

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

LA PSICOTERAPIA COGNITIVA  
COMPORTAMENTAL Y LA ANSIEDAD

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN  
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

AMADO LEONEL SANTIZO ROBLEDO

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE  
PSICÓLOGO

EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIATURA

GUATEMALA, JUNIO DE 2006

# CONSEJO DIRECTIVO

**Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín**  
**DIRECTORA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**Licenciado Byron Ronaldo González; M.A.**  
**SECRETARIO**  
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo**  
**Doctor René Vladimir López Ramírez**  
**REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRATICOS**  
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero**  
**REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS**  
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**Estudiante Brenda Julissa Chamám Pacay**  
**Estudiante Edgard Ramiro Arroyave Sagastume**  
**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**  
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico  
CIEPs.  
Archivo  
Reg. 405-2005  
CODIPs. 1105-2006

De Orden de Impresión Informe Final  
de Investigación

29 de junio de 2006

Estudiante  
Amado Leonel Santizo Robledo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto SEXTO (6º) del Acta TREINTA Y TRES GUIÓN DOS MIL SEIS (33-2006) de sesión celebrada por el Consejo directivo el 29 de junio de 2006, que copiado literalmente dice:

**"SEXTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: **"LA PSICOTERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL Y LA ANSIEDAD"** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**AMADO LEONEL SANTIZO ROBLEDO**

**CARNÉ 22694**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado José Norberto Villatoro Lemus y revisado por la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para la Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes  
SECRETARIA



/Gladys



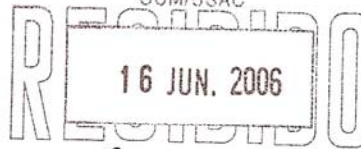
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**  
CENTRO UNIVESITARIO METROPOLITANO-CUM-  
9ª. Avenida 9-45 Zona 11 Edificio "A"  
TEL. 2485-1910 FAX 2485-1913 Y 14  
e-mail: [usacpsic@usac.edu.gt](mailto:usacpsic@usac.edu.gt)

CIEPs. 74-2006  
REG. 400-2005

Guatemala, 08 de junio de 2006

## INFORME FINAL

Escuela de Ciencias Psicológicas  
Recepción e Información  
CUM/USAC



Firma: *Miriam* hora: *16:21* Registro: *400-2005*

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

**"LA PSICOTERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL Y LA ANSIEDAD"**

ESTUDIANTE:

CARNÉ No

Amado Leonel Santizo Robledo

22694

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

*Mayra Luna de Álvarez*  
LICENCIADA MAYRA LUNA DE ALVAREZ  
COORDINADORA

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA -CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"

c.c. Revisor / a  
Archivo

MLDA / edr



Guatemala 23 de Febrero del 2006.

Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora  
Centro de Investigaciones en Psicología "Mayra Gutiérrez"  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada de Álvarez:

Por este medio me es grato informar a usted que he concluido con la asesoría del trabajo de INFORME FINAL DE TESIS, titulado:

"LA PSICOTERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL Y LA ANSIEDAD", de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

AMADO LEONEL SANTIZO ROBLEDO

CARNÉ No. 22694

Considero el trabajo fue elaborado de acuerdo a los requisitos técnicos metodológicos establecidos por ese departamento, por lo que ruego a usted continuar con los tramites correspondientes.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LICENCIADO JOSÉ NORBERTO VILLATORO LEMUS  
DOCENTE ASESOR  
COLEGIADO No. 1333

Lic. J. NORBERTO VILLATORO  
PSICOLOGO  
COL. 1,333

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA

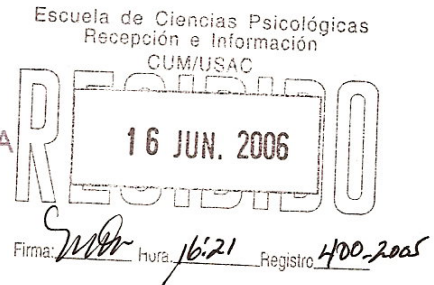


ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-  
9ª. Avenida 9-45 Zona 11 Edificio "A"  
TEL. 2485-1910 FAX 2485-1913 Y 14  
e-mail: [usacpsic@usac.edu.gt](mailto:usacpsic@usac.edu.gt)

CIEPs. 75-2006

Guatemala, 08 de junio de 2006

LICENCIADA  
MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ, COORDINADORA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA  
CIEPs. "MAYRA GUTIÉRREZ"  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



LICENCIADA DE ÁLVAREZ:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

**"LA PSICOTERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL Y LA ANSIEDAD"**

ESTUDIANTE:

CARNÉ No.

Amado Leonel Santizo Robledo

22694

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE**, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LICENCIADA MIRIAM ELIZABETH PONCE PONCE  
DOCENTE REVISORA

c.c.: Archivo  
Docente Revisor / a

MEPP / edr





Guatemala, 30 de Diciembre de 2005

Señora:  
Licenciada Mayra Luna de Álvarez  
Coordinadora del Centro de Investigaciones  
En Psicología CIEPS-MAYRA GUTIERREZ.  
Presente.

Respetable Licenciada Luna:

Atentamente le informo que el alumno **AMADO LEONEL SANTIZO ROBLEDO**, ha concluido su investigación sobre "LA EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA CONGNITIVA COMPORTAMENTAL EN EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD", programada del 15 de noviembre al 30 de diciembre del año en curso.

Atentamente,

Dr. Porfirio René Gudiel  
Director a.i. Centro de Salud  
Justo Rufino Barrios, zona 21





**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c: Control Académico  
CIEPs.  
Archivo  
Reg.400-2005

CODIPs. 1695-2005  
**De aprobación de proyecto de Investigación**

11 de noviembre de 2005

**Estudiante**  
Amado Leonel Santizo Robledo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante Santizo Robledo:

Transcribo a usted el Punto QUINTO (5º) del Acta SESENTA Y NUEVE GUIÓN DOS MIL CINCO (69-2005) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 11 de noviembre de 2005, que literalmente dice:

“**QUINTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Investigación, titulado: “**LA PSICOTERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL Y LA ANSIEDAD**”, de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

AMADO LEONEL SANTIZO ROBLEDO

CARNÉ No. 22694

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs.-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN** y nombrar como asesor al Licenciado Norberto Villatoro y como revisora a la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

  
Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes  
SECRETARIA a.i.



/Gladys



## **Dedicatoria**

- **A mi madre (Q.P.D.)**  
*Luz eterna en mi camino cotidiano.*
- **A mi esposa y a mi hijo**
- **A mi familia, en especial a mis hermanos y hermanas**

## **AGRADECIMIENTOS**

El autor expresa sus agradecimientos a:

### **Licenciada Miriam Ponce Ponce**

Revisora de la investigación

### **Licenciada Lilian Medina**

Psicóloga del Centro de Salud Justo Rufino Barrios, Zona 21

**A las pacientes que participaron en la investigación**

**Al cuerpo médico y personal administrativo del**

**Centro de Salud Justo Rufino Barrios Zona 21.**

## **PADRINOS DE GRADUACION**

**Lic. Norberto Villatoro**  
**Psicólogo Colegiado No. 1,333**

**Licda. Dora J. López Avendaño**  
**Psicóloga Colegiada No. 4,186**

## INDICE GENERAL

PROLOGO .....	1
Capítulos:	
INTRODUCCIÓN	
Marco Teórico .....	5
Premisas .....	22
Hipótesis .....	23
11.    TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
Técnicas .....	26
Instrumentos .....	30
111.    PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	
Análisis cualitativo .....	33
Análisis cuantitativo .....	54
Análisis global .....	63
IV.    CONCLUSIONES Y RESOMENDACIONES	
Conclusiones .....	69
Recomendaciones .....	72
BIBLIOGRAFÍA .....	73
ANEXOS .....	75
RESUMEN .....	76

## PROLOGO

Todos hemos sentido ansiedad alguna vez en nuestras vidas. Es una reacción normal ante ciertas circunstancias que pueden representar un peligro para nosotros, y nuestro sistema de supervivencia está tratando de protegernos. El no tener una ansiedad manejable y actuar de manera indiferente en situaciones de peligro o riesgo es un indicador que algo no anda bien en nosotros. Por ejemplo, la ansiedad nos es muy útil cuando vamos caminando por la noche en un vecindario peligroso, para estar más alertas, o cuando tenemos un examen importante y nos motivamos estudiar bien, estamos a la espera de una entrevista de trabajo, sin embargo esta ansiedad una vez logrado el objetivo, tiende a transformarse en una relajación interior beneficiosa. Hay muchos ejemplos cotidianos en donde es muy natural e incluso útil sentir ansiedad. Sin embargo también hay muchas ocasiones en que una persona siente una ansiedad intensa, que en lugar de ayudarle a sobrevivir le está afectando funcionar en su vida correctamente. En estos casos estamos hablando ya de un trastorno de ansiedad. La característica principal de un trastorno de ansiedad, es que se trata de un miedo irracional, es decir que no tiene ningún sentido que esté ahí y que está interfiriendo con el funcionamiento de la persona en su vida.

En la presente investigación se utilizó la psicoterapia cognitiva comportamental, con el objeto de comprobar su eficacia en el manejo de los síntomas de ansiedad, y según los resultados, sí es un modelo efectivo y con buenos resultados en breve tiempo. Esta psicoterapia, se basa en el supuesto teórico que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar su mundo, cogniciones, actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores y sobre estas experiencias construye su estilo de vida.

Durante la psicoterapia, el terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, a reestructurar las experiencias personales y reforzar sus actitudes positivas frente a nuevos problemas, reduciendo o eliminando así los síntomas de la ansiedad. La psicoterapia cognitiva comportamental, se sirve de una gran variedad de estrategias para lograr el objetivo de delimitar las falsas creencias y los supuestos desadaptativos, mediante técnicas de aprendizaje. La concepción implica, que el paciente ansioso distorsiona sistemáticamente su experiencia en dirección negativa y tiene una concepción global negativa de sí mismo y de sus experiencias. Por lo tanto se intenta que mediante un objetivo claro se pueda modificar el auto contexto y tener una vida más real y productiva.

## CAPITULO I

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el interés por el lugar que pueden jugar los factores cognitivos en la modificación de la conducta ha crecido considerablemente. La psicoterapia cognitiva asume y mantiene determinados criterios teóricos, rechaza el asociacionismo y mecanicismo conductista, presta especial atención a la estructuración que de la experiencia hace cualquier sujeto, defiende la existencia de determinadas estructuras y procesos cognitivos que median el impacto de la experiencia y guían el procesamiento de la información y plantea que las personas crean de forma activa su experiencia.

La psicoterapia cognitiva es un proceso activo, directivo, estructurado y limitado en el tiempo, en la que terapeuta y paciente trabajan de forma conjunta. Se dirige a proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente. De forma específica, podríamos decir que el modelo que más ha contribuido a la introducción de las terapias cognitivas en el campo de las psicoterapias ha sido el de Aaron T. Beck, que aunque surgió en su aplicación a la depresión, actualmente se utiliza para el tratamiento de diversos trastornos como la ansiedad, y se basa en el supuesto teórico de que los afectos y la conducta del individuo se determinan en gran medida por el modo en que dicho sujeto estructura su mundo y que sus cogniciones son consecuencia de supuestos desarrollados a partir de estas experiencias.

Un paciente tratado con terapia cognitiva debe aprender a diferenciar entre la realidad y la percepción de esa misma realidad. La percepción de la realidad siempre está sujeta a diversos procesos cognitivos, tales como: creencias, raciocinio, atención, pensamiento, recuerdo, etc. Por lo tanto se

pretende conseguir que el paciente asuma sus creencias como hipótesis, susceptibles de verificación, negación y modificación.

Nuestro objetivo en la presente investigación, fue delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método que consiste en experiencias de aprendizaje muy específicas, se dirige a enseñar al paciente a: controlar los pensamientos automáticos negativos, identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas y aprender a identificar y modificar las falsas creencias.

En la presente investigación participó un grupo de mujeres, comprendidas entre los 20 y 35 años de edad. Dichas personas son pacientes activos del Centro de Salud de la colonia Justo Rufino Barrios, zona 21. El trabajo de campo se llevó a cabo durante mes y medio, atendiendo a las pacientes diariamente de 7:00 a 8:30 a.m. y de 12:30 a 14:00 p.m. Los resultados obtenidos indican que, con el tratamiento de psicoterapia cognitiva comportamental, la mayoría de las pacientes han experimentado una clara mejoría, tanto en lo referente a la intensidad de la ansiedad, como en las manifestaciones de sus síntomas típicos. La efectividad de la psicoterapia cognitiva comportamental, radica en la capacidad de sus directrices para modificar los esquemas incorrectos que tiene almacenados en su cerebro la persona. Con el entrenamiento y aprendizaje el paciente tiene la posibilidad de mejorar sus síntomas de ansiedad en corto tiempo, participando en el proceso psicoterapéutico de manera activa. La respuesta positiva del paciente con esta técnica se obtiene tan pronto como el paciente empieza a resolver sus tareas.

Después de la segunda sesión ya tiene un concepto preliminar de la estructuración de su problemática, a partir de aquí, adquiere la destreza de analizar y organizar de manera positiva los pensamientos automáticos.



## Marco Teórico

La ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. Hay que diferenciar entre el miedo y ansiedad. En el miedo el sujeto conoce el objeto externo y delimitado que le amenaza y se prepara para responder, en la ansiedad, ese sujeto desconoce el objeto, siendo la amenaza interna y existiendo una dificultad en la elaboración de la respuesta. La respuesta emocional o conjunto de respuestas se manifiestan en cuatro áreas de la persona: cognitiva o de pensamiento, conductual, motora y psicofisiológica. Esta reacción emocional ante la percepción de una amenaza o peligro está presente a lo largo de toda la vida, y en ocasiones nos sirve de protección ante posibles peligros.

Los cambios corporales que tienen lugar durante la reacción emocional o estado de ansiedad; como el aumento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, la elevación del tono muscular, el aumento del ritmo de la respiración, la disminución de la función digestiva y sexual, etc., sirven para llevar a cabo con más posibilidades de éxito una reacción de huida o ataque ante aquello que suponemos una amenaza. Un ruido inesperado, pasos en una calle solitaria, puede producir de forma inmediata una reacción de ansiedad que prepara a las personas para la acción, estamos ante niveles adecuados y sanos de ansiedad.<sup>1</sup>

Existe otro tipo de ansiedad, la patológica. Estos mecanismos son patológicos cuando se presentan con una intensidad o duración exagerada ante estímulos y / o situaciones mínimas y que no son en sí peligrosos.

---

<sup>1</sup> Goldman, Howard H. Psiquiatría General, El Manual Moderno, España. 1995. Pág. 335-377

Hay diferentes tipos de ansiedad, algunos de los más comunes son:

- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Fobia específica
- Fobia social
- Estrés post-traumático
- Trastorno obsesivo-compulsivo

Generalmente, la ansiedad se clasifica de dos maneras:

- La ansiedad aguda, que dura por un periodo de tiempo relativamente corto, y se caracteriza por una variedad de síntomas físicos que incluyen el pulso rápido, la presión sanguínea elevada, dolor en el pecho, falta de aliento, sentimientos de sofocamiento, sudoración o escalofríos, mareo, temblores y náuseas. Muchas veces esto es denominado “ataque de pánico”, debido a que el obvio estrés físico que la persona sufre se parece a los síntomas del pánico.
- La ansiedad crónica, que se caracteriza por síntomas más duraderos, muchas veces semanas o más de seis meses, incluyendo una preocupación excesiva y constante, tensión, insomnio, irritabilidad, fatiga, dificultad de concentración e inhabilidad para tomar decisiones.

