en episodios temporales de pánico. En esta etapa se hizo notorio para el paciente el «defecto físico» en su cuerpo, generándole preocupación por su imagen corporal, un autoconcepto y una autoestima devaluados. De aquí que el paciente haya aprendido a sobreinterpretar a los problemas de su vida en sus relaciones con sentimientos de inadecuación o insuficiencia, y haya desarrollado constante angustia e incertidumbre ante la aceptación de los demás.

Desde la perspectiva de Beck (2012), la problemática de Carlos se considera de la siguiente forma: cuando el paciente percibe su entorno amenazante, hostil y demandante, suele tener pensamientos catastróficos y de vulnerabilidad: *me va a dar una crisis, no puedo controlar esto, me voy a poner mal, nadie sabe lo que me pasa*, etcétera, lo que lo lleva a aumentar la ansiedad, manifestar miedo y angustia, que activan las reacciones fisiológicas de agitación, taquicardia y sudoración, pesadillas e insomnio. Como consecuencia, se queda con la percepción de inadecuación y la incertidumbre de volver a tener una crisis.

### *Plan de tratamiento y resultados*

El plan de tratamiento es primordial para la terapia (Gabalda, 2007). Retomando la cuestión de jerarquizar y priorizar los problemas del paciente en cuestión, la parte inicial del plan de tratamiento consistió principalmente en descartar problemas, por considerar que éstos ya no son vigentes, al tener su origen en crisis originadas por factores de ese momento, e incluso por no haber contado con un diagnóstico elaborado de forma acertada, así como en la introducción de técnicas fisiológicas para generar conciencia sobre su cuerpo y su respiración: habilitar la respiración profunda como una herramienta de autocontrol ante la ansiedad y el estrés (ver tabla 2).

Como lista de problemas están:

1. Temor a presentar nuevos episodios de pánico y que se vuelva algo permanente.
2. La baja estima por sentirse inadecuado físicamente y sexualmente.
3. Dificultad para manejar la ansiedad que le producen los conflictos familiares.
4. Perturbaciones del sueño y la creencia de ser una persona trastornada, por haber sido diagnosticado con diversas problemáticas.

Las metas de tratamiento se encaminaron a trabajar primero sobre el establecimiento de un diagnóstico claro y actual del paciente, para eliminar diagnósticos que no eran vigentes o pudieran ser erróneos y generar conciencia de los problemas reales. Luego, se introdujo psicoeducación sobre el trastorno de pánico y sobre el tema de sexualidad; se añadieron técnicas fisiológicas para brindar herramientas en el control de la respiración y propiciar relajación y conciencia de las reacciones de su cuerpo, para controlar la ansiedad y el estrés.

Se procedió a encontrar las distorsiones del pensamiento y esquemas erróneos sobre los episodios de pánico, su sexualidad y la percepción de sí mismo y su aspecto para, posteriormente, pasar a la reestructuración cognitiva, que le permitiera aclarar ideas y ampliar la perspectiva de la realidad que vive. Fue viable reforzar habilidades de solución de problemas para que aprendiera a delimitar los conflictos y adquiriera herramientas para organizarse y funcionar ante los mismos; de modo que dejara de percibirse como una persona vulnerable, incapaz de controlar sus reacciones emocionales (Caballo, 1997). Asimismo, se reforzó la tolerancia a la incertidumbre, para que aceptara las certezas que poseía y fuera consciente de que las dudas las podía ir disipando con el tiempo y trabajo constante. Finalmente, se abordó la prevención de recaídas, para que fuera consciente de que tenía la posibilidad de presentar problemas o malestares como cualquier otra persona, pero que contaba con recursos para hacerles frente, y si apareciera algo nuevo, reconsiderar un nuevo proceso psicoterapéutico.

En cuanto al curso del tratamiento, se ha observado lo siguiente:

### ***Alianza terapéutica***

Desde la primera sesión el paciente facilitó el establecimiento de la alianza terapéutica, pues fue abierto y disponible para hablar de sus problemas y necesidades, manifestaba dudas y se interesó en cumplir tareas para casa. Admitía las omisiones que llegó a tener.

### ***Intervenciones-procedimiento***

Las intervenciones fueron semanales, con una duración promedio de una hora. La mayoría se cumplió con el procedimiento establecido: iniciar con la revisión de tareas, trabajar con los objetivos de la sesión y encargar nuevas tareas.

