

Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en un caso de ansiedad generalizada

FUENTE: PSICOLOGIA.COM. 2001; 5(3) <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2255>

Angélica Gil Andino* y Antonio Cano Vindel.**

*Master en Intervención en la Ansiedad y el Estrés.

Universidad Complutense, Madrid, España.

** Facultad de Psicología.

Universidad Complutense de Madrid, España.

E-mail: canovindel@psi.ucm.es

[caso clínico] [13/2/2001]

Resumen

Según el DSM IV, el trastorno de ansiedad generalizada puede definirse como preocupación excesiva, ansiedad y expectación aprehensiva sobre una amplia gama de acontecimientos, que se prolonga más de seis meses. En este trastorno se presenta sintomatología tanto cognitiva y fisiológica como motora. La persona puede experimentar tensión muscular, fatiga, irritabilidad, alteraciones del sueño, palpitaciones, así como conductas de evitación. También presenta distorsiones cognitivas referidas a una sobrevaloración de la probabilidad de que ocurra un suceso temido, o sobre su severidad, así como infravaloración de sus recursos de afrontamiento y de la posibilidad de recibir ayuda de otros.

A continuación se presenta un caso clínico de una paciente diagnosticada con un trastorno de ansiedad generalizada donde se ha utilizado para el tratamiento un paquete de técnicas cognitivo-conductuales.

Los instrumentos utilizados para la evaluación del caso fueron el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA- (Miguel-Tobal y Cano Vindel, 1994), el Inventario de depresión de Beck –BDI- (versión adaptada y validada en población española por Sanz y Vázquez, 1997, Vázquez y Sanz, 1997a, b), el Inventario de Solución y Afrontamiento de problemas –ISAP- (Miguel-Tobal, J y Casado Morales, M.I., 1992) y el Inventario de Temores de Wolpe (FSSIII) (Wolpe 1969). De igual forma, se diagnosticó el Trastorno de Ansiedad Generalizada a través de los criterios del DSM IV.

El proceso terapéutico estuvo constituido por 12 sesiones: tres de evaluación pre-tratamiento, ocho de intervención y una de seguimiento y evaluación final. Durante la intervención se utilizaron técnicas como la reestructuración cognitiva, parada de pensamiento, entrenamiento en habilidades sociales, exposición, y relajación progresiva de Jacobson.

Los resultados obtenidos indican que hubo cambios positivos después de la intervención, reflejados en los instrumentos de evaluación y verbalmente por la propia paciente. Particularmente se produjeron cambios en la modificación de pensamientos distorsionados, la disminución de la sintomatología fisiológica y en la adquisición de habilidades que le permitieron a la paciente afrontar con mayor éxito las situaciones de la vida cotidiana que le causaban síntomas de ansiedad.

Abstract

According to DSM-IV, the generalized anxiety disorder is defined as an excessive expectation and apprehension about a wide range of events; this concern lasts longer than six months. Cognitive, physiological and motor symptoms are evidenced. The patient experiences muscular tension, fatigue, irritability, sleep disorders, heart beating, and avoidance behaviour. Also cognitive distortions, overrating the probability of the feared event or its severity, as well as underestimation of the individual's coping strategies and the possibility of getting help from other people.

In the clinical case presented here, a patient suffering generalized anxiety disorder has been treated with a set of cognitive-behavioural technique. The instruments used to evaluate the case were the Inventory of Situations and Responses of Anxiety –ISRA- (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994), Beck's Depression Inventory –BDI- (adapted and validate for Spanish population by Sanz and Vázquez, 1997; Vázquez and Sanz, 1997a, 1997b), Solving and Coping's Problem Inventory (Miguel-Tobal and Casado-Morales, 1992) and the Wolpe's Fear Survey –FSSIII- (Wolpe, 1969). The DSM-IV criteria were used to diagnose the General anxiety Disorder.

The therapeutical process included 12 sessions: three for pre-treatment assessment, eight for intervention and one for follow up. During the intervention techniques such as cognitive restructuring, stop thinking strategies, social skills training, exposure and progressive relaxation were used.

The results obtained indicate that there were positive changes followed the intervention, reflected in the assessment instruments and expressed verbally by the patient.

Specifically, changes were produced in the modification of distorted thoughts, the physiological symptoms were reduced and social abilities were acquired by the patient, allowing her to face more successfully ordinary life situations which used to cause her apprehension.

Introducción

La ansiedad puede definirse como una respuesta emocional, que engloba tanto aspectos cognitivos desagradables (tensión y aprehensión), como aspectos fisiológicos (alto grado de activación del SNA), y motores, que suelen implicar conductas de carácter desadaptativo. La respuesta de ansiedad puede ser producida por estímulos externos o situacionales, o por estímulos internos al sujeto (pensamientos, ideas, imágenes, etc.), que son percibidos por el individuo como peligrosos y amenazantes. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características del sujeto (Miguel-Tobal, 1990).

El límite entre la ansiedad normal y patológica viene determinado por la intensidad y duración de la respuesta y por la cantidad de estímulos que son capaces de evocar en nosotros dicha respuesta. Entre los diferentes trastornos de ansiedad que han sido descritos, nos encontramos con el trastorno de ansiedad generalizada, que según el DSM-V (1998), se caracteriza por una preocupación excesiva, ansiedad y expectación aprehensiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades como el rendimiento laboral o escolar, que se prolonga más de 6 meses. Dicho estado es difícil de controlar por la persona que lo padece y se asocia a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad,

tensión muscular, alteraciones del sueño (dificultades para concentrarse o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador).