## Psicogénesis de la ansiedad

La ansiedad es un afecto de primordial interés para la comprensión del comportamiento humano desde los primeros momentos de la vida. En los inicios de la vida extrauterina el bebé, no pudiendo valerse por sí mismo, se encuentra muy frecuentemente sometido a situaciones traumáticas que no puede evitar y de las que no puede librarse más que con el llanto y los movimientos desordenados. Pero rápidamente, con la progresiva maduración del yo, el bebé aprende a conocer cuáles son aquellas situaciones que, en un plazo más o menos largo, pueden devenir traumáticas, y, por tanto, provocar sufrimiento. El yo, alarmado ante el peligro que acecha, reacciona generando ansiedad, la cual es en sí misma sentida como un dolor intolerable, pero no tanto como el que resultaría de la situación traumática, y, en virtud de ello, el yo se ve obligado a utilizar todos sus recursos para alejarse del riesgo traumático que tal situación comporta.

Si ahora intentamos dilucidar cuáles son las situaciones productoras de ansiedad y sufrimiento a que se ve sometido el bebé, nos será fácil darnos cuenta que la ausencia de satisfacción de las necesidades, inductora de sufrimiento y ansiedad, viene determinada por la falta de respuesta del objeto, madre o quien haga sus veces, encargado de aportar, leche, calor, contacto, afecto, etc., que ha de acallarlas.<sup>2</sup> Por tanto, decir esto es lo mismo que decir que la ansiedad, tanto por sus orígenes como por los caminos por los que puede ser anulada, se halla estrechamente vinculada con las vicisitudes de las relaciones de objeto.

De una manera general, puede decirse que existen cuatro situaciones o formas de relación con el objeto que generan ansiedad por cuanto, aun cuando

---

<sup>2</sup> Coderch, Joan. Teoría y Técnica de La Psicoterapia Psicoanalítica, Editorial Herder, Barcelona, España. 1990. Pág. 41-52

en ellas no exista un daño real, es probable que dicho daño se produzca si tal situación no es removida.

a) Cuando el objeto que satisface las necesidades del bebé no se halla presente, puede no haber un sufrimiento inmediato, pero lo habrá cuando el hambre, la sed o cualquiera otra necesidad haga su aparición. Por tanto, la ausencia del objeto es una situación provocadora de ansiedad.

b) Si el objeto muestra su enojo, agresividad, etc., hacia el bebé, tampoco hay esperanza de que las necesidades sean satisfechas cuando aparezcan, de manera que la falta de amor por parte del objeto es, también un motivo de ansiedad.

c) Si se teme una agresión por parte del objeto, aun cuando ésta no se haya producido todavía, brota la ansiedad.

d) Una vez los objetos han sido internalizados, sus aspectos prohibitivos, censuradores y punitivos, tanto si son reales como si son puramente imaginados, continúan actuando en el interior de la mente del sujeto. Las críticas, acusaciones y amenazas por parte del superyó dan, también, lugar a la aparición de ansiedad.

Las tres primeras situaciones poseen una realidad externa sólo en el bebé y en el niño. Más adelante, el sujeto se basta a sí mismo y no necesita de los objetos como medio indispensable para su supervivencia. Llegará un momento en el que, tal vez, sean los objetos, por ejemplo, los padres envejecidos, quienes dependan biológicamente de él. Pero en el inconsciente, atemporal, esta evolución no se produce, la situación infantil continúa existiendo como en los primeros momentos de la vida, y en esta zona inconsciente de la personalidad persisten los mismo conflictos y pautas de relación objetal que suscitaron ansiedad en las primeras etapas del desarrollo, por ser potencialmente productoras de algún daño; daño que, en aquellos momentos era de tipo esencialmente físico. Posteriormente, el sujeto continúa percibiendo ansiedad; provocada por la crítica y las acusaciones del superyó, lo

que refleja fielmente la perpetuación de las relaciones objetales infantiles, determinantes de ansiedad, a causa de que los objetos en la relación con los cuales ésta se engendra se han constituido en parte integrante del sistema psíquico del sujeto.

La ansiedad desencadenada por el temor a los ataques por parte del objeto, tanto el externo como el internalizado, y por las pulsiones destructivas que actúan en el interior, es la denominada por Melanie Klein ansiedad persecutoria, que es, por tanto, la ansiedad que se presenta desde los comienzos de la vida.

El concepto de ansiedad persecutoria no se contradice con lo expuesto anteriormente acerca de las situaciones productoras de ansiedad, ya que aquéllas las refería a la ausencia del objeto, la falta de amor del objeto y la amenaza de castigo por parte del objeto, y todo ello es lo que acaece, en la mente del bebé, a consecuencia de la proyección de la pulsión de muerte y de los ataques fantaseados contra el objeto. En estas condiciones, éste desaparece como objeto benéfico y suministrador de vida, para transformarse en un objeto hostil, peligroso, que ataca y arremete con la misma fuerza con que ha sido maltratado.

Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que cuanto más intensas son las fantasías agresivas que el bebé proyecta sobre el objeto, más se siente a la parte de éste transformada en hostil como perseguidora y, para protegerse de ella, es menester idealizar y hacer más poderoso el objeto bueno que debe preservar de tales peligros, con la consecuencia de que un objeto tan perfecto se torna, en la mente del niño, exigente, riguroso y opresivo, de manera que, entonces, los riesgos amenazan por los dos lados. Por otra parte, la escisión del objeto en bueno y malo siempre va acompañada de una escisión o

disociación del yo, así como de los sentimientos al quedar éstos vinculados con una y otra parte del objeto.

Se considera importante subrayar que en la génesis de la ansiedad persecutoria ocupa un papel destacado el mecanismo de identificación proyectiva, ya que al introducir, mentalmente, partes del propio self en el objeto, sobreviene el temor de quedar atrapado, como en una trampa, dentro de éste, cuyo interior se siente poblado de amenazas y peligros. Además, el sujeto también siente que, como represalia, el objeto tratará, a su vez, de introducirse en su interior junto con las partes dañinas, del self que en él se proyectaron.

El hecho de que muchos bebés sean alimentados artificialmente desde el comienzo de su vida y, por tanto, que no hayan tenido nunca un contacto real con el pecho materno no es óbice para que lo introyecten mentalmente, ya que, para que ello sea posible, no es únicamente el pecho tangible y material el que cuenta. Las pulsiones son buscadoras de objetos, es decir, la pulsión nutritiva y, en conjunto, todas las pulsiones orales: tragar, succionar, morder, vaciar, etc., se dirigen a un objeto que está preformado en la mente del recién nacido, pero este objeto buscado no es propiamente el objeto físico, el pecho, sino más bien la función que éste representa, es decir, la función de alimentar, satisfacer el hambre, dar satisfacción, ofrecer amor, etc. De aquí pueden derivarse una reagudización de las ansiedades, caso éste el más favorable y en el que la preocupación y pena por el objeto llevan a una reinstalación amorosa de éste en el yo, o bien una identificación con él bajo el imperio del odio y los reproches. En efecto, no es excepcional observar que algunos individuos, al sufrir algún detrimento importante en su situación personal, económica, física, profesional, etc., consiguen, tras un trabajo mental prolongado, tomar más conciencia de su estado, aceptar la parte de responsabilidad o culpa que les puede corresponder en lo acaecido, tolerar sus

sentimientos y encauzarlos de forma positiva, clarificar más sus relaciones consigo mismo y con los otros, y, en definitiva, adquirir un mayor grado de madurez emocional, de autoconocimiento de los propios límites y posibilidad, y de capacidad para las relaciones satisfactorias con los otros.

Cada momento evolutivo exige su peculiar estilo de adaptación a las circunstancias externas e internas y a las relaciones con los otros, es decir, con los objetos, tanto el primario, la madre, como los que le siguen, padre, hermanos, etc. Así la ansiedad provocada por la pulsión de muerte es eficazmente combatida gracias a la deflexión hacia el exterior de la misma, sin lo cual la psique temprana del bebé no podría soportar su presión. Igualmente, la disociación cumple la misión de poner orden en el caos de sensaciones, estímulos, sentimientos, temores y pulsiones que abruman el débil yo de las primeras etapas de la vida.

Mucho antes de que se establezca la comunicación verbal, el bebé hace llegar a la madre sus sentimientos, fantasías y necesidades a través de la identificación proyectiva, y es la sensibilidad de ésta ante dicha proyección la que le permite hacerse eco de dichos fenómenos psíquicos y, a la par de satisfacer material o afectivamente aquello que el bebé demanda, devolverle su ansiedad y temores en forma mitigada y tolerable para él. En las etapas posteriores de la vida, el sujeto se basta a sí mismo y no necesita de los objetos como medio indispensable para su supervivencia. Pero en el inconsciente, atemporal, esta evolución no se produce, la situación infantil continúa existiendo como en los primeros momentos de la vida, y en esta zona inconsciente de la personalidad persisten los mismos conflictos y pautas de relación objetal que suscitaron ansiedad en las primeras etapas del desarrollo.

Posteriormente, el sujeto continúa percibiendo ansiedad; ansiedad de fuente desconocida, a causa de la reactivación de tales situaciones en su

inconsciente. También la ansiedad, provocada por la crítica y las acusaciones del superyó, refleja fielmente la perpetuación de las relaciones objetales infantiles, determinantes de ansiedad, a causa de que los objetos en la relación con los cuales ésta se engendra se han constituido en parte integrante del sistema psíquico del sujeto.

Otro punto de vista lo aporta la psicología de la salud, que aborda el manejo de la ansiedad desde un ángulo multidisciplinario y centra su atención en “el estilo de vida del individuo”, indicando a su vez las rutas psicofisiológicas que sigue este fenómeno en el individuo enfermo. Según la psicología de la salud, el sistema nervioso autónomo (SNA), está dividido en dos ramas, el sistema nervioso simpático, que activa el organismo ante las situaciones de ansiedad, y el sistema nervioso parasimpático, que lo inhibe.<sup>3</sup> La ansiedad ocupa un lugar significativo en la salud y la enfermedad, y en particular en las enfermedades psicosomáticas. En este aspecto, la psicología de la salud representa un momento progresivo en la dirección de encontrar las regularidades del papel de la subjetividad y el comportamiento en el logro y la conservación de la salud, en la causalidad de las enfermedades, en el tratamiento y la recuperación de las personas afectadas, y en la rehabilitación de el enfermo.<sup>4</sup> Estos conceptos y teorías buscan una aproximación al ser total, que sean capaces de ver la enfermedad como un resultado multicausal y que por ende necesita una solución multidisciplinaria.

La persona enferma representa toda una estructura biopsicosocial que debe entenderse en su contexto, en su individualidad y en su momento dialéctico, ya que los seres humanos vivimos en circunstancias sociales concretas, insertos en un modo de producción dentro del cual ocupamos una

---

<sup>3</sup> Vásquez, Isaac Amigo. Manual de Psicología de la Salud. Pirámide, España. 2003. Pág. 107

<sup>4</sup> Catalayud, Francisco Morales. Introducción a la Psicología de la Salud. Argentina, Paidós, 1999. Pág. 90



posición determinada.<sup>5</sup> La psicología de la salud hace grandes aportes a la relación enfermo y su enfermedad. Aquí se subraya “él estilo de vida”. Este “estilo de vida”, puede servir de parámetro para determinar el vector desencadenante de las psicopatologías que agobian al hombre en general y en particular, aquel que lleva a costas el lastre de una enfermedad crónica.

Dentro de los modelos de psicoterapia más efectivos para el manejo de los síntomas de ansiedad, se encuentra el modelo cognitivo conductual de psicoterapia<sup>6</sup>, que se originó en 1955 con los aportes de Albert Ellis y su “Terapia Racional Emotiva Conductual” y luego se amplió y profundizó a partir de 1962 con los aportes de Aaron T. Beck y su “Terapia Cognitiva”. Este modelo está ampliamente difundido y es respetado por la investigación que lo soporta y por sus resultados. Por tal motivo, es el modelo elegido y presentado en los congresos internacionales y el utilizado preferentemente para el tratamiento especializado de muchos trastornos. Entre sus principales éxitos reconocidos se han destacado los tratamientos de trastornos tales como: ansiedad, pánico, agorafobia, fobia social, inhibiciones, depresión, disfunciones sexuales, estrés, ira y conflictos de pareja.

Las características más notorias de la psicoterapia cognitiva conductual<sup>7</sup> son:

- *Se trabaja en el presente, en el "aquí y ahora".*
- Se va directamente a la resolución del problema, a la forma de lograr los resultados deseados.

---

<sup>5</sup> Ibíd. Pág. 36

<sup>6</sup> Caro, Isabel. Psicoterapias Cognitivas. España, Paidós, 2003. Pág. 24

<sup>7</sup> Ibíd. Pág. 31

- *En la gran mayoría de los casos no es necesario investigar el pasado ni los "orígenes" para lograr los resultados. Por eso, pueden omitirse tales incursiones*
- *Paciente y terapeuta hablan, se comunican y colaboran activamente por igual en el proceso.*
- *El proceso incluye tareas de auto-ayuda a realizar entre sesiones.*
- *Si el paciente realiza las actividades acordadas entre las sesiones, el proceso es notoriamente más breve que lo habitual en otras corrientes. Se trata pues, de terapias destacadas por su brevedad.*
- *Pese a lo breve y sencillo del método, resulta realmente profundo y logra modificaciones importantes y perdurables.*
- *El enfoque es altamente didáctico, por lo cual el paciente queda entrenado para resolver futuros problemas o trastornos por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente y cada vez al terapeuta.*
- *A su eficacia terapéutica se le suma su eficacia como forma de prevención de futuros trastornos.*

Esta terapia es una herramienta idónea para el manejo psicoterapéutico de los síntomas de la ansiedad. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo, esta estructuración es consecuente con los esquemas mentales.<sup>8</sup> Sus cogniciones

---

<sup>8</sup> Best, Jhon B. Psicología Cognitiva. España, Paraninfo, 2001. Pág. 468

se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores.

El terapeuta cognitivo, ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas, mediante pautas específicas, lo anima a identificar, observar y evaluar sus pensamientos de una manera objetiva. Se intenta mitigar las alteraciones emocionales, y generar una productiva relación entre el profesional actuante y el paciente. De esta manera cada paso progresivo del tratamiento sirve para desarrollar y hacer más profundos los aspectos colaborativos de esta relación. La terapia cognitiva se sirve de una gran variedad de estrategias cognitivas y conductuales, para lograr el objetivo de delimitar las falsas creencias y los supuestos desadaptativos, mediante técnicas de aprendizaje.

La concepción implica que el paciente ansioso distorsiona sistemáticamente sus experiencias en dirección negativa y tiene una concepción global negativa de sí mismo y de sus experiencias. Por lo tanto se intenta que mediante un objetivo claro se pueda modificar el auto contexto. Se buscan experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a entrenar a los pacientes en las habilidades de: control de los pensamientos automáticos negativos y a identificar las relaciones entre cognición y conducta.<sup>9</sup>

Se considera que la modificación del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en el estado afectivo y de sus pautas de conducta, por lo tanto se persigue que mediante psicoterapia cognitiva un paciente pueda llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas, y corregir los “constructos” erróneos para producir una mejoría clínica.