### ***Obstáculos***

Encaminar al paciente a ser conciso y enfocarse en las preguntas clave, sobre todo en las sesiones iniciales. Enfocar los objetivos, debido a que el paciente refirió diversas problemáticas que priorizaba en el mismo nivel.

### ***Curso***

Ha sido favorable, pues las sesiones fueron sostenidas con regularidad y constancia por las dos partes (paciente-psicoterapeuta). En la sesión ocho, el paciente refirió un nuevo episodio de pánico, el cual logró controlar solo, ayudándose de la técnica de respiración profunda y usando algunos aspectos de la técnica de las siete preguntas, al cuestionarse lo que estaba sucediendo y las posibles explicaciones.

Menciona que recordó cómo su pensamiento influye en la presencia de síntomas. Por lo anterior, se decidió abordar el tema de prevención de recaídas como una forma de plantearle que sus síntomas están en un continuo y así normalizar la posibilidad de que puede volver a manifestar una crisis, pero que la diferencia será la manera en la que afrontará dicho acontecimiento. Esto representa un avance significativo en el paciente. En lo referente a su sexualidad, se trabaja sobre la posibilidad de que aún está en un proceso de autodescubrimiento y aceptación, que puede tomar con calma.

Tabla 2. Plan de tratamiento

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas	Observaciones
1	Encuadre y entrevista psicológica	Psicoeducación ABC	Autoregistro	
2	Aplicación de test (BAI, Creenencias Ellis, SCL 90 e ISRA)	Entrevista ABC	Autoregistro Contestar ISRA	Cumple con la tarea, pero trae nueve hojas con múltiples situaciones relacionadas a masturación y preocupación por su defecto físico
3	Recolección de información referente a problemáticas	Entrenamiento en respiración lenta	Autoregistro Practicar técnica de respiración	
4 - 5	Introducir técnica fisiológica Devolución de resultados de test	Psicoeducación	Consultar información sobre diagnósticos previamente recibidos y un caso grave de cada uno Autoregistro Practicar la técnica de respiración	Si practicó la técnica de respiración
6	Psicoeducación sobre trastorno de pánico, así como de otros diagnósticos previamente informados por otros especialistas. La finalidad: descartar diagnósticos, centrarse en el diagnóstico actual	Psicoeducación ABC	Autoregistro Practicar la técnica de respiración y escuchar audio de relajación guiada	
7	Explicar cómo funciona la ansiedad y los episodios de pánico	Psicoeducación	Autoregistro Practicar respiración y relajación	Escribir sobre su historia sexual
8 - 9	Tratar tema de preferencias sexuales y masturación, para detectar las preocupaciones y creencias irracionales al respecto, ya que es una problemática que le aqueja	Psicoeducación	Ejercicio con la técnica de las siete preguntas, analizando pensamientos de volver a manifestar una «crisis» y preocupación por su cuerpo	Se habló de prevención de recaídas
10 - 11	Explicar distorsiones del pensamiento y técnica de las siete preguntas	Técnica de las siete preguntas	Escribir alternativas de solución para afrontar sus preocupaciones	debido a que dos días antes de la sesión presentó un episodio de pánico
12 - 13	Reestructuración cognitiva para hacer más flexible la percepción de los problemas	Debate	Realizar plan de prevención de recaídas	
	Comenzar a trabajar plan para prevención de recaídas. Reforzar las técnicas aprendidas	Prevención de recaídas		

Fuente: elaboración propia.

## Conclusiones

El avance del paciente ha resultado favorable, primordialmente ha logrado entender el origen y el funcionamiento de la sintomatología, así como observar el impacto que sus problemas y síntomas tienen sobre su forma de percibirse a sí mismo, a su entorno y a las personas que lo rodean, además de las consecuencias que lo anterior ha traído consigo a lo largo de su vida.

A través de las tareas de autorregistro, Carlos comenzó a tomar pleno conocimiento de los pensamientos que se encuentran de forma recurrente y persistente, los cuales afectan su tono emocional, sus niveles de ansiedad y su autoconcepto.