Los pacientes ansiosos tienen una serie de distorsiones cognitivas en las que tienden a interpretar mayor cantidad de situaciones como peligrosas (pérdida, daño, enfermedad o muerte), y suelen cometer cuatro tipos de errores:

- Sobreestimación de la probabilidad de un suceso temido.
- Sobreestimación de la severidad de un suceso temido.
- Infraestimación de los recursos de afrontamiento.
- Infraestimación de las posibilidades de ayuda de otros.

Particularmente en la ansiedad generalizada, Beck (cit. por Cano, 2000) distingue cinco categorías de distorsiones cognitivas: miedo al daño físico, miedo a la enfermedad mental, a la pérdida de control; miedo al fracaso y a la incapacidad para afrontar las situaciones, así como miedo a ser rechazado o despreciado. Son personas que tienen dudas sobre su autovalía y competencia, que tienden a preocuparse excesivamente por todo.

Se han utilizado diversas técnicas para tratar el trastorno de ansiedad generalizada. Debido al carácter multidimensional de la respuesta de ansiedad, suelen emplearse combinaciones de técnicas dirigidas a incidir sobre los aspectos tanto fisiológicos como cognitivos y conductuales. En este sentido, se podría decir que existen tres tipos de técnicas de reducción de ansiedad:

- Técnicas dirigidas a la reducción del nivel de activación: como las técnicas de relajación y respiración y las técnicas de biofeedback.
- Técnicas de exposición: constituidas por un conjunto de procedimientos dirigidos a exponer al paciente, de forma imaginaria o real, a estímulos y situaciones que le producen ansiedad. En esta categoría se incluyen la desensibilización sistemática, las distintas formas de exposición y el modelado.
- Técnicas cognitivas: abarcan un conjunto de técnicas cuyo objetivo es lograr un cambio de conducta a través de la modificación de las cogniciones. Aquí se encuentran la terapia cognitiva de Beck y la inoculación al estrés (Miguel-Tobal y Casado, 1999).

Las técnicas cognitivo-conductuales estarían constituidas por los dos últimos grupos y han resultado ser de gran utilidad en el tratamiento de la ansiedad, debido a que, al mismo tiempo, se logran modificar distorsiones cognitivas productoras de estímulos ansiógenos e instruir al paciente en técnicas que le permiten enfrentarse mejor a situaciones reales de estrés que le lo cual le proporciona mayor seguridad en sí mismo y que por lo tanto disminuyen sus respuestas de ansiedad. En este caso, las técnicas ayudan a disminuir la intensidad y duración de las respuestas de ansiedad y a valorar las situaciones de una forma más adecuada y realista.

Descripción del caso

1.- Motivo de consulta: La paciente inicia el tratamiento debido a los resultados obtenidos en una evaluación psicológica que se realiza durante su participación en un programa de reducción de ansiedad en mujeres en etapa de climaterio. En dicha evaluación obtuvo valores que indicaban un nivel de ansiedad extrema, medida a través del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). Al explorar más en profundidad, se encontró que esta persona estaba pasando por una situación familiar que estaba intensificando su estado de ansiedad.

2.- Historia de la paciente: Es una mujer de 55 años, casada con cuatro hijos, dos de los cuales aún viven con ella. Se define como una persona muy ansiosa y miedosa ante una gran cantidad de situaciones. Sus respuestas de ansiedad se manifiestan predominantemente a nivel cognitivo (pensamientos catastrofistas, autovaloraciones negativas) y fisiológico (opresión en el pecho, dificultades para dormir, tensión muscular y fatiga), aunque también presenta algunas manifestaciones a nivel motor, como hablar más rápido y comerse las uñas. Tiene un concepto muy negativo de sí misma, es insegura y le cuesta tomar decisiones por sí misma. De igual forma es dominante en sus afectos y demanda mucha atención de las personas que le rodean.

En cuanto a su historia previa, se encuentran datos importantes. Su infancia estuvo caracterizada por pertenecer a una familia llena de normas represoras, donde el incumplimiento de alguna de ellas implicaba castigos psicológicos. Sus hermanos menores la asustaban constantemente y su madre era de carácter dominante y poco afectuosa, con la cual aparentemente rivalizaba por el afecto y atención de su padre. El evento que según ella ha influido más en sus estados de ansiedad fue la enfermedad y muerte de su padre, debido a un cáncer de hígado. Estaba muy unida afectivamente a él y tuvo que encargarse de su cuidado durante los siete meses previos a su muerte. A raíz de esta situación comienza a desarrollar miedos irracionales y exagerados relacionados con la salud-enfermedad y con la posibilidad de daño físico, tanto en su persona como en los demás. Tras la muerte de su padre cayó en depresión y recibió tratamiento psiquiátrico con medicación. Anterior a este suceso, ya había sido tratada en otra ocasión por síntomas de depresión debido a un problema familiar.

Respecto a su vida familiar, mantiene una buena relación con sus hijos, aunque en el pasado fue una madre dominante y represora, aspecto del cual se arrepiente en la actualidad. La relación con su marido tiene algunas dificultades, las cuales se intensifican a raíz de su jubilación anticipada, decisión con la que la paciente no estaba de acuerdo. Esta situación la puso más nerviosa por tener que acostumbrarse a compartir más tiempo en casa con él. Discutían frecuentemente y casi por cualquier cosa, en la que uno y otro se llevaban la contraria. En cuanto a comunicación, tenían bastantes dificultades. Ella es una mujer que le cuesta expresar sus emociones y le demanda a su esposo constantemente atenciones y afecto. En un principio él era muy cariñoso, pero tras la falta de respuesta de ella, se volvió menos expresivo. La paciente siente que su marido no le da las atenciones que quiere y se siente inconforme con la forma en que él le expresa su afecto, por lo cual le reclama constantemente.