---

<sup>9</sup> Skinner, Burrhus Frederick. Sobre el Conductismo. España, Fontanella, 1975. Pág. 110

Como parte de la psicoterapia cognitiva comportamental, los constructos juegan un papel importante en el manejo del paciente y su enfermedad. Varios investigadores que trabajan en el marco de teoría de los constructos personales han centrado su interés en la construcción del síntoma. Fransella, sugiere por ejemplo, que los síntomas pueden llegar a ser un modo de vida para el paciente y una parte de su identidad.

Al analizar la resistencia al cambio de las pacientes que presentan anorexia, Fransella, consideró que estas pacientes podrían tender a preservar su estado de delgadez por no tener más dimensiones disponibles para anticiparse a sí mismas, y a ellas mismas con relación a los demás, sino a través de la delgadez. También se ha encontrado que las construcciones que hacen los clientes de sus síntomas pueden mantener una lógica altamente consistente, puesto que representan creencias que están fuertemente mantenidas. Un interesante punto de partida en el estudio de estos dilemas implicativos, fue desarrollado por Hinkle, quien dirigió su atención al significado clínico de estos conflictos.

En los estudios de Hinkle, se observa como en algunas situaciones los pacientes construyen su sintomatología con una gran carga de implicación positiva. Así, el síntoma se asocia a aspectos positivos que en muchos casos tienen que ver con características que definen la identidad del propio paciente. El abandono de estos aspectos representaría una amenaza para el "sí mismo". Se ve como el paciente se enfrenta en estas situaciones a un conflicto en el que, por una parte está el deseo de abandonar la sintomatología, con todos los aspectos negativos que ella acarrea, pero por otra, se encuentra que esa misma sintomatología está cargada de connotaciones e implicaciones relacionadas con definiciones positivas del self, y que su abandono implicaría pasar a un polo opuesto e indeseable para el propio paciente y como muchos

sujetos diagnosticados con ansiedad, lo asocian con sensibilidad y otras virtudes.

Mucha gente diagnosticada con agorafobia relaciona el ser independiente con una alta probabilidad de ser infieles a sus parejas. Estos y otros estudios también sugieren que muchas personas que se consideran a sí mismas como tímidas asocian a las personas con habilidades sociales con una amplia variedad de características negativas: egoísmo, vanidad, insensibilidad, arrogancia, etc. Los resultados del estudio de Hinkle, demuestran que la forma en la que los pacientes construyen sus síntomas es de relevancia clínica.<sup>10</sup> Algunos autores, argumentan que el éxito de una terapia dinámica breve, depende de la adecuación a la motivación del paciente, del alto grado de implicación y habilidad del terapeuta, y de una clara identificación de los síntomas como un foco de tratamiento.

Se considera que una investigación dirigida al papel de la detección del conflicto y a su resolución, podría arrojar un poco más luz al esclarecimiento de la problemática de la resistencia al cambio y al entendimiento de la resolución de una terapia exitosa. A pesar del hecho de que un paciente puede estar experimentando una cierta cantidad de problemas o sufrimientos, la perspectiva constructivista cree que la postura que las personas toman con respecto a sus vidas es coherente con sus visiones de ellos mismos. La noción de conflicto cognitivo que presentamos, basada en el corolario de elección, asume que una persona elige aquellas alternativas desde sus propios polos del constructo que son más significativos y coherentes con su sistema de constructos, esto es, aquellos que presentan el mayor poder predictivo.

Para mantener su mundo predecible, una persona intenta proteger su identidad de la invalidación, estructurada como una red de constructos

---

<sup>10</sup> Caro, Isabel, op. Cit. Pág. 233

nucleares. Esta visión constructivista está en contraste con una visión hedonista que sugiere que la gente organiza sus conductas con el objetivo de encontrar placer y rechazar el sufrimiento. Si tomásemos esta última visión, ¿cómo explicaríamos la presencia de constructos discrepantes en los que el sujeto prefiere un polo determinado pero en lugar de simplemente moverse hacia el polo deseado continúa en el mismo polo con algún grado de sufrimiento? Tomando la postura constructivista mencionada anteriormente asumimos que la persona está realizando una elección "sabia" en términos de su coherencia personal y se dirige necesariamente hacia el esclarecimiento del proceso por medio del cual los individuos construyen significados de su experiencia.<sup>11</sup> Esta visión contrasta con otra más tradicional que etiqueta el proceso mental del paciente con términos tales como "pensamientos distorsionados", "errores cognitivos", "creencias irracionales", "proceso de aprendizaje disfuncional", u otra que atribuye el problema a motivos y conflictos inconscientes.

Por lo que la atención se coloca en conocer ¿porqué el cambio deseado en el constructo discrepante no ocurre? ¿En qué sentido este cambio, si ocurriese, haría al mundo del sujeto menos predecible? ¿Qué aspectos de su sentido de coherencia o de identidad llegarían a ser invalidados? ¿Cuáles de los polos de los constructos del sujeto están siendo validados al actuar de una forma que incluye síntomas y sufrimientos? La idea es que simplemente por presionar para que se produzca un cambio hacia el polo deseado podemos desencadenar en el paciente una serie de acciones, tradicionalmente etiquetadas como "resistencias", orientadas a preservar su sentido de identidad, y de igual modo el poder predictivo de su sistema de constructos.

Al detectar los dilemas implicativos intentamos revelar la coherencia de las acciones del paciente de acuerdo a su sistema de construcción. Nuestra

---

<sup>11</sup> Goncalves, Oscar F. Psicoterapia Cognitiva Narrativa. España, Desclee de Brouwer, 2002. Pág.

hipótesis es que en nuestro trabajo terapéutico el respetar esta coherencia aumentará la alianza terapéutica y evitará acciones opuestas, y como resultado se producirá una mejoría terapéutica. Se considera que la construcción del síntoma es un tema importante a tener en cuenta en el proceso de reconstrucción durante la terapia. A causa de las implicaciones de estos conflictos, el paciente se siente dividido entre un cambio deseado y las relaciones positivas del síntoma con la autodefinición del paciente.

También se ha encontrado que cuantas más implicaciones positivas presentaba la conducta sintomática del paciente, más difícil era para él alcanzar los objetivos deseados, mientras que la reducción de las implicaciones positivas del síntoma llevaba a un resultado mejor.

Desde diferentes enfoques se ha encontrado que el éxito terapéutico está positivamente relacionado con el decremento de los dilemas implicativos, sin embargo, no está clara la relación inversa, que la resolución de dilemas implicativos lleve a la reducción de la sintomatología. Si esta relación inversa fuese establecida sería de enorme ventaja, al menos para terapias cognitivas y alguna psicodinámica breve, debido a la viabilidad de detectar conflictos, para trabajar con ellos, incluso desde las primeras sesiones.

Resumiendo, se consideran dos contribuciones importantes en la detección y trabajo con los dilemas implicativos:

a) Entender el síntoma como una opción coherente para la persona: distinto a las nociones de "resistencia" y "distorsión cognitiva" encontradas en otros enfoques, el centrarse en los dilemas implicativos es ventajoso porque entiende al cliente en su contexto de coherencia. Así, desde la epistemología constructivista se presenta la posición de no cambio del paciente como un proceso de autoprotección que resguarda la coherencia, la integridad sistémica y protege de un cambio "nuclear" súbito. Esto, nos conduce a un trabajo psicoterapéutico de construcción teniendo en cuenta esa coherencia, de

forma que el paciente pueda percibir en su sistema de construcción, la existencia de un espacio flexible que le permita la elaboración de una construcción alternativa. Consecuentemente, el terapeuta debería intentar anticipar los acontecimientos en la manera en que el cliente los anticipa e intentar utilizar el vocabulario y sistema de significados del cliente. Reformular el problema en términos de conflicto cognitivo, recogiendo el sentido de coherencia e identidad que el sujeto tiene del afecto y que éste se sienta aceptado, reduciendo su ansiedad. Esto le permite poder considerar construcciones alternativas.

b) Focalización de la terapia: el focalizar el dilema es dirigirlo a un reencuadre o redefinición del problema. Esta reformulación debe ser compartida con el paciente en términos que le sean aceptables para él, y, el hecho de utilizar los propios términos que el paciente utiliza para dar sentido a lo que le rodea, ayuda a que esta interpretación no se distancie del marco de referencia del paciente, permitiendo que esta redefinición sea descrita en un nivel de abstracción adecuado para él.

Para el paciente, esto implica unir lo que ha comunicado en una forma nueva. Desde esta focalización en el dilema, se intenta que el paciente, a través de las propias percepciones y entendimiento del mundo y su adecuación en él, encuentre una coherencia, una explicación que le sea útil para dar un significado a su sufrimiento y al mantenimiento de sus dificultades.

Las dificultades neuróticas, y en particular la pérdida de sentido o auto eficacia, que es parte de la experiencia de muchos pacientes con ansiedad, se relaciona con los términos en los cuales él construye su mundo, y como organismo, es una máquina que efectúa transformaciones, las cuales llegan a ser de dos clases: por una parte, asimila el medio sin dejar de soportar sus presiones, es decir, construye y conserva formas de organización susceptibles



de asegurar la permanencia de los intercambios con el exterior, por la otra, modifica el medio, mediante sus reacciones y, sobre todo, por su comportamiento<sup>12</sup>.

Estos términos de construcción, pueden ser conceptualizados de forma útil como dilemas implicativos, el grado en los cuales estos términos son dados a conocer al paciente, o el grado en el que él puede ser consciente de ellos. La primera tarea para el terapeuta es ampliar tales entendimientos, una vez estas formulaciones son entendidas por el paciente, pueden llegar a ser un foco apropiado para la terapia. Al mismo tiempo, se cree que un enfoque centrado en el conflicto o dilema proporciona tanto un foco para la terapia, como un marco en el que atribuir coherencia al sufrimiento de los clientes.

---

<sup>12</sup> Piaget, Jean. Memoria e Inteligencia. Argentina, El Ateneo, 1978. Pág. 7

## Premisas

La ansiedad produce cambios fisiológicos y psicológicos en el organismo del ser humano, desencadenando enfermedades físicas. La ansiedad puede precipitar los ataques o la aparición de la enfermedad. Ello es demostrable por la observación clínica y puede reproducirse bajo condiciones experimentales. Los cambios y las cargas de ansiedad pueden aumentar la gravedad de un acceso, de hallarse éste ya presente, o prolongar su duración.

En la psicoterapia cognitiva comportamental, la idea central es que la mayoría de las emociones negativas y, por lo tanto, del padecimiento psicológico, se siguen de trastornos cognitivos y conductuales en una interacción recíproca que incluye factores cerebrales, fisiológicos, comportamentales, cognitivos, de contexto, de enfermedades físicas, factores constitucionales innatos, sociales y de aprendizaje, es decir, condicionamiento, reforzamiento, aprendizaje social, síntoma aprendido. El medio ambiente con sus innumerables estímulos, positivos y negativos, moldea la conducta del individuo desde la vida intrauterina hasta la muerte. La mujer en gestación emite instrucciones al feto vía sistema nervioso y sanguíneo, iniciando un aprendizaje de suma importancia para la salud del ser humano. Por esta razón es importante analizar en la ficha clínica el desarrollo gestacional del paciente, especialmente el entorno de vida de los progenitores.

El estilo de vida del individuo influye de manera significativa en la conservación de la salud física y mental. La manera en que se pone en práctica lo aprendido en la formación del individuo desde la infancia, determina la organización psicológica y fisiológica interna. Ésta organización interna, en su momento, determinará la diferencia entre salud y enfermedad. La forma en que el individuo percibe, se percibe o lo perciben, determina la armonía interior que puede alcanzar. Esta armonía interior se da cuando el individuo logra una exitosa relación de su potencial biológico con su entorno.

## Hipótesis

Para la realización de esta investigación se planteó la siguiente hipótesis:

La psicoterapia cognitiva comportamental es un método efectivo para disminuir los síntomas de los trastornos de ansiedad.

### **Variable independiente**

-Psicoterapia cognitiva comportamental. Para el presente estudio el término “cognitivo” refiérase a las “cogniciones”, que son los pensamientos racionales, los pensamientos automáticos, las creencias y esquemas cognitivos inconscientes. Con los términos “conductual” o “comportamental” nos referimos a las conductas que derivan de las emociones y cogniciones.

-Para la presente investigación, la terapia cognitiva comportamental es una psicoterapia enfocada, de tiempo limitado, para una variedad amplia de trastornos psicológicos. Estos incluyen la ansiedad, el enojo, el conflicto matrimonial, la soledad, el pánico, los miedos, los trastornos del comer, el abuso de drogas o alcohol, y problemas de la personalidad. La terapia se enfoca en como usted piensa, se comporta, y se comunica actualmente en vez de sus experiencias tempranas. Muchas investigaciones de resultados demuestran que la terapia cognitiva comportamental, es tan eficaz como los medicamentos para el tratamiento de la ansiedad y no tiene los efectos secundarios negativos de los medicamentos. Además, muchas veces es superior a otros tratamientos para la prevención de la recaída, porque los pacientes aprenden a ayudarse ellos mismos como parte de la terapia, y frecuentemente pueden mantener sus logros cuando la terapia se ha terminado. El enfoque es altamente didáctico, por lo cual el paciente queda entrenado para resolver futuros problemas o trastornos por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente y cada vez al terapeuta.

## Indicadores

- Pensamientos automáticos
- Falsas creencias
- Estructura de pensamientos
- Pensamientos positivos y negativos
- Esquemas mentales
- Auto contexto
- Estructuras cognitivas
- Construcción de síntomas
- Conflicto cognitivo
- Constructos nucleares
- Sistemas de significados
- Afecto
- Construcciones alternativas

## **Variable dependiente**

-Ansiedad. Para la presente investigación, los trastornos de ansiedad son estados anormales con síntomas físicos y mentales como aspecto fundamental, y pueden ser secundarios a un trastorno psicológico o a una enfermedad orgánica. Los síntomas psicológicos más frecuentes son irritabilidad, dificultad en la concentración, hipersensibilidad al ruido y una sensación intensa de inquietud. La apariencia de la persona se caracteriza por: su cara se ve cansada, la frente arrugada, de postura tensa, inquieto y con frecuencia tembloroso, pálido, sudoroso en especial manos, pies y axilas. Facilidad para el llanto, y se aprecia más aprensivo que deprimido. La ansiedad es una de los padecimientos que con más frecuencia ocurren al ser humano. Se describe como una emoción compleja, difusa y desagradable, que se expresa por un sentimiento de temor y de tensión emocional acompañada de diversos síntomas corporales

## Indicadores

- Humor ansioso
- Tensión
- Miedos
- Insomnio
- Funciones intelectuales
- Humor depresivo
- Síntomas somáticos generales (musculares)
- Síntomas somáticos generales (sensoriales)
- Síntomas cardiovasculares
- Síntomas respiratorios
- Síntomas gastrointestinales
- Síntomas genito urinarios
- Síntomas del sistema nervioso autónomo
- Comportamiento durante la entrevista

### **Definición operacional**

Para determinar los factores de ansiedad que padece cada paciente según la Escala de Valoración de la Ansiedad de Max Hamilton, que consta de 14 ítems numerados del 1 al 14 correspondiendo cada número a un indicador de ansiedad determinado y un valor a determinar para cada uno, en una escala ordinal del 0 al 4. En donde, el 0 se interpreta como ausencia de trastornos de ansiedad, y, de aquí en adelante, cada indicador se valora por la intensidad del síntoma, así:

- 0 Ausente
- 1 Intensidad leve
- 2 Intensidad media
- 3 Intensidad fuerte
- 4 Intensidad máxima (invalidante)

## CAPITULO II

### TECNICAS E INSTRUMENTOS

#### Selección de la muestra

En la presente investigación, para la selección de la muestra se hicieron varias presentaciones a todos los pacientes que asistían a consultar los diferentes servicios que presta el Centro de salud Justo Rufino Barrios, ubicado en la zona 21, de esta ciudad. También se hizo una circular con el propósito de informar a las pacientes sobre el servicio - investigación que se estaría proporcionando.