Es importante mencionar que los problemas del paciente efectivamente giran en torno a las vivencias aprendidas, las cuales sembraron en él esquemas y creencias de vulnerabilidad, inadecuación, necesidad de apoyo y aceptación, del mismo modo que lo hizo la creencia de que tener problemas es sinónimo de desadaptación y desaprobación. Cabe señalar que la prevalencia de la ansiedad y la sintomatología fisiológica también están ligadas al proceso de autodescubrimiento y definición de su sexualidad. No obstante, en este caso, el tratamiento se centró, en primera instancia, en el manejo de los episodios de pánico, para fortalecer competencias de resiliencia en el paciente, que en el futuro apoyarán la resolución de los problemas que se presenten o sigan vigentes.

Otro factor que favoreció a Carlos fue la prevención de recaídas, ya que, al introducir las técnicas relacionadas a este aspecto a mitad del tratamiento, se propició en él mayor flexibilidad al descartar la presencia de un nuevo episodio de pánico. Aunque es una posibilidad la reincidencia, ahora puede confiar en su capacidad para afrontarla de una manera funcional. Finalmente, se debe hacer mención al hecho de que el paciente estuvo apegado a la ingesta de los medicamentos indicados por el psiquiatra, y que está próximo a nueva cita con el mismo especialista para determinar el transcurso de dicho tratamiento.

## Fuentes consultadas

- APA (2014), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5.a ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- CABALLO, V. (1997), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, Siglo xxi, Madrid.
- DE POTESTAD, F. y Zuazu, A. (2003), “La salud mental en el siglo xxi”, en *Norte de Salud Mental*, 18, 9-18.
- ECHEBURÚA, E. y Corral, P. (2001), “Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica”, en *Revista International de Psicología clínica y de la salud*, 1(1), 181-204.
- FERNÁNDEZ, M., García, M. y Villalobos, A. (2012), *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*, Desclée de Brouwer.
- GABALDA, I. (2007), *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*, Desclée de Brouwer, Sevilla.
- MEDINA, M. et al. (2009), “Estudio de los trastornos mentales en México: resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental”, en *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*.
- MCNALLY, R. J. (1996), “Nuevos desarrollos en el tratamiento del trastorno de pánico”, en *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 1(2), 91-103.
- OMS (1992), *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*.
- RISO, W. (2006), *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*, Editorial Norma.
- WOOD, C. (2008), “Doce sesiones de tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia”, en *Ansiedad y Estrés*.



## Sobre los autores

*Daniel Alejandro Casillas Sandoval.* Es licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Coahuila, en la cual actualmente se encuentra cursando la maestría en Psicológica Clínica con Enfoque Cognitivo Conductual. A la fecha se desempeña como facilitador de grupos reeducativos, dentro del Programa de Reeducación para Víctimas y Agresores de Violencia de Pareja de la Secretaría de Salud Federal. Se ha desenvuelto como docente en la Universidad Autónoma del Noreste, campus Sabinas; asimismo, en la Universidad Azteca de Coahuila S. C. Ha llegado a impartir un módulo de Psicología dentro de la Residencia de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Unidad de Medicina Familiar No. 73, en Saltillo, Coahuila.

*Minerva Cázares Escalera.* Licenciada en Psicología, ganadora del Cum Laude por la Universidad de Monterrey. Cuenta con estudios de maestría en Psicología Clínica y de la Salud, así como en Psicooncología, realizados en la Universidad Complutense de Madrid; asimismo, es máster en Terapias Psicológicas de Tercera Generación por la Universidad Internacional de Valencia, España. Cuenta con la certificación nivel 1 otorgada por el Beck Institute for Cognitive Behaviour Therapy. Además, es terapeuta nivel Asociado en Terapia racional emotiva y terapia cognitivo conductual avalada por el Albert Ellis Institute. Directora-Fundadora del Centro de Psicología Cognitivo Conductual de Monterrey. Terapeuta y capacitadora en terapia cognitivo-conductual y terapia racional emotiva y docente de la maestría en Psicología Clínica con Acentuación en Terapia Cognitivo Conductual de la UA de C.

*Mayra Araceley Chávez Martínez.* Es doctora en Filosofía con Especialidad en Psicología, por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Sus estudios de licenciatura y maestría los llevó a cabo en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, con acentuación en psicología clínica. Es miembro del SNI, nivel 1 y miembro del cuerpo académico Salud Mental. Actualmente es catedrática-investigadora de la Universidad Autónoma de Coahuila y coordinadora del Departamento de Investigación de la Facultad de Psicología. Ha desarrollado investigación sobre temas como: sexualidad, suicidio, violencia, *bullying*, *burnout*, adicciones y ca-

lidad de vida. Resultado de dichos trabajos de investigación ha publicado en diversos libros de cobertura nacional, así como diversos artículos en revistas nacionales e internacionales.