En el momento de iniciar el proceso terapéutico, estaba tomando ansiolíticos. Tenía dificultades para dormir y sentía que la medicación no la estaba ayudando a sentirse más tranquila. Normalmente estaba ansiosa y dicha ansiedad se intensificaba debido a discusiones con su pareja (las cuales ocurrían prácticamente a diario y por cualquier causa) y a cogniciones anticipatorias respecto a posibles problemas de salud en su familia, posibles daños físicos hacia ella o sus seres queridos y en general, por cualquier situación problemática que ocurriera en su vida cotidiana, por muy pequeña

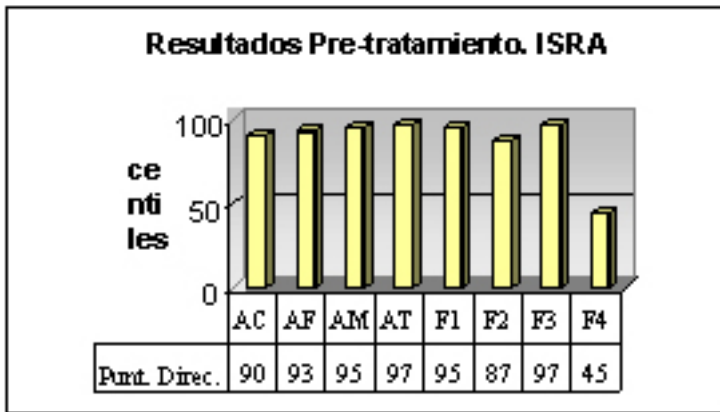
que ésta fuera. En general, tiende a ver todas las cosas como un gran problema.

Evaluación

1.- Descripción de los instrumentos utilizados: Para realizar la evaluación se utilizaron los instrumentos que se describen a continuación:

INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS	DESCRIPCIÓN
<p>Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA- (Miguel Tobal J.J., Cano Vindel A, 1995).</p>	<p>Está basado en el modelo interactivo de Lang y en el modelo interactivo de Endler y Okada. Consta de 22 situaciones y 24 respuestas de ansiedad que posibilitan una evaluación de la reactividad de los tres sistemas de respuesta, así como una medida de cuatro áreas situacionales ligadas a diferencias individuales. Proporciona ocho puntuaciones. Las tres primeras corresponden a los tres componentes de la ansiedad (cognitivo, fisiológico y motor). La cuarta es una medida de rasgo o nivel general de ansiedad. Finalmente las cuatro últimas escalas corresponden a áreas situacionales: ansiedad de evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica, y ansiedad ante situaciones cotidianas. El instrumento presenta los resultados en centiles, baremados en población española.</p>
<p>Inventario para la depresión de Beck -BDI- versión adaptada y validada en población española (Sanz y Vázquez, 1997; Vázquez y Sanz, 1997a, b).</p>	<p>Consta de 21 ítem en los que se evalúa la intensidad de la depresión. Están ordenados en función de la gravedad del síntoma. Cada ítem va dirigido a detectar la sintomatología de la depresión, cubriendo de este modo el espectro de síntomas incluidos como criterios del Episodio Depresivo Mayor En el DSM IV.</p>
<p>Inventario de Solución y Afrontamiento de problemas -ISAP - (Miguel Tobal J. J. y Casado Morales M.I. 1992).</p>	<p>Consta de 25 ítem y evalúa 3 factores (2 de ellos bipolares y 1 unipolar), además de un factor general (estrategias de solución y afrontamiento de problemas). El factor FI (confianza-inseguridad en sí mismo) se valora con 12 ítem y mide aspectos como: confianza en la habilidad personal, satisfacción por la propia capacidad y miedo a cometer errores, intranquilidad, dudas sobre la habilidad personal. El factor FII (reflexividad-impulsividad), se evalúa a través de 6 ítem que incluyen reflexión, toma de tiempo para meditar una acción y sus consecuencias; así como inmediatez y apresuramiento. El factor FIII lo definen 7 ítem y refleja estrategias válidas de solución de problemas tales como búsqueda de información, evaluación de errores, análisis de consecuencias y búsqueda de alternativas de solución.</p>
<p>Inventario de temores de Wolpe. (FSSIII) (Wolpe, 1969). Versión española. (Avia y otros, 1977).</p>	<p>Es in inventario general de miedos que añade ítem al FSSI. Consta de 122 ítem referidos a objetos, estímulos o experiencias que pueden ser valorados en una escala de intensidad de 5 puntos.</p>

Entrevista	A través de ella se recogió información adicional a las pruebas aplicadas y se estableció una adecuada relación terapéutica que pudiera favorecer el cambio de conducta positivo.
Autorregistros	Se utilizaron para evaluar las distorsiones cognitivas y las habilidades sociales de la paciente en sus interacciones de pareja (ver anexos), así como para llevar un registro del entrenamiento en relajación.