Participaron en la investigación diez mujeres comprendidas entre los 20 y 35 años de edad, vecinas del Centro de Salud Justo Rufino Barrios, o que viven en colonias aledañas, amas de casa, con el deseo de querer resolver sus problemas de salud relacionados con los trastornos de ansiedad, con disponibilidad de tiempo para sus citas, nivel socioeconómico de clase media y clase media baja, estudios primarios, diversificado y universitario, raza ladina e indígena.

#### Técnicas de investigación

##### Estudio de casos

Estudio de casos, método de investigación que tiene por objeto comprender las conductas sociales de pequeños grupos o de individuos concretos, a través de la observación en profundidad. Esta técnica de investigación ha tenido gran importancia en el desarrollo de las ciencias sociales, siendo utilizada frecuentemente por la psicología, la sociología y la antropología, ya que su mayor atractivo reside en la capacidad de proporcionar un acercamiento entre la teoría y la práctica. Las teorías de Sigmund Freud, Alfred Binet, Jean Piaget, Abraham Maslow y Carl Rogers, que nacieron y se nutrieron a partir de algunos estudios de casos, son un buen ejemplo de las aportaciones e importancia de este método.

Con su utilización el investigador se propone comprender cómo los actores interpretan y construyen sus propios significados en una situación dada. El objeto de estudio es siempre algo individual, ya sea una persona, un acontecimiento o una organización, que se da en su integridad fenomenológica y en su dinámica existencial. En la actualidad, el estudio de casos es el prototipo de la investigación ideográfica llevada a cabo desde una perspectiva cualitativa.

Para la presente investigación el estudio de casos se utilizó en dos direcciones, como método y como técnica.

Como método, "el caso" objeto de estudio, es comprendido como un sistema integrado que interactúa en un contexto específico con características propias. El caso o unidad de análisis puede ser una persona, una institución o empresa, un grupo, etcétera. Como procedimiento metodológico de investigación, el estudio de casos se desarrolla mediante un proceso cíclico y progresivo, el cual parte de la definición de un tema relevante que se quiere investigar, se estudian a profundidad éstos temas, se recolectan los datos, se analizan, interpretan y validan, luego, se redacta el caso.

Como técnicas, las más utilizadas y adecuadas para el estudio de casos, son la observación estructurada, las entrevistas, los cuestionarios, etcétera. Para el presente trabajo de campo, se utilizaron, la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton y la historia clínica comportamental.

## Entrevista

La entrevista es una técnica que se puede tomar como un diálogo, orientado a establecer contacto directo con las personas que se consideren fuente de información, y puede soportarse en un cuestionario, teniendo como propósito obtener información espontánea y abierta, durante la misma, puede profundizarse los datos de interés para el trabajo de campo.

Existen diversos tipos de entrevistas: laborales, para informarse y valorar al candidato a un puesto de trabajo, de investigación, para realizar un determinado estudio, informativas con el objeto de reproducir opiniones y de personalidad para retratar o analizar psicológicamente a un individuo, entre otras.

Durante la presente investigación, en la entrevista se obtuvo información relacionada con la vida del paciente, eventos familiares, vida conyugal, salud, relación social, económica, académica, deportiva, sentimental, familia, trabajo, además de sus inquietudes sobre el tratamiento, se examinó la comunicación y confianza en el terapeuta, ventajas de la psicoterapia cognitiva comportamental, número de citas preprogramadas, horarios de terapia, etcétera. En dicho proceso se trató de establecer una buena empatía, en la búsqueda de lograr un rapport entre paciente y terapeuta.

## Observación

La observación, como técnica de investigación científica, es un proceso riguroso que permite conocer, de forma directa, el objeto de estudio para luego describir y analizar situaciones sobre la realidad estudiada. La observación cada día cobra mayor credibilidad y su uso tiende a generalizarse, debido a que permite obtener información directa y confiable, siempre y cuando se haga mediante un procedimiento sistematizado.



La observación es parte integrante de cualquier trabajo, investigación, o método que tenga como base el registro sistemático de hechos que se desean estudiar en su ambiente natural o experimental. Sus fines principales son: verificación de métodos, comprobación de sistemas y/o verificación de resultados programados en una investigación.

En la presente investigación, para observar cada uno de los casos se recurrió a lo que se conoce como la observación directa, ya que es a través de nuestros sentidos que se puede obtener aspectos importantes, por ejemplo, físico, gestos, posturas, lenguaje verbal y no verbal de cada uno de los pacientes.

## Instrumentos de recolección de datos

### Escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton

Para los propósitos de la investigación se utilizó la Escala de Valoración de la Ansiedad de Max Hamilton, que contiene los datos del paciente, nombre completo, edad, fecha y hora de consulta, puntuación para ansiedad psíquica y ansiedad somática, y la puntuación total. La prueba, evalúa en su primera parte los factores psicológicos: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, funciones intelectuales, humor depresivo, desencadenantes de ansiedad y en su segunda parte los factores fisiológicos: síntomas somáticos musculares, somáticos sensoriales, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genito urinarios, del sistema nerviosos autónomo, y el comportamiento durante la entrevista.

La parte operativa esta integrada por seis síntomas que califica la ansiedad psíquica: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, funciones intelectuales y humor depresivo y ocho síntomas que sirven para determinar la ansiedad somática: síntomas somáticos generales musculares y sensoriales, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genito urinarios, del sistema nerviosos autónomo, y evalúa también el comportamiento durante la entrevista.

La integración de la evaluación nos permite determinar la intensidad de la ansiedad, en la forma siguiente:

## Valores para ansiedad psíquica

Valores	Ansiedad	Valor máximo
0	Ausente	0
1	Intensidad leve	6
2	Intensidad media	12
3	Intensidad fuerte	18
4	Intensidad Máxima	24

## Valores para ansiedad somática

Valores	Ansiedad	Valor máximo
0	Ausente	0
1	Intensidad leve	8
2	Intensidad media	16
3	Intensidad fuerte	24
4	Intensidad Máxima	32

- El instrumento puede observarse en el anexo número 1

## Historia Clínica Comportamental

Es el registro estable de las circunstancias en que ocurre una determinada conducta en un paciente en particular. Esta hoja de vida del paciente nos proporciona los datos básicos, historia de salud-enfermedad, desarrollo de la infancia a la adolescencia, la intensidad del problema, frecuencia, duración, que es lo que ayuda a mantener el problema y las consecuencias que ese comportamiento tiene en el ambiente y en el paciente mismo. Eventos del presente que tienen particular significado para diseñar los pasos a seguir en la psicoterapia cognitiva comportamental. La finalidad de esta "Historia clínica", es tener un esquema claro y preciso del origen y desencadenantes de la enfermedad actual, analizando conductas y su relación funcional.

Para los fines de la investigación, la historia clínica comportamental se opera individualmente para cada caso, requiriendo de pasos básicos tales como, establecer un buen rapport, indicar a la paciente que se requería de ella información sobre los diferentes aspectos de su vida en cuanto a su desarrollo físico, psicológico, emocional, sexual, laboral y social. Toda esta información se logró recabar en la entrevista inicial.

- El instrumento puede observarse en el anexo número 2.

## CAPITULO III

### PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Justo Rufino Barrios de la zona 21 de la ciudad capital, con un grupo de 10 mujeres, pacientes activos de este centro de salud, comprendidas entre las edades de 20 a 35 años, provenientes de la capital, departamentos del interior de la República y una paciente de San Salvador, escolaridad de primaria y educación media, con un nivel socioeconómico de clase media baja, la investigación se llevo a cabo a partir del 15 de Noviembre al 30 de Diciembre del año 2005. El número de sesiones fue de seis para cada paciente.

Al iniciar el trabajo de campo se informó a cada paciente los objetivos de la investigación, y la metodología a utilizar. Los fines de la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton, la historia clínica comportamental y el diseño de cada sesión, las tareas a realizar en casa, los registros de auto control y la importancia de asistir a todas las sesiones programadas.

Al concluir la investigación, nuevamente se pasó la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton, lo cual permitió el análisis y presentación de resultados sobre el presente trabajo de campo

A continuación se presenta una síntesis de la historia clínica de los 10 casos atendidos, los cuadros estadísticos y las gráficas que ilustran la evolución de los trastornos de ansiedad, según los resultados de la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton.

## CASO No. 1

**Datos Generales:** paciente de sexo femenino de 33 años de edad, con escolaridad de secretaria, residente en la zona 21, de la ciudad capital. **Motivo de Consulta:** insomnio y estreñimiento. **Historia de Vida:** pertenece a una familia desintegrada, casada, madre de 2 hijos, solo tiene comunicación con su madre, vive separada de sus padres desde que se casó, actualmente se encuentra separada de su esposo, por trámites de divorcio, trabaja como secretaria, practica la religión evangélica. Refiere la paciente que a los 27 años empezó a sufrir problemas menstruales, que cursaban con sangrados exagerados por más de 10 días, seguido de amenorrea por largo tiempo. Vivió con estas molestias esperando que se regularan solas. Después de consultar a varios profesionales, fue referida al INCAN, lugar en donde le diagnosticaron cáncer. Fue sometida a radioterapia. El tratamiento de la enfermedad le provocaba grandes angustias, y preocupación, tanto por el porvenir de sus hijos, como la expectativa de su propia vida. Comienzan los problemas para dormir, pasa las noches pensando en la muerte, tuvo la idea que el tratamiento oncológico le arruinara sus cualidades femeninas, la creencia de envejecer prematuramente, y vive un tiempo de abandono nutricional. Come poco, y solo alimentos enlatados, sin sentir la necesidad de una comida balanceada. Paralelamente a esto, se presentan cefaleas inexplicables que no se aliviaban con nada. Finalmente, le diagnostican estreñimiento severo, prescribiendo un tratamiento que nunca llevó a cabo, es en estos años difíciles cuando empiezan los problemas conyugales.

**Evaluación Psicológica:** en la entrevista se reflejó síntomas de ansiedad, insomnio y estreñimiento, molestias que la hacen sentirse incomoda, pues al no dormir adecuadamente se mantiene cansada, y el malestar digestivo la obliga a permanecer en el sanitario más tiempo del necesario. En el análisis de la evaluación de la ansiedad de Max Hamilton obtuvo 17 puntos (71%) en ansiedad psíquica y 15 puntos (47%) en ansiedad somática. Se pudo observar que su situación emocional es de una persona con ansiedad psíquica

crónica, aprensiva, inclinación a sufrir insomnio en la madrugada, con tendencia a la depresión.

**Sesiones de Terapia Cognitiva Comportamental:** participó en las 6 sesiones individuales programadas, siendo nuestros objetivos, por tanto, delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos de la paciente. El método que consiste en experiencias de aprendizaje muy específicas, se dirige a enseñar a la paciente a controlar los pensamientos automáticos negativos, identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas. Al inicio del tratamiento la paciente se mostró escéptica, lo cual cambió cuando entiende que el proceso terapéutico tiene soporte científico, y que el psicólogo es un profesional capacitado, que habla el idioma que ella habla. Aprende los conceptos de psicología cognitiva, comprende que estos se forman, pulen y utilizan en la vida diaria. En el desarrollo de la agenda terapéutica, se incluyó principalmente, el manejo de las creencias negativas: “el cáncer no tiene cura”, “la radioterapia arruina la capacidad de ser mujer”, “el tratamiento oncológico envejece”. En relación al estreñimiento se aborda desde dos vertientes, una fisiológica, para lo cual se le sugiere que consulte a su médico, y la otra emocional, abordando con psicoterapia cognitiva, los puntos nucleares de sentimientos de culpa, y autocompasión. Se indicaron ejercicios físicos y de relajación antes de dormir por la noche.

**Evaluación Psicológica Final:** su actitud ansiosa se transformó notablemente, el insomnio mejoró, el estreñimiento fue aliviado y en el análisis de la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton, obtuvo 7 puntos (29%) para ansiedad psíquica y 5 puntos (16%) para ansiedad somática, observándose que los trastornos de ansiedad psíquica crónica de la paciente, presentaron cambios sustanciales.

## CASO No. 2

**Datos Generales:** paciente de sexo femenino de 34 años de edad, residente en la colonia Ciudad Real zona 12 de la ciudad capital, con nivel educativo de tercero primaria. **Motivo de Consulta:** dolor de cabeza intermitente, insomnio que se agudiza cuando se enoja. **Historia de vida:** pertenece a una familia integrada, sus padres son agricultores, casada, madre de dos hijos, ama de casa, practica la religión católica, su marido trabaja de piloto automovilista. Refiere la paciente que durante muchos años sufrió presión arterial alta sin percatarse de que era una enfermedad, esto le limitaba su capacidad para efectuar sus tareas domésticas y la mantenían de un humor difícil de tolerar, a raíz de estos accesos de cólera mantenía una relación conyugal negativa, pues el marido le reprochaba que todo era invento de ella y era su falta de voluntad para una buena relación. Estas discusiones constantes con el cónyuge, dejaron huella en la relación. Posteriormente su problema de presión arterial alta fue solucionado, sin embargo ya para este momento los problemas del hogar se habían agudizado, pues estaba viviendo momentos de anorgasmia y falta de deseo sexual. Esto se manifestaba con dolores de cabeza, problemas para dormir y gran desmoralización personal, con una actitud negativa frente a la vida. Durante el proceso de tratamiento siempre asistió sola, porque su marido estaba trabajando a la hora de las citas.

**Evaluación Psicológica Inicial:** en la entrevista reflejó síntomas de ansiedad, inquieta, incómoda, agitación nerviosa de las manos. En la evaluación de la ansiedad de Max Hamilton obtuvo 14 puntos (58%) en ansiedad psíquica y 21 puntos (66%) en ansiedad somática, lo que es compatible con ansiedad somática crónica.

**Sesiones de Terapia Cognitiva:** participó en las 6 sesiones programadas, siendo nuestros objetivos, por tanto, delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos de la paciente. El método que consiste en experiencias de aprendizaje muy específicas, se dirige a enseñar a la paciente a controlar los pensamientos automáticos negativos,



identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. Dentro de la agenda terapéutica, principalmente se incluyó: el aprendizaje de la ruta que siguen los pensamientos negativos, como se estructuran y asimilan hasta convertirse en creencias y pautas de conducta. Se enseña, utilizando el propio lenguaje de la paciente, a entender, modificar y controlar las falsas creencias: “el dolor de cabeza es heredado”, la falta de sueño es normal en la mujer”, “el orgasmo femenino no es necesario”, “la menstruación provoca insomnio”. Se indicaron ejercicios físicos y de relajación antes de dormir por la noche.

**Evaluación Psicológica Final:** su actitud depresiva se redujo, los dolores de cabeza han mejorado, ahora tiene una actitud positiva, visión más real de su situación emocional y en el análisis de la evaluación de la ansiedad de Max Hamilton con 1 punto (4%) para ansiedad psíquica y 6 puntos (19%) de ansiedad somática, se puede observar cambios satisfactorios en la sintomatología de la ansiedad somática crónica.