*Edelmira González Victoria.* Egresada de la licenciatura en Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila. Se ha desempeñado como investigadora adjunta en trabajos de investigación y publicaciones de divulgación científica sobre género, masculinidades y juventudes. Psicoterapeuta en el Centro de Consulta Familiar de la Diócesis de Saltillo. Ponente y colaboradora de publicaciones y congresos regionales y nacionales con el tema de manejo de obesidad a través de la intervención cognitivo-conductual. La línea de investigación en la que se ha desarrollado es la intervención clínica con los temas de género, obesidad y terapia cognitivo-conductual. Actualmente cursa el cuarto semestre de la maestría en Psicología Clínica con Orientación Cognitivo-Conductual, en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila.

*Alicia Hernández Montaño.* Licenciada en Psicología por la FES Iztacala de la UNAM. Maestría en Terapia Breve Sistémica por el Instituto Milton Erickson de Monterrey, Nuevo León. Doctora en Ciencias y Humanidades para el Desarrollo Interdisciplinario por la Universidad Autónoma de Coahuila. Es profesora e investigadora de tiempo completo de la UAdeC. Es miembro del SNI, nivel C y miembro del Cuerpo Académico: Salud Mental. Su trabajo de investigación versa en torno a la temática de salud, identidades de género, familia y estilos de crianza. Su productividad se traduce en varios capítulos de libros y artículos de investigación en revistas especializadas en psicología.

*Yolanda Aracely Ibarra Cerdá.* Licenciada en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila (UAdeC). Actualmente estudiante de maestría en Psicología Clínica con Enfoque Cognitivo-conductual en la Facultad de Psicología de la UAdeC. Con experiencia laboral como docente de bachillerato, así como en atención psicológica e intervención en crisis a mujeres víctimas de violencia de pareja. Actualmente facilitadora del programa de reeducación para víctimas y agresores de violencia de pareja por parte de la Secretaría de Salud Federal.

*Tania Fernanda Madrueño Chávez.* Licenciada en Psicología por la Universidad del Valle de México, campus Saltillo. Actualmente ejerce como psicóloga clínica con población de adultos y jóvenes. Está cursando la maestría en Psicología Clínica con Acentuación en Terapia Cognitivo-Conductual.

*Xóchitl América Mendoza Rodríguez.* Estudió la licenciatura en Psicología en la Universidad Autónoma de Coahuila. Su experiencia laboral incluye actividades para el Sistema DIF, en el programa de atención a personas con discapacidad, en el área de psicología, brindando atención a jóvenes con deficiencia intelectual, síndrome de Down y parálisis cerebral. Asimismo, colaboró con el Centro de Evaluación y Control de Confianza como psicóloga evaluadora y supervisora de psicólogos evaluadores. En la Procuraduría de los Niños, Niñas y la Familia (PRONNIF), se desempeñó en el área de adopciones, realizando evaluaciones psicológicas. En la Cadena Comercial Oxxo, S. A. de C. V., laboró como encargada del área de desarrollo humano. Actualmente cursa la maestría en Psicoterapia Clínica con Enfoque Cognitivo-Conductual.

*Iris Rubí Monroy Velasco.* Profesora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Coahuila, de la Facultad de Psicología. Licenciada en Psicología y maestra en Psicología Clínica; ambas, por la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México; doctora en Psicología de la Salud por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Premio Nacional de Tesis de Doctorado 2016, otorgado por los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Sus líneas de investigación versan sobre identidad, juventud y migración. Algunas de las investigaciones que ha desarrollado: estrés y afrontamiento en padres e hijos adolescentes (2007); identidad cultural en jóvenes de grupos originarios y urbanos (2010-2016). Perfil PRODEP.

*Jana Petrzlová Mazacová.* Doctorado en Psicología Clínica por la Universidad de Palacký, en la ciudad de Olomouc, República Checa. Actualmente se desempeña como profesora-investigadora en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila y como líder del Cuerpo Académico de dicha institución. Realizó distintas

investigaciones en temas relacionados con el maltrato infantil, abuso sexual, suicidio, estrés y adicciones. Es autora del libro *Abuso sexual de menores y el silencio que los rodea*; y coautora de los libros *¿Por qué y cómo se llega a la desesperanza? Tres miradas sobre el suicidio, análisis psicosocial del uso de sustancias adictivas. Perspectivas y avances en la investigación en psicología*; *Obesidad infantil, pandemia del siglo*; y de distintos artículos en revistas científicas.