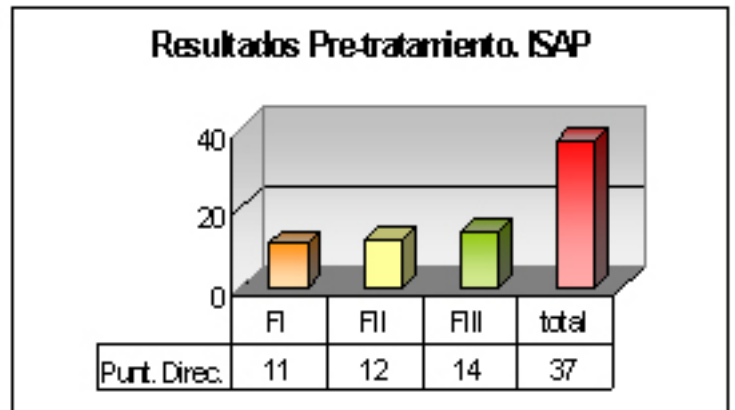


2.- Resultados de la evaluación: - ISRA: La paciente obtuvo puntuaciones que la ubicaban, utilizando los baremos de muestra normal, por encima del centil 99 en los tres sistemas de respuesta (ansiedad cognitiva, fisiológica y motora) y en tres de las cuatro áreas situacionales que mide esta prueba (ansiedad de evaluación, interpersonal y fóbica). Debido a las puntuaciones tan altas que presentaba la paciente, se utilizaron los baremos de la muestra

clínica, de manera de poder discriminar mejor los datos obtenidos. Estos son los que se presentan en la gráfica.

- BDI: en el instrumento utilizado para evaluar los síntomas de depresión, la paciente obtuvo una puntuación directa de 24, lo cual la ubicaba en un nivel de depresión moderada.

- ISAP: las puntuaciones obtenidas en este prueba fueron de 11, 12, 14 y 37 en FI (confianza-inseguridad), FII (reflexividad-impulsividad), FIII (estrategias de resolución de problemas) y el total, respectivamente. Estos resultados indicaban que esta persona tenía un estilo de afrontamiento con características de inseguridad e impulsividad, así como carencia de métodos de afrontamiento de sus problemas.



- FSIII: En cuanto al inventario de temores, la paciente le asignó a cada número una categoría que se mantenía en orden creciente del 1 al 5: 1: En absoluto. 2: Desagrado. 3: Temor. 4: Nervios. 5: Miedo.

Para ella, los ítem más significativos eran los que puntuaba como aquellos que le producían nervios o miedo, pues éstas eran sus reacciones más intensas. Ambos escapan de su control y le producen mucho malestar. De los ítem respondidos, resaltan como más reactivos los siguientes:

CATEGORIA	OBJETOS /SITUACIONES TEMIDAS
Temores relacionados con el daño físico	personas muertas, automóviles, viajes en coche, el fuego, tener puertas o ventanas abiertas, posible agresión sexual, dejarse el gas abierto.
Temores fóbicos	alturas, aguas profundas, perros, ratas, murciélagos, insectos rastreros, sangre.
Temores relacionados con la salud	enfermar mentalmente, personas enfermas, ser sometida a una operación quirúrgica o presenciar una, arritmias, reconocimientos físicos, la posibilidad de tener un hijo anormal.
Temor a ser evaluada	ser observada mientras trabaja, sentirse censurada por otros, cometer errores, que le critiquen, despedir un olor desagradable, ser responsable de tomar decisiones.
Temor a las pérdidas	despedirse de los amigos, la pérdida de un ser querido.

Diagnóstico

De acuerdo a los datos de la evaluación realizada, se pudo observar que la paciente presentaba la mayoría de los criterios descritos en el DSM-IV respecto al trastorno de ansiedad generalizada. Había una amplia gama de estímulos ante los cuales se intensificaba su estado de ansiedad (miedos relacionados con la salud y enfermedad, posibilidad del daño físico, estímulos fóbicos como aguas profundas, sangre y alturas, interacción de pareja, situaciones de la vida cotidiana), e incluso llegaba a sentirse ansiosa por "nada en particular". Los síntomas de ansiedad eran expresados predominantemente a nivel cognitivo, con pensamientos anticipatorios catastrofistas sobre los sucesos ("De los 60 años no paso", "mi vida ya no tiene sentido", "mis hijos pueden desarrollar una enfermedad grave", "al viajar en coche puedo sufrir un grave accidente"). Tenía una percepción negativa de sí misma y poca autoconfianza. Tendía a percibir solo lo negativo y exagerarlo, lo cual le hacía sentirse mal a la más mínima dificultad. Estaba constantemente insatisfecha con sus relaciones interpersonales y particularmente de pareja, pues "no se sentía querida". También estaba experimentando síntomas fisiológicos de ansiedad (dificultades para dormir, taquicardia, opresión en el pecho y en el estómago, rigidez muscular y dificultades para relajarse). En cuanto al nivel motor, solía tener temblores en las manos cuando se sentía más ansiosa o cuando se molestaba por algo. Era muy inquieta y necesitaba estar constantemente "haciendo algo".