### CASO No. 3

**Datos Generales:** paciente de sexo femenino de 23 años de edad, con escolaridad de tercero básico, procedente de la zona 12 de la ciudad capital.

**Motivo de Consulta:** miedo indescriptible a estar sola, temblor de cuerpo, estrés. **Historia de Vida:** pertenece a una familia integrada pero disfuncional, formada por cuatro hermanos, ella ocupa el último lugar en orden de nacimiento, su padre es albañil, madre oficios domésticos, casada, ama de casa, practica la religión evangélica, el marido es colocador de pisos, madre de 3 hijos, al inicio de las sesiones asistió acompañada de su marido. Refiere la paciente que vivió una infancia difícil, con problemas de desnutrición, es abusada sexualmente en la adolescencia, ésta experiencia le desencadena un sufrimiento permanente, miedo a estar sola, temblor de cuerpo y un odio en contra de los hombres.

**Evaluación Psicológica Inicial:** en la entrevista reflejó temor, inseguridad, de pocas palabras, paciente muy educada, atenta, y colaboradora y en el análisis de la escala de ansiedad de Max Hamilton su situación emocional es de una persona con ansiedad psíquica crónica, que muestra humor ansioso, tensión, miedos, tendencia a la depresión y a padecer de trastornos gastrointestinales. Sus punteos fueron: 23 puntos (96%) para ansiedad psíquica y 22 puntos (69%) para ansiedad somática.

**Sesiones de Terapia Cognitiva:** participó en las seis sesiones programadas, siendo nuestros objetivos, por tanto, delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos de la paciente. El método que consiste en experiencias de aprendizaje muy específicas, se dirige a enseñar a la paciente a controlar los pensamientos automáticos negativos, identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. En el inicio del tratamiento la paciente expresa que no tiene

claro la diferencia entre el psicólogo y el médico, aclarada esta confusión empieza a colaborar con sus tareas, aprendizaje del proceso de los pensamientos automáticos y las falsas creencias. Sus tareas principales incluyeron: controlar los pensamientos automáticos “la relación sexual le provoca temblor”, “la vivencia del abuso sexual le corta el deseo”, “la soledad alivia mi sufrimiento”. Se entrena a la paciente a reestructurar las creencias en el aquí y el ahora, diseñar una nueva vida basada en la realidad y no en falsas creencias. Se enseña la ruta que sigue en el pensamiento el aprendizaje de estas experiencias creativas.

**Evaluación Psicológica Final:** su actitud ansiosa se redujo, puede salir sola a la calle, el temblor de cuerpo ha desaparecido, el estrés mejoró satisfactoriamente y según el análisis de la escala de la ansiedad de Max Hamilton, con punteo de 7 puntos (29%) en ansiedad psíquica y 4 puntos (13%) en ansiedad somática, su sintomatología presenta cambios sustanciales en su ansiedad psíquica crónica.

#### CASO No. 4

**Datos Generales:** paciente de sexo femenino de 22 años de edad, con escolaridad de maestra de educación media, reside en la zona 21 de la ciudad capital. **Motivo de consulta:** mal carácter, distraída. **Historia de Vida:** pertenece a una familia integrada, su padre perito contador ya fallecido, la madre licenciada en letras, practica la religión católica. Actualmente vive con su mamá, con quien tiene una relación difícil por el mal carácter de la paciente, intolerancia hacia los demás, sufrió una decepción amorosa que le afectó bastante su vida personal y profesional. Refiere la paciente que su estado emocional actual empieza con la difícil relación con su mamá enferma de las articulaciones. Enfermedad que según los médicos es incurable. Tiene deformados los dedos de la manos, y poco a poco ha perdido la habilidad para caminar. Esta dificultad la hace dependiente de la paciente, quien es la única hija soltera. El poco tiempo que tiene libre lo dedica a pensar de manera obsesiva que será de su futuro, esto no le permitía por la noche conciliar el sueño, por la mañana se encontraba agotada, de un humor insoportable, totalmente desmoralizada.

**Evaluación Psicológica Inicial:** en la entrevista reflejó síntomas de ansiedad, silenciosa, temerosa y muy reservada en sus respuestas. Refiere que su carácter es variable, que va desde una marcada pasividad hasta una agresividad en sus respuestas. En el análisis de la evaluación de la escala de ansiedad de Max Hamilton, obtuvo 23 puntos (96%) de ansiedad psíquica y 11 puntos (34%) en ansiedad somática, lo cual es compatible con ansiedad psíquica crónica.

**Sesiones de Terapia Cognitiva:** participó en las 6 sesiones individuales programadas, siendo nuestros objetivos, por tanto, delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos de la paciente. El método que consiste en experiencias de aprendizaje muy específicas, se dirige a enseñar a la paciente a controlar los pensamientos automáticos negativos, identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.,

examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. Durante las primeras sesiones se comportó colaboradora, responsable con sus tareas. A partir de la segunda sesión se interesa en profundizar los conceptos de la terapia cognitiva, desarrolla conductas positivas, participando activamente en la psicoterapia. Se asignan las tareas a resolver en casa, dentro de las cuales se incluye hacer un listado detallado de intereses y proyectos, ubicarse en el aquí y el ahora, reforzar el significado de algunas palabras y expresiones con el fin de modificar las creencias nucleares. En la tarea, reportó que se encuentra interesada en sus estudios académicos, en su vida sentimental, ser más receptiva con la pareja, mejorar su estabilidad emocional con la familia, dentro de sus proyectos, ingresar a la universidad, dedicarle más tiempo a su religión, cultivar sus relaciones sociales

**Evaluación Psicológica final:** su actitud negativa con la madre ha mejorado, su mal carácter tuvo un cambio sustancial, ha mejorado sus hábitos de dormir, la aprensión ha disminuido, la dificultad de concentración se ha superado sustancialmente y en el análisis de la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton se pudo observar una marcada mejoría en su ansiedad psíquica crónica. Los punteos obtenidos en la escala fueron de 4 puntos (17%) en ansiedad psíquica y 1 punto (3%) en ansiedad somática

### CASO No. 5

**Datos Generales:** paciente de sexo femenino de 28 años de edad, con escolaridad de cuarto primaria, reside en la zona 21 de la ciudad capital.

**Motivo de Consulta:** inclinación al llanto, aislamiento, temor de salir sola, asma, migraña, insomnio. **Historia de Vida:** pertenece a una familia integrada, su padre agricultor, madre sin estudios se dedica a los oficios domésticos, casada, ama de casa, practica la religión católica, el marido es perito contador, actualmente vive en Estados Unidos de Norte América desde hace dos años, la paciente tiene dos hijos, uno de tres años y otro de seis. Refiere la paciente que la separación del marido le afectó grandemente, provocándole una gran nostalgia, con llanto incontrolable. Solía despertar durante la noche sin poder conciliar el sueño de nuevo. Al día siguiente amanece con dolor de cabeza que la abate y solo desea estar sola en su habitación.

**Evaluación Psicológica inicial:** durante la entrevista reflejó síntomas de ansiedad, permaneció en silencio, sin hacer comentarios, tajante en sus respuestas. En el análisis de la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton, con 17 puntos (71%) para ansiedad psíquica y 18 puntos (56%) para ansiedad somática, en donde se pudo observar que su situación emocional es de una persona tensa, con inclinación al fantaseo, mala memoria y tendencia a problemas respiratorios, lo que es compatible con ansiedad somática crónica.

**Sesiones de Terapia Cognitiva Comportamental:** participó en las 6 sesiones programadas, siendo nuestros objetivos, por tanto, delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos de la paciente. El método que consiste en experiencias de aprendizaje muy específicas, se dirige a enseñar a la paciente a controlar los pensamientos automáticos negativos, identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta., examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. Participó activamente en la psicoterapia, llevando

a cabo sus tareas asignadas entre sesiones, entre las que destacaron: cambiar el horario para comunicarse con el cónyuge, limitar el tiempo de la conversación, estructurar los temas a tratar, apegarse a la realidad del momento, no repetir constantemente en su memoria las falsas creencias, “nunca lo volveré a ver”, “mis hijos no tienen padre”, “es mejor estar lejos de la gente”, y a manejar el punto nuclear, “él tiene otra mujer”. Se le indicaron ejercicios físicos y de relajación antes de dormir.

**Evaluación Psicológica Final:** su actitud negativa y silenciosa cambió totalmente, no sufre miedos infundados, el insomnio mejoró, empezó a relacionarse, el humor depresivo ha desaparecido, los problemas respiratorios se ha resuelto, no así la migraña que persiste en algunos momentos del día y en el análisis de la evaluación de la ansiedad de Max Hamilton, con 1 punto (4%) para ansiedad psíquica y 2 puntos (6%) para ansiedad somática, se pudo observar cambios sustanciales en su sintomatología ansiosa.

## CASO No. 6

**Datos Generales:** paciente de sexo femenino de 31 años de edad, con escolaridad de tercero primaria, actualmente no estudia, reside en la zona 21 de esta ciudad. **Motivo de Consulta:** llanto enfermizo, baja autoestima, mal carácter, reacción violenta, tristeza profunda, estrés, dolor en cervicales.

**Historia de Vida:** pertenece a una familia desintegrada, su padre es constructor, madre dedicada a oficios domésticos, tiene tres hijos, el esposo es operador de maquinaria. Practica la religión evangélica, ama de casa, fue reprimida en su infancia, toda su niñez fue rechazada por el padre. Ha sufrido en su vida conyugal desde el inicio de la vida en común, suele sentirse anulada en presencia de su cónyuge. Refiere la paciente que sus padecimientos llevan años, según recuerda todo se inició con la conducta de su padre hacia ella, la despreciaba abiertamente, no le ponía atención en nada, no contó con su apoyo nunca, a pesar de esa conducta, ella seguía luchando por conquistar un poco de amor y ternura que jamás logró. Desde el inicio de su relación matrimonial sufrió los celos enfermizos del cónyuge que la martirizan, no podía relacionarse con nadie en ausencia de la pareja.

**Evaluación Psicológica Inicial:** durante la entrevista reflejó síntomas de ansiedad, temblor de manos, sudoración excesiva, llanto, paciente de carácter humilde, sensible, muy receptiva al tratamiento, colaboradora, y en el análisis de la evaluación de ansiedad de Max Hamilton, con 22 puntos (92%) en ansiedad psíquica y 20 puntos (63%) en ansiedad somática, su tendencia emocional es de una persona con humor ansioso y depresivo, con miedos infundados, tensa, con molestias musculares, compatible con ansiedad somática crónica.

**Sesiones de Terapia Cognitiva Comportamental:** participó en las 6 sesiones programadas, siendo nuestros objetivos, por tanto, delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos de la paciente. El método que consiste en experiencias de aprendizaje muy específicas, se dirige a enseñar a la paciente a controlar los pensamientos automáticos



negativos, identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. La paciente aprendió los conceptos de la terapia cognitiva, a manejar la estructura de las falsas creencias y los pensamientos automáticos. “mi padre nunca me amó”, se le enseña la ruta que siguen los pensamientos en la formación de esquemas, se entrena para vivir el aquí y el ahora, aprende a vivenciar nuevos intereses, por ejemplo, buscar un trabajo, mejorar su aspecto personal, aprender un oficio y cultivar mi autoestima.

**Evaluación Psicológica Final:** su actitud ansiosa se redujo, también el llanto enfermizo fue superado, su baja autoestima mejoró, las reacciones violentas se encuentran bajo control, y en el análisis de la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton, con 2 puntos (8%) para ansiedad psíquica y 4 puntos (13%) para ansiedad somática, se observaron cambios sustanciales en la sintomatología de la ansiedad somática crónica.

### CASO NO. 7

**Datos Generales:** paciente de sexo femenino de 26 años de edad, con escolaridad secretaria comercial, reside en la colonia Justo Rufino Barrios zona 21 de esta ciudad capital. **Motivo de Consulta:** insomnio, mal carácter, explosiva, libido disminuida, soñolencia insoportable. **Historia de Vida:** pertenece a una familia integrada, su padre albañil, su madre sin profesión, casada, el cónyuge tiene profesión universitaria, madre de 2 hijos, practica la religión católica. Tienen un negocio que manejan juntos con el cónyuge, ella participa activamente en la administración del mismo, esto le provoca mucho estrés y cansancio, a tal extremo que por la noche no quiere saber nada y sólo piensa en dormir. Refiere la paciente que ésta rutina lleva algunos años sin ponerle la atención necesaria, esto complicó sus relaciones sexuales pues empezó a padecer de falta de deseo e indiferencia. Esta actitud negativa enojaba a su marido quien no creía en sus sufrimientos. El cansancio físico, seguido del martirio emocional terminó minando su rendimiento y productividad hasta desembocar en la enfermedad actual.

**Evaluación Psicológica Inicial:** en la entrevista reflejó síntomas de ansiedad, su rostro muestra cansancio, ojos inflamados por la falta de sueño nocturno, y en el análisis de la evaluación de la ansiedad de Max Hamilton con 15 puntos (63%) para ansiedad psíquica y 17 puntos (53%) de ansiedad somática, se puede observar que su situación emocional es de una persona con tendencia al humor depresivo, tensión e inclinación a padecer insomnio, lo que es compatible con ansiedad somática crónica.

**Sesiones de Terapia Cognitiva Comportamental:** participó en las 6 sesiones de terapia individual programadas, siendo nuestros objetivos, por tanto, delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos de la paciente. El método que consiste en experiencias de aprendizaje muy específicas, se dirige a enseñar a la paciente a controlar los pensamientos automáticos negativos, identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, examinar la evidencia a favor y en contra de sus

pensamientos distorsionados, sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. Durante la psicoterapia es participativa, aprende a manejar las falsas creencias, “no soy bonita”, “no soy deseada” “soy muy bajita” “estoy muy gorda”; y los pensamientos automáticos, efectuaba sus tareas asignadas, las cuales estaban orientadas a reestructurar los conceptos negativos. En la siguiente sesión esta tarea se analiza detenidamente, lo que se aprovecha para enseñar el significado real de cada cualidad o defecto. El manejo adecuado de significados enseñó a la paciente a objetivizar el presente y sus falsas creencias. Por ejemplo, se analizó con la paciente el significado de belleza. Según la paciente, la belleza la representa una mujer joven, alta, delgada, con medidas armónicas, de piel blanca, ojos grandes. Se analizó con la paciente, que la belleza es más que una cara bonita y un buen cuerpo, es más, no sólo existe belleza en la mujer, también en el hombre, los objetos, la naturaleza, los animales etcétera. En la belleza, podemos reconocer que son las propiedades de las cosas que hace amarlas, infundiendo en nosotros deleite espiritual. Esta propiedad existe también en las obras literarias y artísticas. Se indica hacer ejercicios físicos y de relajación por la noche antes de dormir.

**Evaluación Psicológica Final:** su actitud depresiva se redujo, el insomnio mejoró, su aspecto personal ha cambiado, su autoestima es diferente, actitud más creativa, receptiva, sociable, más tolerante con sus hijos, la relación íntima mejoró y en el análisis de la escala de ansiedad de Max Hamilton con 3 puntos (13%) para ansiedad psíquica y 4 puntos (13%) para ansiedad somática, se puede observar cambios sustanciales en cuanto a la sintomatología de la ansiedad somática crónica.