*Diana Verónica Rodríguez Cepeda.* Licenciada en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila, en donde también es alumna de la maestría en Psicología Clínica con Acentuación en Terapia Cognitivo-Conductual. Cuenta con experiencia laboral en el trabajo con problemas de conducta y aprendizaje en alumnos de primaria y personas con discapacidad. Actualmente su trabajo de investigación gira en torno a las temáticas de agresión y las distorsiones cognitivas que presentan las mujeres privadas de su libertad que han cometido un homicidio.

*Cindy Gabriela Sainz Villareal.* Es licenciada en Psicología, egresada de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila. Actualmente estudia el último año de la maestría en Psicología Clínica con acentuación en terapia cognitivo-conductual, en la misma institución. Ha trabajado como especialista en problemas de aprendizaje y conducta con niños y adolescentes en preescolar, primaria y secundaria, brindando apoyo y orientación psicopedagógica tanto a los estudiantes como a padres de familia y docentes de aula regular, en centros de educación básica pública. Actualmente es directora de Unidades de Apoyo a la Escuela Regular, de la Secretaría de Educación Pública. Está realizando una investigación sobre ansiedad y conductas de riesgo en adolescentes y brinda terapia psicológica con orientación cognitivo-conductual a niños y adultos.

*Karla Patricia Valdés García.* Licenciada en Psicología por la UAdeC. Maestría en Psicología Clínica por la UNAM. Certificada en el entrenamiento de Terapia Racional Emotiva Conductual por el Instituto Albert Ellis de Nueva York en los niveles Primary y Advanced. Profesora e investigadora de tiempo completo de la UAdeC. Miembro del cuerpo aca-

démico en consolidación Procesos Psicosociales y Salud. Actualmente es catedrática-investigadora de la Universidad Autónoma de Coahuila en la licenciatura en Psicología y la maestría en Psicología Clínica con Acentuación en Terapia Cognitivo-Conductual y es la directora de la Facultad de Psicología. Su trabajo de investigación se enfoca en temáticas de salud, identidad cultural, violencia y suicidio. Ha publicado en capítulos de libros y artículos de investigación enfocados en sus temas de investigación.

*Joel Zapata Salazar:* Doctor en Ciencias y Humanidades para el Desarrollo Interdisciplinario. Actualmente trabaja para la Universidad Autónoma de Coahuila, apoyando diversos programas. Cuenta con experiencia en la formación de profesionales a nivel posgrado, tanto en maestría como en doctorado. Pertenece al cuerpo académico Salud Mental, trabajando temas vinculados con los procesos de salud-enfermedad, género y juventudes.



## ÍNDICE

Introducción .....	11
Intervención cognitivo-conductual en un caso de problemas por violencia de género en la relación de pareja .....	15
<i>Daniel Alejandro Casillas Sandoval y Mayra Aracely Chávez Martínez</i>	
Estudio de caso del trastorno de ansiedad generalizada desde una intervención cognitivo-conductual.....	39
<i>Cindy Gabriela Sainz Villareal, Karla Patricia Valdés García y Minerva Cázares Escalera</i>	
Estudio de caso del manejo de la ira en las relaciones cotidianas .....	59
<i>Yolanda Aracely Ibarra Cerdá y Alicia Hernández Montaño</i>	
Intervención cognitivo-conductual en dos casos clínicos.....	75
<i>Tania Fernanda Madrueño Chávez e Iris Rubí Monroy Velasco</i>	
Trastorno de ansiedad generalizada. Una mirada desde el abordaje cognitivo-conductual.....	97
<i>Edelmira González, Jana Petrzelová Mazacová y Mayra A. Chávez Martínez</i>	
	155

Cuando la violencia genera violencia. Estudio de caso sobre agresión .....	113
<i>Diana Verónica Rodríguez Cepeda y Karla Patricia Valdés García</i>	
Aplicación de un programa de terapia cognitivo-conductual en un caso de ataque de pánico .....	131
<i>Xóchitl América Mendoza Rodríguez y Joel Zapata Salazar</i>	