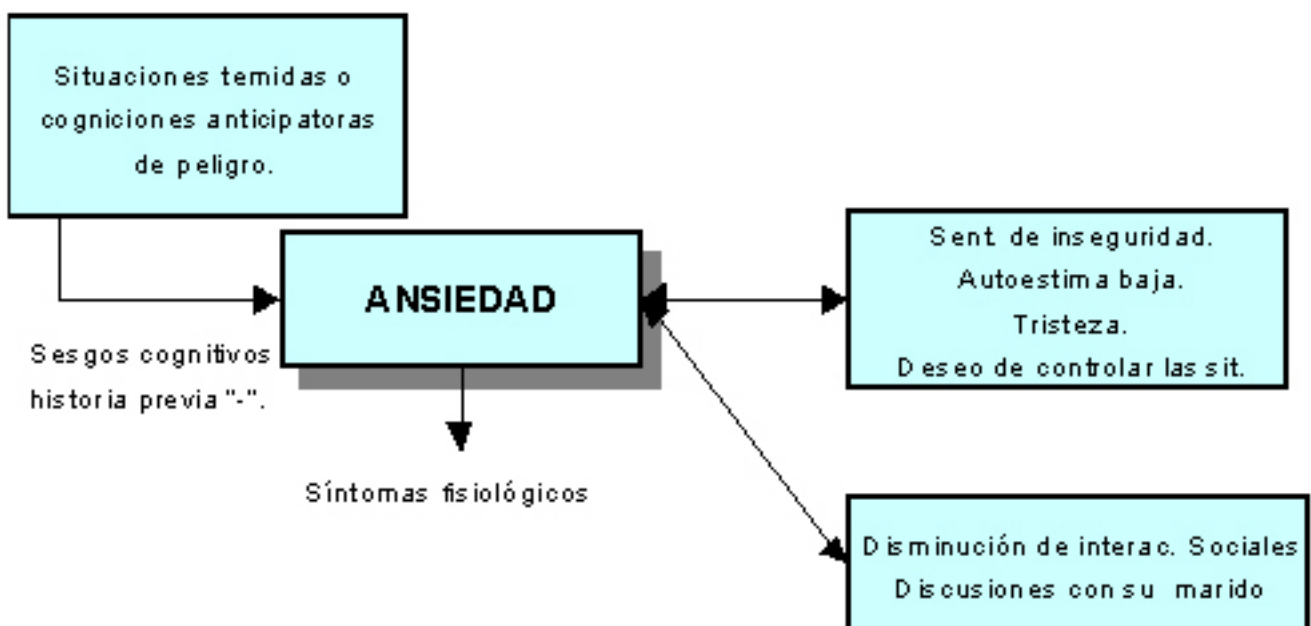
Cuando se inició el proceso terapéutico, la propia paciente manifestó experimentar sintomatología ansiosa desde aproximadamente 6 meses, coincidiendo la intensificación de los síntomas con la jubilación de su marido y ya había tenido en dos oportunidades anteriores episodios de ansiedad.

1.- Áreas problema: A través del proceso de evaluación se establecieron las áreas que parecían ser más importantes en la problemática general de la paciente: - Sintomatología ansiosa generada por miedos anticipatorios referidos a la salud-enfermedad y posibilidad de daño físico. - Dificultades en la comunicación con su pareja, lo cual le genera igualmente ansiedad y síntomas depresivos. - Baja autoestima, valoración negativa de sí misma y de sus posibilidades. - Ideas obsesivas relacionadas con el orden y la limpieza.

Hipótesis explicativas

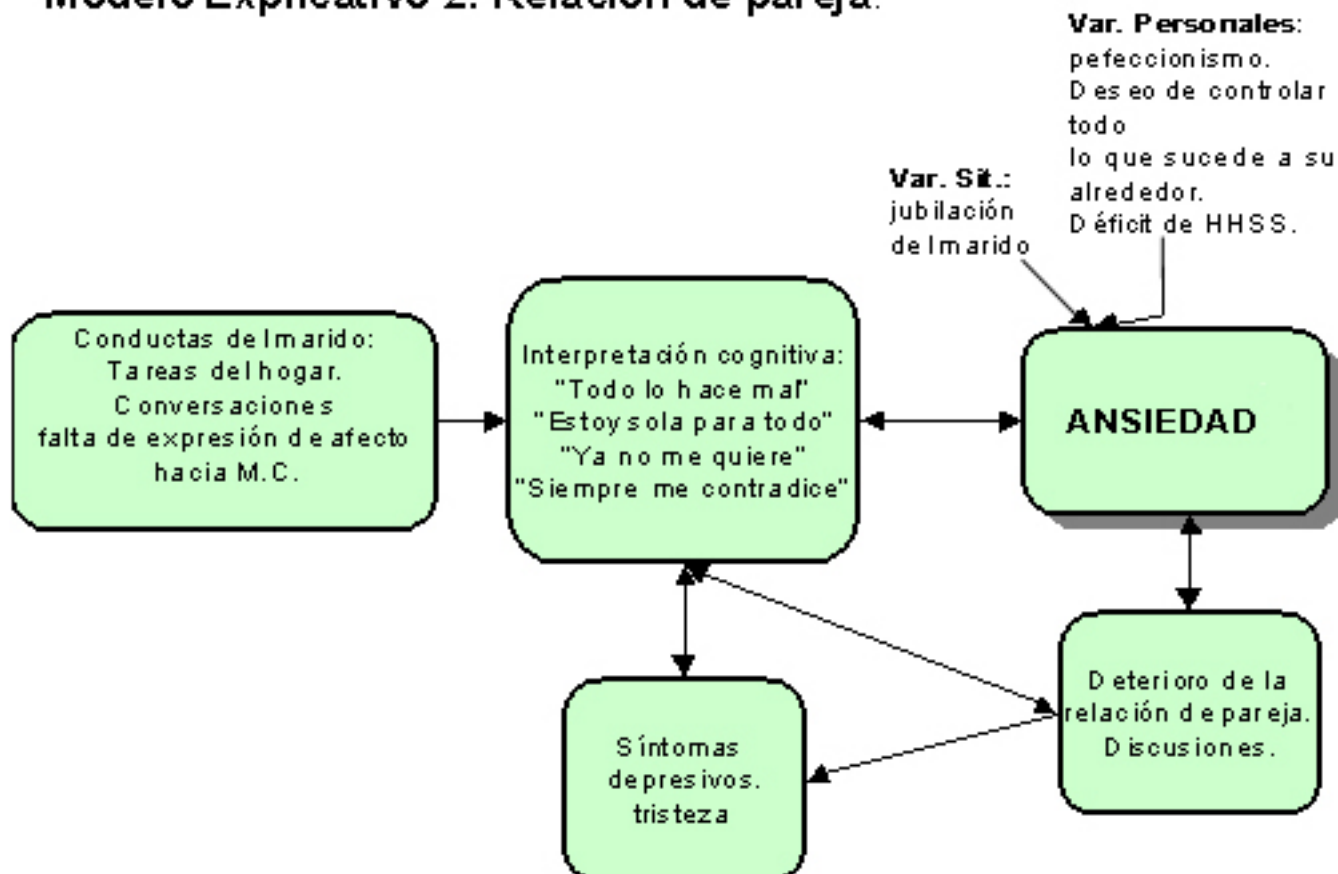
De acuerdo a la información recogida se establecieron dos modelos para explicar las dos conductas problemas consideradas más relevantes. La ansiedad que presenta la paciente es provocada generalmente por cogniciones negativas que hacen referencia a su experiencia previa (situaciones de su infancia, enfermedad y muerte de su padre). También la ansiedad puede producirse por situaciones reales como dificultades surgidas en su vida cotidiana (desorden y suciedad en casa), objetos o situaciones fóbicas y la reciente jubilación de su marido, lo cual le ha producido dificultades en la convivencia. Generalmente posee sesgos cognitivos como el pensamiento catastrofista, la culpabilización, el filtraje y la generalización. De igual forma, sus sentimientos de inseguridad, baja autoestima y deseo de controlar todo lo que sucede a su alrededor intensifican sus estados de ansiedad.