## Caso No. 8

**Datos Generales:** paciente de sexo femenino de 33 años de edad, con escolaridad de tercero primaria, residente en Prados de Villa Hermosa, San Miguel Petapa, Villa Nueva. **Motivo de Consulta:** temblor de cuerpo cuando se enoja, calor intenso durante el sueño y temor a la presencia de cualquier hombre. **Historia de vida:** pertenece a una familia desintegrada, casada, madre de un hijo, su padre abandonó a la familia cuando ella era pequeña, la madre no tiene ninguna escolaridad, el esposo es pintor de casas, su vida afectiva es satisfactoria, ama de casa, practica la religión católica, tiene buenas relaciones interpersonales. Refiere la paciente que padece desde hace años artritis reumatoide, fue víctima de mal trato infantil, creció con su padre adoptivo quien la castigaba a diario por cosas insignificantes, no puede olvidar que en uno de tales castigos le quedó la piel verde de tanto latigazo. En su vida conyugal ha sufrido mucho porque su marido actualmente tiene otra pareja con la que procreó un hijo, lo que le hiere inmensamente. Refiere que por el mal trato infantil y la conducta de su pareja, ha desarrollado una aversión hacia los hombres, cuya presencia la hace temblar.

**Evaluación Psicológica Inicial:** en la entrevista reflejó síntomas de ansiedad, temblor de manos, sudoración excesiva, paciente colaboradora, risueña, le gusta bromear, cuenta anécdotas de su vida diaria, refiere el terror que le causa la presencia de cualquier hombre en la calle, tiembla incontrolablemente hasta desmayarse. En el análisis de la evaluación de la ansiedad de Max Hamilton con 12 puntos (50%) para ansiedad psíquica y 15 puntos (47%) para ansiedad somática, se pudo observar que su situación emocional es de una persona con tendencia al llanto, temblor, miedo a la gente desconocida, sensación de ahogo y transpiración excesiva, sintomatología compatible con ansiedad somática crónica.

**Sesiones de Terapia Cognitiva Comportamental:** participó en las 6 sesiones programadas, siendo nuestros objetivos, por tanto, delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos de la paciente. El método que consiste en experiencias de aprendizaje muy específicas, se dirige a enseñar a la paciente a controlar los pensamientos automáticos negativos, por ejemplo “todos los hombres son peligrosos”, “la oscuridad provoca pesadillas” identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas tales como “sí me doy mi lugar todos los hombres me respetan”, “la oscuridad ayuda a conciliar el sueño”, y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. Al inicio del tratamiento la paciente tiene dificultad para entender los conceptos básicos de la terapia, más adelante todo cambia y puede trabajar sobre las falsas creencias “no soy atractiva”, “estoy vieja para el amor” y las creencias nucleares “los hombres son peligroso en la calle”. Se le enseña a la paciente la ruta que sigue el pensamiento para formar esquemas y conductas definidas.

**Evaluación Psicológica Final:** la actitud ansiosa se redujo, más positiva, el temor a los hombres extraños ha disminuido sustancialmente, la sudoración fue eliminada y en el análisis de la evaluación de la ansiedad de Max Hamilton con 1 punto (4%) en ansiedad psíquica y 3 puntos (9%) en ansiedad somática, presento avances positivos en su sintomatología de ansiedad somática crónica.

### CASO No. 9

**Datos Generales:** paciente de sexo femenino de 21 años de edad, estudiante de tercero básico, reside en la Colonia Vásquez, zona 12 de esta ciudad capital. **Motivo de Consulta:** insomnio y cansancio matinal exagerado.

**Historia de Vida:** pertenece a una familia desintegrada, soltera, su padre es distribuidor de productos alimenticios, la madre no tiene profesión, refiere la paciente que en su adolescencia sufrió sobrepeso, vida social aislada, practica la religión católica, siempre ha renegado de su figura corporal, utiliza maquillaje en exceso. Refiere la paciente que siempre ha deseado ser diferente desde el punto de vista corporal. No se gusta así misma, se encuentra muchos defectos físicos, por ejemplo no le gustan sus pantorrillas, cree tener sobre peso. Según ella estos defectos le limitan el éxito de sus relaciones con el sexo opuesto. Esto la mortifica y afecta constantemente, trata de ocultar algunos detalles de su cara, utilizando maquillaje de forma exagerada.

**Evaluación Psicológica Inicial:** en la entrevista reflejó síntomas de ansiedad, aprensiva, irritable, con dificultad para conciliar el sueño, problema para concentrarse y variaciones de humor durante el día. Paciente de carácter tranquilo, condescendiente, entusiasta, y en el análisis de la escala de evaluación de la ansiedad de Max Hamilton con 15 puntos (63%) en ansiedad psíquica y 28 puntos (88%) en ansiedad somática, consecuentemente, su situación emocional es de una persona con ansiedad somática aguda.

**Sesiones de Terapia Cognitiva Comportamental:** participó en las 6 sesiones programadas, siendo nuestros objetivos, por tanto, delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos de la paciente. El método que consiste en experiencias de aprendizaje muy específicas, se dirige a enseñar a la paciente a controlar los pensamientos automáticos negativos, identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le

predisponen a distorsionar sus experiencias. Se trabaja con buen rapport, la paciente es tranquila, pone atención a la exposición de los conceptos de la terapia cognitiva y cumple con sus tareas asignadas para hacer en casa. Dentro de las tareas se hace énfasis en las creencias negativas “solo las mujeres altas son felices”, “a los hombres solo les atrae un cuerpo estilizado”, “solo las mujeres bonitas tienen éxito en el matrimonio”. Se le enseñó como ha adquirido estos conceptos equivocados describiéndole la ruta que sigue el aprendizaje de cualquier conducta. Como estos modelos son temporales y ajenos a todos los valores morales, sociales y religiosos, afectando negativamente el desarrollo óptimo del ser humano. Se analizaron algunos significados de su vocabulario, por ejemplo “felicidad” y “matrimonio”, para la paciente felicidad lo asocia con dinero, objetos de valor, y buenas oportunidades sociales. Se le explicó que la felicidad es un estado de ánimo temporal que se complace en la posesión de un bien o una cualidad que puede ser personal o ajena. El matrimonio para la paciente “es una oportunidad para resolver sus problemas personales y económicos” Se analizó con la paciente la función del matrimonio que es una institución muy importante la cual funciona como una célula viva. Se nutre de la armonía de los cónyuges y produce frutos preciosos que son los hijos. Estos deben beber la educación y el amor de los padres para poder ser personas útiles y productivas en la vida. Se logró descubrir que estos significados, también tienen una gran incidencia en sus falsas creencias y pensamientos automáticos. Se indicó a la paciente, hacer ejercicios físicos y practicar relajación por la noche antes de dormir.

**Evaluación Psicológica Final:** su actitud aprensiva se redujo sustancialmente, mejoró la forma en que ella se percibe, superó los problemas de autoestima generando nuevos senderos para cultivar su personalidad, el cansancio matinal se corrigió, ahora duerme por la noche sin sobresaltos y en el análisis de la escala de evaluación de la ansiedad de Max Hamilton con 2 puntos (8%) de ansiedad psíquica y 4 puntos (13%) en ansiedad somática, se pudo observar que su situación emocional presentó cambios sustanciales en su ansiedad somática aguda.

## CASO No. 10

**Datos Generales:** paciente de sexo femenino de 28 años de edad, con escolaridad de tercero primaria, residente en la colonia Vásquez zona 12 de esta ciudad capital. **Motivo de consulta:** mareos, sudoración diurna excesiva.

**Historia de Vida:** pertenece a una familia integrada, padre albañil, su mamá oficios domésticos, se preocupa excesivamente por cualquier cosa, vida social aislada, no practica ninguna religión, ama de casa, en su infancia fue abusada sexualmente por un primo, abuso que persistió durante muchos años. Refiere la paciente que éste sometimiento sexual la marcó para toda la vida. Se formó la idea errónea del rol que juega la madre en la vida de los hijos, pues aun siendo testigo del abuso sexual, nunca hizo nada por evitarlo. A partir de esa amarga experiencia había perdido el interés a la vida, no le importaba si dormía o no dormía, pasaba muchas noches en vela, durmiendo sólo algunas horas, durante el día era casi un fantasma, rumiando solo ideas negativas.

**Evaluación Psicológica Inicial:** en la entrevista reflejó síntomas de ansiedad, inquietud, mareos, sudoración excesiva. Paciente con buen ánimo, buen carácter, comunicativa, tímida. El análisis de la evaluación de la ansiedad de Max Hamilton con 19 puntos (79%) para ansiedad psíquica y 23 puntos (72%) en ansiedad somática, fue consecuente con ansiedad somática crónica.

**Sesiones de Terapia Cognitiva Comportamental:** participó en las 6 sesiones programadas, siendo nuestros objetivos, por tanto, delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos de la paciente. El método que consiste en experiencias de aprendizaje muy específicas, se dirige a enseñar a la paciente a controlar los pensamientos automáticos negativos, identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. Durante el tratamiento la paciente se desenvuelve adecuadamente, pone atención a la terapia y los factores de control comportamental. Aprende a conocer la ruta que siguen el pensamiento hasta formar respuestas automáticas y a manejar adecuadamente las falsas creencias, por ejemplo, "la mujer que no es virgen no tiene ningún valor social",



“a la madre no le interesa la felicidad de sus hijas”, “la relación sexual sólo es por placer físico”. El tema sexual se utilizó como punto nuclear, se trabajó en construir un nuevo concepto sobre relaciones sexuales óptimas y no basadas en el placer. Se le enseñó que la sexualidad es un intercambio físico y espiritual. También se incluyó el tema de la comunicación entre los cónyuges. Se trabajó sobre el significado del amor materno. En sus tareas entre sesiones, se hizo énfasis en reestructurar todas las falsas creencias, crear nuevos intereses, y modificar el concepto hacia el rol de la madre, para ubicar a la paciente en el aquí y el ahora. Vivir una vida nueva con proyectos reales. Aprendió a poner en práctica pensamientos positivos tales como, “hay que luchar para alcanzar el éxito”, “hay que esforzarse para cambiar el estilo de vida”, “no ver hacia atrás” “se debe creer en uno mismo” “la mujer es una cápsula compuesta por mente y cuerpo que se puede modificar y perfeccionar”

**Evaluación Psicológica Final:** su actitud ansiosa se ha reducido sustancialmente, se fija nuevos intereses entre los que destaca formar un hogar, su actitud se basa ahora sobre experiencias reales, por ejemplo, tiene un novio a quien ama y no proyecta en él rencor alguno, desea un hijo, a quien piensa dedicarle todo su amor, los mareos han desaparecido, la sudoración diurna ya no es frecuente y en el análisis de la escala de evaluación de la ansiedad de Max Hamilton, con 5 puntos (21%) para ansiedad psíquica y 9 puntos (28%) de ansiedad somática, se observó que su situación emocional presenta cambios sustanciales en cuanto a la sintomatología de la ansiedad somática crónica.

**CUADRO No. 1****Ocupación de la Población atendida**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Estudiante	1	10%
Maestra	1	10%
Secretaria	1	10%
Comerciante	1	10%
Ama de casa	6	60%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** ficha de recolección de datos

Este cuadro permite clasificar a los pacientes atendidos según la ocupación en el momento del estudio, de los cuales se puede observar que la mayoría eran amas de casa.

**CUADRO No. 2****Edades de la Población Atendida**

<b>RANGO DE EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
De 20 a 30 años	7	70%
De 31 a 35 años	3	30%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** ficha de recolección de datos

En este cuadro se describe el total de pacientes atendidas según el rango de edad, el cual estaba entre los 20 y 35 años, de sexo femenino, lo cual evidenció que la muestra comprendía del 70% de 20 a 30 años y el otro 30% de 31 a 35 años.

**CUADRO No. 3****Lugar de Residencia de la Población Atendida**

<b>RESIDENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Villa Hermosa	1	10%
Zona 12	4	40%
Zona 21	5	50%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** ficha de recolección de datos

El cuadro anterior describe el total de pacientes atendidas según el lugar de residencia. Se puede observar que la mayoría de pacientes vive en las áreas vecinas del Centro de Salud Justo Rufino Barrios, ubicado en la zona 21, de la ciudad capital.

**CUADRO No. 4****Religión de la Población Atendida.**

<b>RELIGIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Católica	6	60%
Evangélica	3	30%
Ninguna	1	10%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** ficha de recolección de datos

En este cuadro se describe el total de pacientes atendidos por credo religioso, así también sus porcentajes. Las creencias religiosas, no afectaron los resultados de la investigación.

## CUADRO No. 5

### Procedencia de la Población Atendida

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAGE
Ciudad capital	8	80%
Quiche	1	10%
El Salvador	1	10%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:**

ficha de recolección de datos

El cuadro anterior describe el total de pacientes atendidos según el lugar de procedencia de cada paciente. Se puede observar que una de las pacientes procedía de otro país

## CUADRO No. 6

### Clase de Ansiedad de la Población Atendida

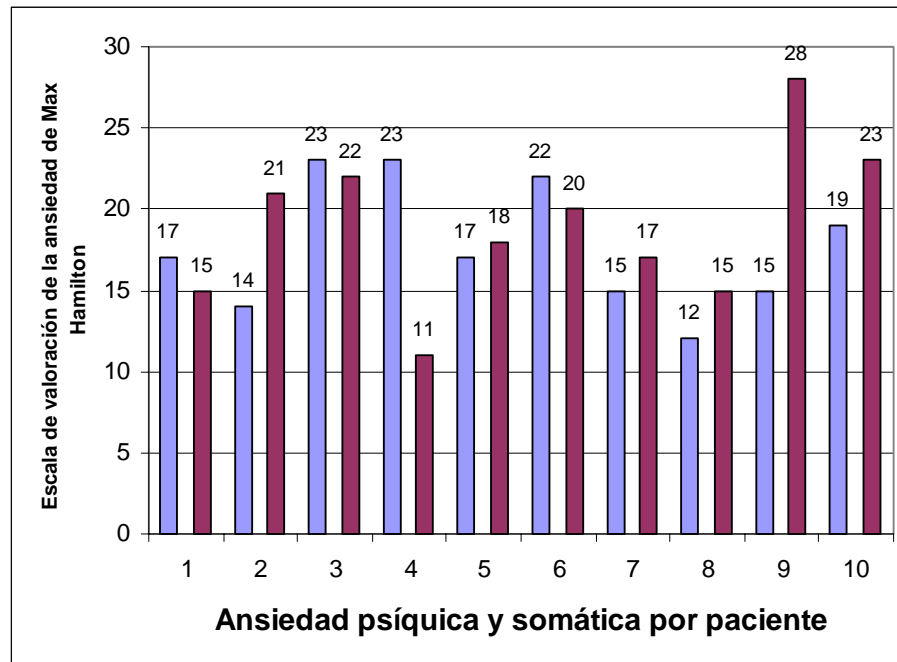
CLASE DE ANSIEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ansiedad somática crónica	5	50%
Ansiedad somática aguda	1	10%
Ansiedad psíquica crónica	4	40%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** ficha de recolección de datos

En este cuadro se describe el total de pacientes atendidos por clase de ansiedad, según la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton. En el cuadro se puede observar la tendencia crónica de los trastornos de ansiedad, los cuales según la psicología cognitiva se localizan desde la niñez.

## GRAFICA No. 1

### Trastornos de Ansiedad en la Población Atendida (Pre-Test)

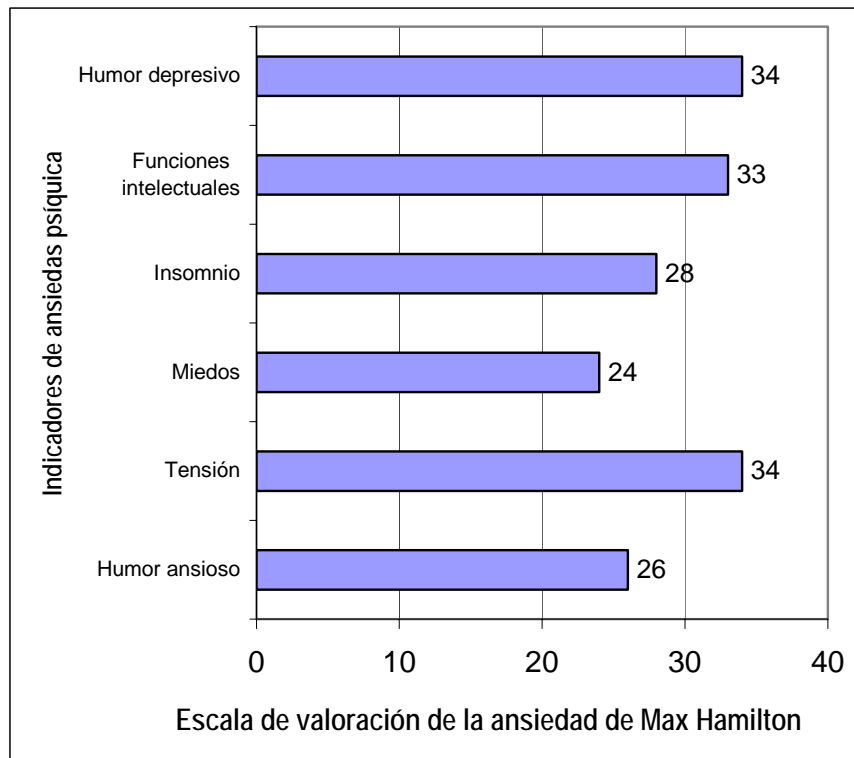


Fuente: Estudio realizado por el investigador con 10 mujeres de 20 a 35 años de edad, pacientes del Centro de Salud Justo Rufino Barrios, zona 21 de esta ciudad capital, en el año 2005.

La gráfica muestra los resultados del Pre-Test de la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton. Aquí se puede observar las tendencias de la ansiedad psíquica y somática. Los valores de la izquierda de 0 a 30, representan el máximo puntaje que podía obtener una paciente en la prueba. A mayor puntaje, mayor el padecimiento de ansiedad. La barra de la izquierda representa la ansiedad psíquica y la derecha la ansiedad somática. Según la gráfica, en la investigación predominaron los trastornos de ansiedad somática.

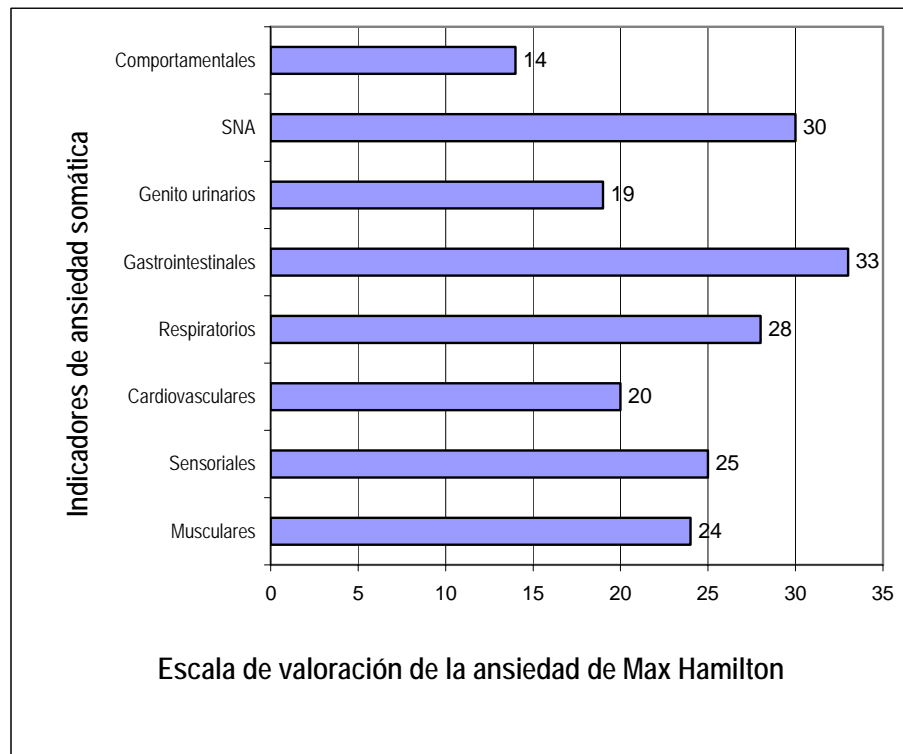
Gráfica No. 2

### Trastornos de Ansiedad Psíquica en la Población Atendida (Pre-Test)



**Fuente:** Estudio realizado por el investigador con mujeres de 20 a 35 de edad, pacientes del Centro del Salud Justo Rufino Barrios, zona 21 de esta ciudad capital, en el año 2005.

La gráfica muestra los resultados del Pre-test de la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton aplicado al inicio del trabajo de campo. Se observa la tendencia de los indicadores de ansiedad psíquica: *humor depresivo*, *factores de tensión*, y *funciones intelectuales alteradas*, como valores dominantes en los resultados. Las barras indican el total obtenido por todas las pacientes en cada indicador de ansiedad psíquica.

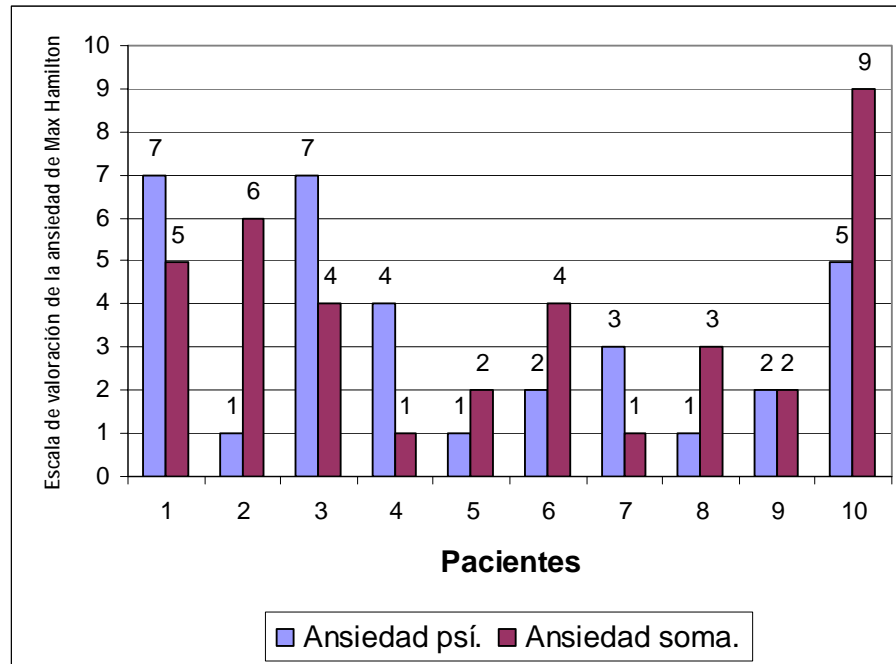
**Gráfica No. 3****Trastornos de Ansiedad Somática en la Población Atendida  
(Pre-Test)**

**Fuente:** Estudio realizado por el investigador con 10 mujeres de 20 a 35 años de edad, pacientes del Centro de Salud Justo Rufino Barrios, zona 21 de esta ciudad capital, en el año 2005.

La gráfica muestra los resultados del Pre-test de la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton, aplicado al inicio del trabajo de campo. Se observa la tendencia hacia los síntomas de trastornos gastrointestinales, sistema nervioso autónomo-SNA, y respiratorios. Las barras indican el total obtenido por las pacientes en cada indicador de ansiedad somática.

## Grafica No. 4

### Trastornos de Ansiedad en la Población Atendida (Re-Test)



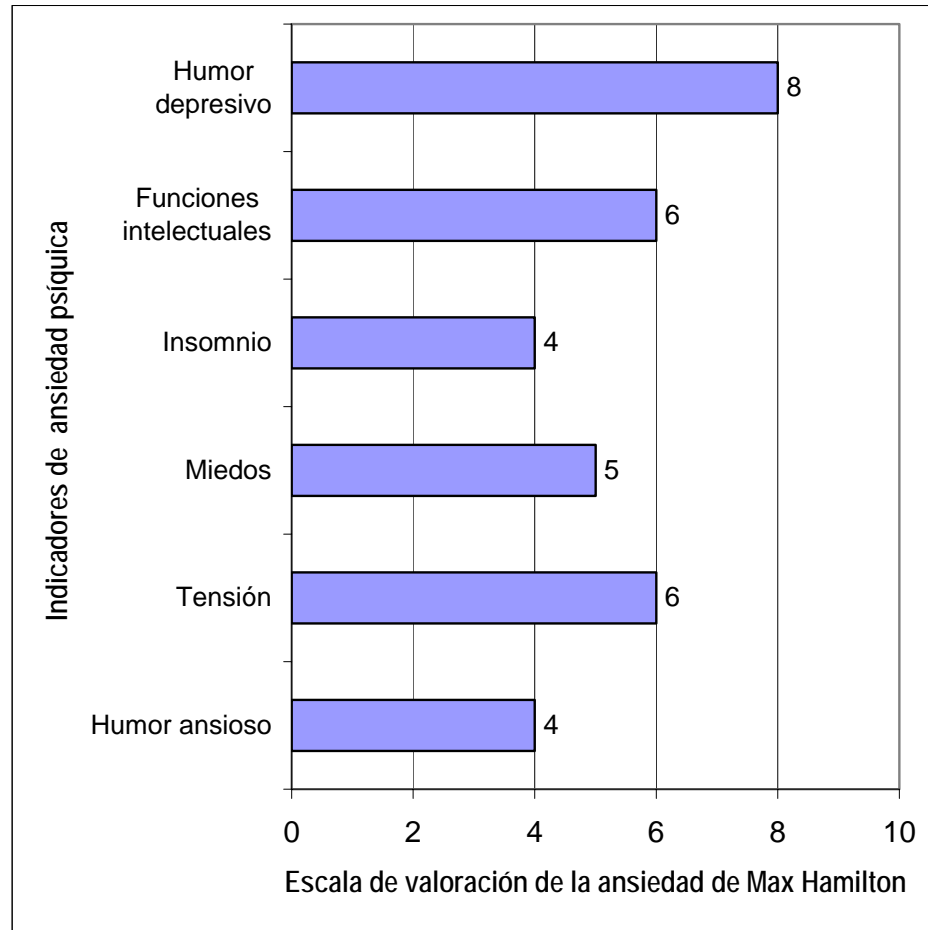
Fuente: Estudio realizado por el investigador con pacientes mujeres de 20 a 35 años de edad del Centro de Salud Justo Rufino barrios, Zona 21. Año 2005

La gráfica muestra los resultados del Re-test de la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton aplicado al final del trabajo de campo. La tendencia se mantuvo en los resultados finales, que a pesar de los avances de las pacientes en su sintomatología, la relación ansiedad psíquica versus somática permanecen. Se puede inferir, que esta tendencia obedece al daño fisiológico desencadenado por los trastornos de ansiedad al volverse crónicos.



Gráfica No. 5

### Trastornos de Ansiedad Psíquica en la Población Atendida (Re-Test)

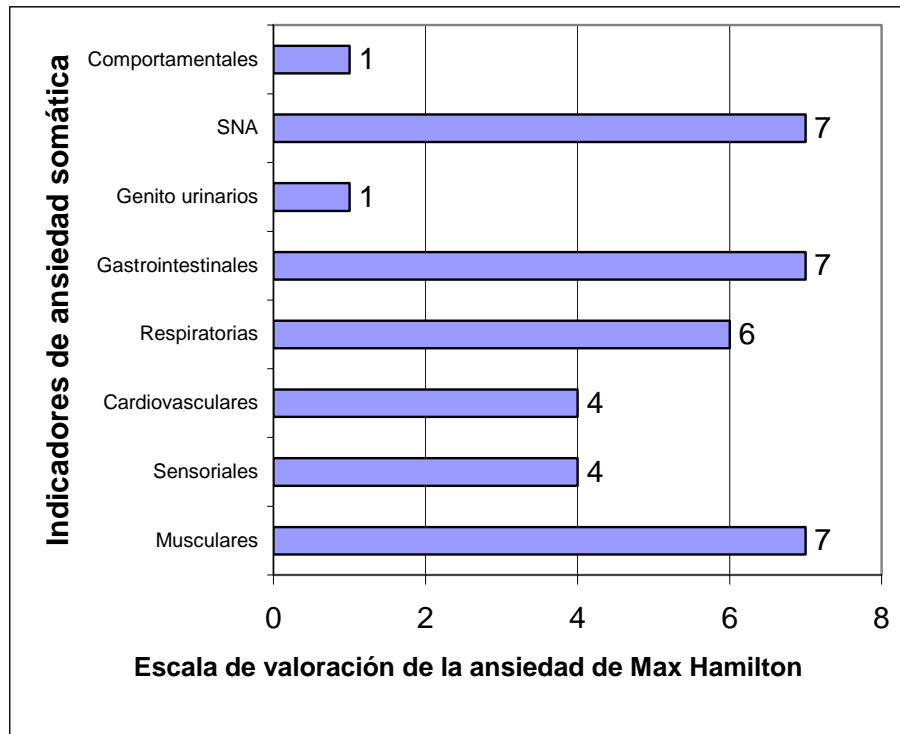


**Fuente:** Estudio realizado por el investigador con 10 mujeres de 20 a 35 años de edad, pacientes del Centro de Salud Justo Rufino Barrios, zona 21, de esta ciudad capital, en el año 2005.

La gráfica muestra los resultados del Re-Test de la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton, aplicado al final del trabajo de campo. Se observa la tendencia hacia *el humor depresivo, las funciones intelectuales alteradas y los factores de tensión*, con cambios sustanciales al final del tratamiento con psicoterapia cognitiva comportamental. Las barras indican el total obtenido por las pacientes en cada indicador de ansiedad psíquica.

### Grafica No. 6

#### Trastornos de Ansiedad Somática en la Población Atendida (Re-Test)



**Fuente:** Estudio realizado por el investigador con 10 mujeres de 20 a 35 años de edad, pacientes del Centro de Salud Justo Rufino Barrios, zona 21, de esta ciudad capital, en el año 2005.

La gráfica muestra los resultados del Re-Test de la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton, aplicado al final del trabajo de campo. Se observa la tendencia hacia los síntomas de trastornos del sistema nervioso autónomo-SNA, *gastrointestinales* y *musculares*, con cambios sustanciales al final del tratamiento con psicoterapia cognitiva comportamental. La incidencia de estos trastornos se relaciona con la cronicidad del padecimiento. Las barras indican el total obtenido por las pacientes en cada indicador de ansiedad somática.