Modelo Explicativo 1: Reacción de ansiedad.



Respecto a la relación de pareja, ésta es una situación que le genera mucha ansiedad. Sus dificultades para expresar emociones, al mismo tiempo que su deseo de obtener afecto constante de su marido le produce insatisfacción y ansiedad. Esto además se intensifica debido a una interpretación sesgada y negativa de todas las interacciones de pareja.

Modelo Explicativo 2: Relación de pareja.



Objetivos del proceso terapéutico

1.- Generales:

- Reducir los niveles de ansiedad, expresados predominantemente a nivel cognitivo y fisiológico.
- Mejorar la comunicación y en general la relación de pareja.
- Eliminar o reducir los miedos irracionales relacionados con la salud y posibilidad de daño físico.
- Combatir los pensamientos obsesivos de perfección y control.
- Elevar el nivel de autoestima.
- Entrenarla en el uso de estrategias de afrontamiento para combatir las situaciones actuales generadoras de ansiedad así como los problemas futuros.

2.- Específicos:

- Entrenarla en la práctica de la técnica de relajación para controlar y disminuir la sintomatología fisiológica de ansiedad.
- Identificar y combatir las distorsiones cognitivas generadoras de ansiedad, sustituyendo los pensamientos negativos por otros más adaptativos.
- Identificar situaciones específicas de interacción de pareja que sean más conflictivas.
- Entrenarla en habilidades sociales como la conducta asertiva y la expresión de emociones y afectos.
- Identificar y potenciar los recursos personales.
- Potenciar el grado de seguridad y confianza en sí misma.

Intervención

En la intervención se utilizó un paquete de técnicas predominantemente cognitivo-conductuales, incluida la técnica de relajación progresiva, dirigida a reducir la sintomatología fisiológica de la ansiedad. Dichas técnicas permitieron dotar a la paciente de estrategias para percibir adecuadamente las situaciones y afrontar con mayor efectividad aquellas generadoras de ansiedad. En cada una de las técnicas, se empleó material de apoyo de diversos autores para el diseño de las sesiones, los cuales son citados en el apartado dedicado a cada técnica.

- Relajación progresiva de Jacobson: Con esta técnica se trabajó en la disminución de la sintomatología de ansiedad a nivel fisiológico, ya que al inicio del proceso terapéutico la paciente mostraba altos niveles de ansiedad. La técnica se reforzó partiendo del entrenamiento que recibía en el programa de reducción de ansiedad al que asistía y realizando diversos ejercicios en la sesión (Kareaga, A., 1999).

- Detención del pensamiento: se utilizó como técnica previa a la reestructuración cognitiva, para controlar los pensamientos que le generaban ansiedad, ya que se sentía incapaz de controlarlos y esto le impedía practicar la técnica de relajación. Para ello, se le explicó la técnica en la sesión, haciendo un modelado de la misma. Posteriormente se le pidió que ella repitiera la forma de detener sus pensamientos y se buscaron con ella las estrategias más efectivas para hacerlo. La paciente practicaba la detención del pensamiento eliminando la idea negativa concentrándose en una actividad que realizara o cantando. Se utilizó principalmente para combatir las ideas obsesivas de limpieza (McKay, M., y otros, 1985).

- Reestructuración cognitiva: fue la técnica más empleada resultó ser muy efectiva. En primer término se realizaron autorregistros para que identificara los pensamientos que tenía a lo largo del día y estableciera la relación de los mismos con su estado de ánimo. Posteriormente se le instruyó en el reconocimiento de los diferentes tipos de distorsiones, basándose en la terapia cognitiva de Beck. Al identificarlos, se trabajaba en la sesión con ellos para modificarlos por pensamientos más positivos. Sus distorsiones más generales se referían a una visión catastrófica de todos los eventos, anticipando situaciones negativas (accidentes, heridos, enfermedades), así como una sobregeneralización y un filtraje de aspectos negativos de las situaciones, particularmente con el marido, en quien solo ve defectos (Méndez C., F. Y otros 1999; McKay y otros, 1985).

- Técnicas de exposición: se utilizó solamente para favorecer la eliminación de las conductas obsesivas de perfección y limpieza y resultaron ser muy efectivas. Se le pedía a la paciente que dejara de limpiar durante la semana y que tratara de aguantar la forma "inadecuada" en que sus hijos y su marido limpiaban y organizaban la casa.

- Habilidades sociales: se utilizó para trabajar la relación de pareja y mejorar la expresión de afecto y de opiniones frente a los demás. Para lograr esto se le entrenó en la forma de expresar sus ideas de forma asertiva, así como la forma de decir no.

Desarrollo del proceso terapéutico

Sesión Nº	Actividades
1	Exploración del motivo de consulta. Establecimiento de la relación psicológica.
2	Evaluación pretratamiento. Exploración de conductas problema. Detención del pensamiento.
3	Evaluación pretratamiento. Exploración de conductas problema. Reestructuración cognitiva. (información acerca de la relación entre pensamientos y emociones). Autorregistro de pensamientos.
4	Explicación de conductas problemas a la paciente. Reestructuración cognitiva. Exploración de HHSS. Autorregistros de interacciones de pareja y aspectos positivos y negativos del mismo.
5	Reestructuración cognitiva. Entrenamiento en habilidades sociales.
6	Sesión con el marido, exploración de relación de pareja.
7	Sesión con ambos, exploración de peticiones de cambios de conducta para ambos.
8	Evaluación inicial de progresos en el proceso terapéutico. Reestructuración cognitiva y HHSS aplicadas a la relación de pareja.
9	Evaluación de progresos. Entrenamiento en HHSS. Conducta Asertiva.
10	Entrenamiento en HHSS: Expresión de emociones, dar y recibir afecto.
11	Chequeo de logro de objetivos. Repaso de técnicas aprendidas.

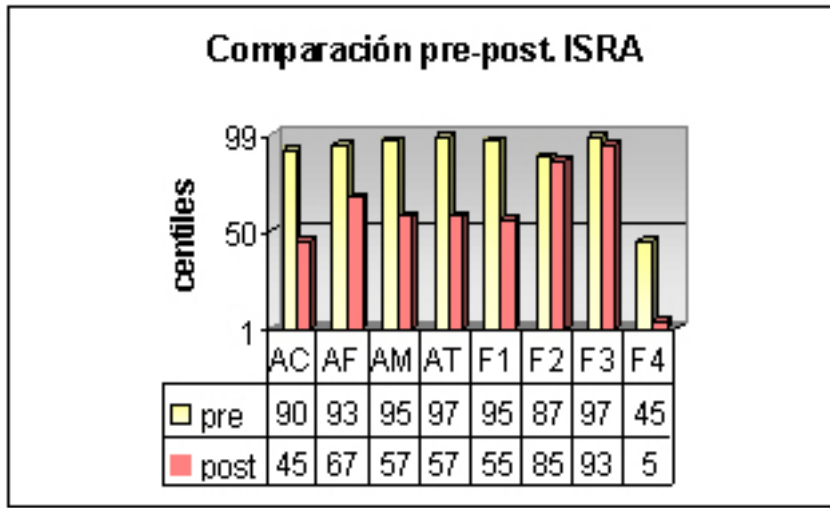
En cada sesión se asignaban tareas para casa referidas a autorregistro de situaciones de interacción de pareja (para reconocer las situaciones más importantes que generaban conflicto y explorar las habilidades sociales en cuanto a conducta asertiva) y de relación pensamientos-emoción-conducta.

Resultados del proceso terapéutico

Una vez finalizado el tratamiento, se realizó una evaluación de los cambios logrados, a través de la comparación de los autorregistros utilizados a lo largo de todo el proceso y de las verbalizaciones de la propia paciente. En la última sesión, ésta manifestó sentirse más tranquila y con menos ansiedad. La relación con su marido había mejorado y se sentía con mayor capacidad de controlar las situaciones referidas a él que le hacían sentirse ansiosa y triste. Aprendió a combatir las ideas obsesivas de limpieza y perfección y era capaz de delegar tareas de limpieza del hogar y aceptar la forma como sus hijos y su marido realizan dichas tareas, sin reclamárselo. Respecto a los miedos relacionados con la enfermedad y la salud, seguía teniéndolos, aunque en menor grado, puesto que habían disminuido sus pensamientos anticipatorios y podía afrontar mejor situaciones de enfermedad. La sintomatología de ansiedad disminuyó, en el sentido de que ya no tenía dificultades para dormir y que logró controlar sus cogniciones negativas, particularmente en las situaciones que vivió durante en proceso terapéutico (hospitalización del esposo y de un familiar cercano). Dichas situaciones le dieron la oportunidad tanto de enfrentarse a los miedos relacionados con la salud como combatir sus cogniciones. Por último, disminuyeron el uso de distorsiones como la sobregeneralización y el filtraje, y era capaz de ver más los aspectos positivos de las cosas.

Seguimiento

El seguimiento se realizó tres meses después de haber finalizado el tratamiento. En éste se aplicaron de nuevo las pruebas ISRA, ISAP y BDI. En cuanto a los cambios observados en la ansiedad, se pueden observar disminuciones en las puntuaciones del ISRA en todas las sub-escalas, y de forma más marcada en lo que respecta a la ansiedad ante la vida cotidiana (F4), donde pasó de un centil 93 a un centil

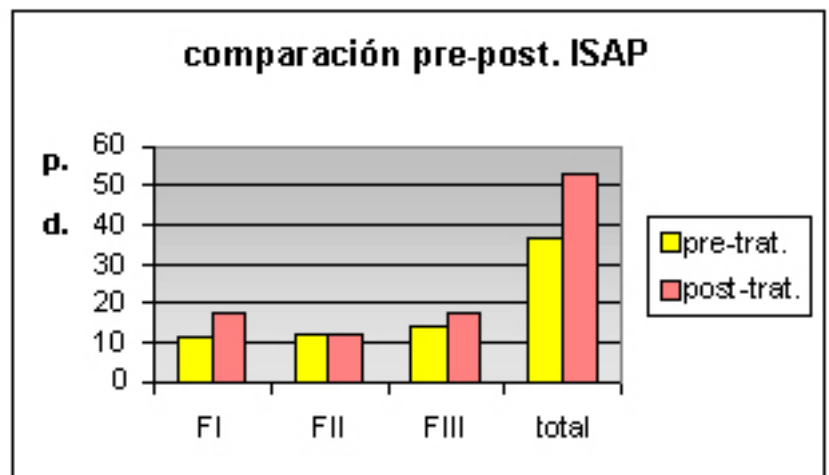


30. Manifestó estar más tranquila, sin síntomas fisiológicos de ansiedad y con un mayor control sobre sus pensamientos. Ahora es capaz de ver el lado positivo de las situaciones y de no adelantarse de manera catastrófica a lo que ocurre. Durante el tiempo que transcurrió entre la última sesión y el seguimiento, su cuñada estuvo hospitalizada varias veces, fue operada y finalmente murió. Durante este proceso, la paciente pudo enfrentarse a sus temores referidos a la salud y a la muerte, y estaba muy satisfecha con los resultados, pues manifestó que quizás hace un año no hubiera podido afrontar esta situación efectivamente.

Respecto al BDI, se produjo también un descenso en el puntaje, por lo cual la paciente había disminuido su sintomatología depresiva. En este sentido, ella manifestaba estar haciendo más cosas para sí misma y para sentirse mejor con su imagen. De hecho, había comenzado a hacer régimen, algo que siempre había dejado porque su marido no lo hacía con ella y ahora se siente capaz de continuar porque lo está haciendo "por su bien". Está más satisfecha consigo misma y su vida social es más activa.

En el ISAP se observaron también cambios positivos en tres de las cuatro puntuaciones (FI, FIII, FIV y total). En este sentido, podría decirse que ahora es más confiada en sí misma y en su propia capacidad para resolver problemas.

Respecto a la relación con su marido, habían disminuido las discusiones y llevaba una convivencia con él más satisfactoria. Era capaz de pasar por alto situaciones que antes le producían ansiedad e ira y que ahora veía con mayor normalidad (por ejemplo, que su marido saliera a tomarse unas copas de vez en cuando). Estaba poniendo en práctica las habilidades sociales aprendidas y estaba contenta con los resultados.



Conclusiones y recomendaciones

De manera general, se podría decir que la intervención produjo cambios importantes en las conductas problema de la paciente y que esos cambios se han mantenido durante el tiempo posterior al final del tratamiento. En estos cambios han jugado un papel importante la capacidad de la paciente para poner en práctica lo enseñado en las sesiones y su alta motivación durante el proceso, así como un diseño adecuado de las técnicas utilizadas. La posibilidad de poder combinar dentro de la intervención técnicas cognitivo-conductuales, permitieron incidir de manera más efectiva sobre las áreas problemáticas descritas y de esta forma lograr cambios positivos rápidamente. En este sentido, es importante destacar la importancia de conocer y describir en cada caso la respuesta de ansiedad, para determinar qué componente predomina más (cognitivo, conductual o fisiológico) y diseñar un plan de intervención adecuado a cada persona.

Referencias bibliográficas

- Amutio Kareaga, A. (1999): Teoría y práctica de la relajación. Un nuevo sistema de entrenamiento. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Cano Vindel, A. (2000): Técnicas Cognitivas de reducción de ansiedad. Dpto. de Psicología básica (procesos cognitivos). Master en Intervención en la Ansiedad y el Estrés. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Castanyer, O. (1996): La asertividad: expresión de una sana autoestima. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer, S.A. 11ª Edición 1999
- DSM IV (Edición 1998): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Edición española. Barcelona: Editorial Masson S.A.
- Labrador, F. J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (1998): Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Editorial Pirámide.
- McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1985): Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez Roca.
- Méndez Carrillo, F., Olivares R., J. y Moreno G., P. (1999): Técnicas de reestructuración cognitiva. En José Olivares Rodríguez, y Francisco Xavier Méndez Carrillo, (eds.), Técnicas de Modificación de Conducta. 2ª Edición. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Miguel-Tobal (1990): La Ansiedad. En J. Mayor y J. L. Pinillos (eds.), Tratado de psicología general, vol. Motivación y emoción. Madrid: Alhambra.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1995): Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Miguel Tobal, J.J. y Casado Morales, M.I. (1992): Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas (ISAP). No publicado.
- Miguel Tobal, J.J. y Casado Morales, M.I. (1999): Ansiedad: aspectos básicos y de intervención. En Enrique G. Fernández-Abascal y Francesc Palmero (coordinadores): Emociones y salud. Barcelona: Ariel.