## ANÁLISIS GLOBAL

Para la presente investigación hemos utilizado de las teorías cognitivas, algunas de sus aproximaciones teóricas más interesantes desde un punto de vista terapéutico, aplicándolas a los procesos mentales que se producen en los diversos tipos de sintomatología ansiosa, que tiene su origen en el curso del aprendizaje social humano.

En esta línea de actuación ha sido de fundamental importancia para nuestra actividad terapéutica, los estudios de Beck relativos a la ansiedad, entrenamiento de habilidades sociales, autocontrol, resolución de conflictos, y el aprendizaje.

La terapia cognitiva comportamental se fundamenta en la afirmación que “todas las conductas desadaptadas se desencadenan por pensamientos erróneos, y estos pensamientos son retroalimentados negativamente por las creencias del paciente. Sí las creencias no se transforman, no se logra ninguna mejoría en el paciente. Si las creencias cambian, cambian los síntomas de la enfermedad”.

Al respecto Albert Ellis, afirma que: “las personas no les afectan los eventos, lo que les afecta es la percepción de los mismos, además no importa cuando usted ha adquirido una creencia, pero usted cree en ella, y sobre éstas pautas anteriores se vive y trabaja el resto de la vida”.

La idea central es que la mayoría de las emociones negativas, y por lo tanto, del padecimiento psicológico, se siguen de trastornos cognitivos y conductuales en una interacción recíproca que incluye factores cerebrales, fisiológicos, comportamentales, cognitivos, de contexto, de enfermedades físicas, factores constitucionales innatos, sociales y de aprendizaje, es decir, condicionamiento, reforzamiento, aprendizaje social, síntoma aprendido. Esta pequeña pero interesante reseña nos introduce en el campo de la presente investigación que se

llevó a cabo en el Centro de Salud Justo Rufino Barrios, de la zona 21 de esta capital. En el estudio se trabajó con 10 mujeres que asistían a consultar los diferentes servicios que presta esta institución y estaban comprendidas entre 20 a 35 años de edad, pertenecían a estratos sociales y económicos diferentes. Se llevó a cabo la investigación con una programación de seis sesiones para cada paciente, en un periodo de hora y media, una vez por semana, durante seis semanas. Las sesiones se secuencializaron de la siguiente forma:

### **Sesiones 1 y 2: reestructuración cognitiva**

En la primera sesión se realizó la presentación a las participantes, se les informó sobre la dinámica y la forma de trabajo que se llevaría a cabo y qué objetivos se pretendían conseguir. A continuación se procedió a explicarles, adecuándose al nivel socio cultural de cada paciente, el modelo de la terapia cognitiva para tratar los síntomas de ansiedad y sus fundamentos de reestructuración cognitiva. Se les enseñó a identificar los pensamientos y a clasificarlos como racionales e irracionales, positivos y negativos, así como las consecuencias de los mismos. Posteriormente, se realizan prácticas sobre lo anterior, con sucesos cotidianos de las pacientes, lo que facilita el aprendizaje y favorece la generalización. Se compromete a las pacientes para llevar a cabo la ejecución de las tareas en casa, en especial el cumplimiento de auto registros. Estas tareas se utilizan como enlace terapéutico entre una sesión y el inicio de la otra. A la vez, la tarea en casa permite a la paciente, continuar con la terapia fuera de la clínica.

### **Sesiones 3 y 4: entrenamiento en solución de conflictos**

En estas sesiones se procede a la descripción y explicación de la técnica de resolución de problemas y a la realización de prácticas de la misma en problemas concretos de cada paciente. Se enseña a la paciente que actué como observadora

de los conflictos cotidianos, a llevar un registro de los factores desencadenantes, y analizar las conductas que participaron en dichos conflictos. Nuevamente, en la sesión del día se discuten éstos auto registros, se analizan, se enseña a la paciente a visualizar los mismos conflictos pero con un criterio imparcial y positivo, con una vivencia de las nuevas ideas y de las creencias creativas

...si en alguna situación pasa algo que no es de mi agrado, debo pensar que con enojarme pierdo tiempo y energía, para pensar en alternativas para solución de problemas necesito esa energía. Además analizar las situaciones puede ser una buena actitud para evitar enojos. No todo debe ser o acontecer como yo quiera.

Sesión 4

### **Sesiones 5 y 6: reafirmación de esquemas positivos**

Se comienza con una explicación teórica de la ruta que sigue la formación de esquemas de conducta en el pensamiento positivo. Aprenden a dominar el conocimiento de la secuencia: idea, esquema, concepto, pensamiento y conducta. Se analizan y describen los distintos tipos de respuestas y se procede a la puesta en práctica de los aprendizajes, mediante ejemplos que se han recogido a los largo de las sesiones y que han ido planteando las pacientes.

....el perdón debe hacerse de corazón sin reprochar el pasado, otorgar perdón es liberar el alma. Se puede perdonar una y otra vez, sí es necesario y no guardar rencor.

Sesión 5

....si en algunas ocasiones soy explosiva es porque permito que las molestias sobre algún asunto se acumulen. Sí no acumulo entonces no habrá tanta inclinación para explotar. Cada problema debo solucionarlo en su debido tiempo.

## Sesión 6

Cada parte teórica irá seguida por una sesión práctica, en la que las pacientes harán ejercicios para evaluar su aprendizaje, consistente en la exposición de los temas que deseen tratar desde el punto de vista cognitivo, se realizan ejercicios de reafirmación con el fin de hacer automáticas las respuestas positivas, finalmente se destinan unos minutos para enseñar a las pacientes pasos básicos de relajación.

En la psicoterapia cognitiva de los trastornos de ansiedad, se tomó en cuenta la formación física y emocional del individuo, que se inicia en el vientre materno. Cada etapa de desarrollo del niño incide en la siguiente, hasta alcanzar un buen equilibrio en la relación del entorno interno con el medio exterior. Este equilibrio está influenciado por las relaciones objetales del niño, que generalmente, cuando no se realizan con éxito, desencadenan ansiedad. Consecuentemente, cuando se abordan los síntomas de ansiedad crónica se debe tomar en cuenta que sus orígenes se encuentran en las etapas tempranas de la niñez.

En estas etapas el niño necesita de una aceptación por parte de los adultos, padres y familiares, apoyo en sus proyectos, ternura, calor humano. Cuando el niño fracasa en el intento de lograr esta comunicación y no encuentra apoyo, desencadena ansiedad, frustración y rencor.

En esta investigación, la mayoría de las pacientes que participaron en el estudio padecían ansiedad crónica, y se habían habituado a vivir en este estado de miedo y zozobra, sin considerar que sus creencias y estilo de vida podían modificarse. La terapia cognitiva comportamental, se inició explicando a la paciente la dinámica y la forma de trabajo que se llevaría cabo, y que objetivos se pretendían conseguir. Dentro de la dinámica se incluyó la participación activa de la paciente,

las tareas entre sesiones que se tienen que resolver al inicio de la siguiente sesión. Entre los objetivos tenemos: entender, dominar y poner en práctica los pensamientos positivos, modificar las falsas creencias y confrontar lo aprendido con hechos de la vida real. Por ejemplo, una paciente sufría de baja autoestima. Se trabajó la imagen corporal, se expuso la ruta que sigue el aprendizaje de las creencias, conceptos, y esquemas, base de las falsas creencias que la paciente tenía sobre la figura humana. Se analiza con la paciente el origen cognitivo de los conceptos, se discute con sinceridad y sencillez los puntos erróneos, poniendo énfasis en utilizar pensamientos más cercanos a la realidad. Después de varios ensayos con conceptos nuevos, la paciente asimiló la diferencia entre una falsa creencia y otra apegada a la realidad. Luego de asimiladas las nuevas creencias, la paciente empieza a formar nuevos conceptos de sí misma y de las demás personas que erróneamente le habían servido de modelo. Ha modificado sus esquemas cognitivos conductuales, ha modificado sus falsas creencias nucleares y esto genera una modificación sustancial de su sintomatología ansiosa.

En relación a las modificaciones cognitivas conductuales de las pacientes del estudio y según el análisis de los casos, podemos inferir que los cambios positivos de conducta, se relacionan directamente con su desarrollo socio cultural. Cada paciente tiene ideas, creencias y conceptos muy particulares, dependiendo del grupo social, cultural y geográfico en donde le ha tocado desenvolverse.

La utilización de la terapia cognitiva comportamental en el grupo de investigación fue productiva, lográndose cambios sustanciales en la sintomatología de la ansiedad inicial, según lo indican los resultados obtenidos en el pre-test y el re-test de la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton, y que además han sido reconocidos por las pacientes. En el estudio de campo se pudo observar que la mayoría de síntomas de ansiedad eran crónicos, sin embargo su padecimiento es actual. Estos síntomas de ansiedad según la terapia cognitiva comportamental, establecieron en la paciente una forma de vida, que utilizaba como

una cualidad, que según ella, la distinguía de las demás. Es precisamente, éste estilo de vida, lo que provoca que la paciente en algunos casos sea renuente al cambio por el temor a ser diferente.

Al final de la presente investigación, se evaluó la eficacia de la psicoterapia cognitiva comportamental en el tratamiento de los síntomas de ansiedad. Las variables objeto de estudio fueron la ansiedad y la terapia cognitiva comportamental, que se manejaron en base a la observación, la entrevista, historia clínica comportamental y la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton. Esta psicoterapia tiene muchas ventajas sobre otros modelos, algunas de ellas son: efectividad a corto plazo, confianza de la paciente al participar activamente en la terapia, el resultado puede ser permanente y el aprendizaje de la ruta que siguen en su formación los procesos cognitivos, capacita al paciente para resolver futuros problemas, sin tener que acudir de nuevo al terapeuta.



## CAPITULO IV

### Conclusiones

1. Los resultados obtenidos indican que, tras el tratamiento en terapia cognitiva comportamental, casi la totalidad de las pacientes han experimentado una clara mejoría, tanto en lo referente a la intensidad de la ansiedad, como en las manifestaciones de los síntomas típicos del padecimiento, en su vertiente somática como psicológica. Todas las pacientes del estudio, puntuaron más bajo en el re-test de evaluación de la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton.
2. Todas las pacientes manifestaron en la última sesión tal y como muestran los resultados obtenidos, que se encontraban mucho mejor, con mayor percepción de control de la situación y más facilidad para afrontarlas, sobre todo, al poder racionalizar lo que ocurría en sus vidas.
3. A pesar de que los resultados obtenidos avalan claramente nuestra hipótesis inicial, nos ha sorprendido la rapidez con que las pacientes han experimentado tal mejoría, cuando teóricamente, la terapia cognitiva comportamental ofrece mejores resultados a mediano o largo plazo, tras llevar a la práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de las sesiones y que realmente se modifiquen las expectativas y los esquemas que las pacientes tienen de la realidad. Este resultado en corto plazo puede obedecer al interés, empatía y dedicación de las pacientes que participaron en el estudio.
4. La eficacia de las técnicas cognitivas y conductuales depende, en gran medida, de la relación entre el terapeuta y el paciente, dicha relación requiere que el terapeuta se muestre cálido, empático y sincero. Es esencial que los pacientes adquieran una comprensión conceptual de los componentes más importantes de dicho modelo, como entender las asociaciones y las relaciones causales entre la cognición, el afecto, y la conducta. Los pacientes necesitan aprender acerca del fenómeno de los pensamientos automáticos y de los elementos más importantes para comprobar dichas hipótesis. Al preguntar a los

pacientes por sus puntos de vista se está ayudando a crear una relación de colaboración, a formar un equipo de trabajo con el terapeuta. En algunos casos, los pacientes son muy conscientes de las características de sus problemas; se sienten como bloqueados y no saben qué pasos deben tomar para conseguir soluciones óptimas. Cuando se está recogiendo los puntos de vista de los pacientes, los terapeutas pueden empezar a educarlos en el modelo de terapia cognitiva, centrándose en las creencias que son inherentes a las interpretaciones que ellos hacen respecto a sus problemas.

5. En gran medida, el éxito en la terapia cognitiva, se ve facilitado por la realización de actividades entre sesiones externas a la terapia. La asignación de actividades entre sesiones comprende la práctica de técnicas cognitivas y conductuales entre las sesiones, donde el cambio es lo más importante. Para estar del todo seguros, de éstas actividades, las asignaciones de las mismas se deberían realizar conjuntamente, siempre que sea posible, entre el terapeuta y el paciente.

6. Por último, podemos reafirmar, sobre todo tras la evidencia de los resultados, las ventajas que tiene la psicoterapia cognitiva comportamental, sobre otros modelos que necesitan más tiempo y mayor inversión. Con este modelo de terapia, el paciente es parte activa del proceso terapéutico. Su participación se inicia aportando todos los detalles de su forma de vida actual, sufrimientos, triunfos, creencias, logros, etcétera, todo lo relacionado con la persona en el aquí y el ahora. En terapia cognitiva, interesa cómo el individuo construyó su realidad actual y el proceso por medio del cual construye significados de su experiencia. El lenguaje con que se expresa es de suma importancia, porque es en el lenguaje donde se construye el significado. Se reconoce, así, de un modo progresivo, que el lenguaje y el discurso constituyen medios y fines del proceso de significación y conocimiento humano por sí solo y no únicamente como reveladores de una realidad esencial que preexiste.

7. Los significados sólo tienen sentido cuando se localizan en el espacio y en el tiempo y, por tanto, en el contexto interpersonal y cultural que los enmarca. Al analizar la narrativa del paciente, se toma en cuenta que, son formas de significado que operan en un contexto determinado situándose en el espacio de la interindividualidad. Son ellas las que dan sentido a la existencia volviendo a la experiencia común.

8. Cuando se habla del individuo, la terapia cognitiva se refiere a un ser total, una sumatoria de vertiente psicológica y somática. Abarca el contexto del hombre desde su gestación hasta su momento actual sin olvidar la importancia de la cultura. Para la terapia cognitiva, la forma en que cada persona ha construido su realidad y las experiencias que le han servido de estructura, son el material con que debe trabajarse. Así, al analizar una conducta en particular, se busca como se formó, la ruta que siguió, hasta tener la forma del esquema actual.

9. El contexto social en donde se efectuó la investigación corresponde al Centro de Salud Justo Rufino Barrios, ubicado en la zona 21, de esta ciudad capital. Las pacientes que participaron en dicho estudio, estaban comprendidas entre 20 y 35 años de edad, de clase media a media baja, personas que para el cuidado de su salud, dependen de los servicios de ésta institución.

## Recomendaciones

1. A la Escuela de Ciencias Psicológicas, preparar al estudiante en el campo de la terapia cognitiva, con el objeto que tenga una valiosa herramienta de trabajo, aplicable a los trastornos de ansiedad, pánico, agorafobia, fobia social, inhibiciones, depresión, disfunciones sexuales, estrés, ira, y conflictos de pareja.
2. Al centro de investigaciones en psicología CIEPS., "Mayra Gutiérrez", para que motive a los estudiantes a continuar con la investigación sobre terapia cognitiva conductual, aplicada a la depresión, con el objeto de complementar la presente investigación.
3. A los estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas, investigar otras áreas de la psicoterapia cognitiva, tales como, la psicoterapia cognitiva narrativa, y ponerla al servicio de la comunidad con el objeto de poder brindar alivio a sus padecimientos, en corto tiempo y de manera efectiva.
4. Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, implementar en hospitales y centros de salud, programas de psicoterapia breve, en especial, psicoterapia cognitiva comportamental, ya que con éste modelo, se obtienen resultados satisfactorios a corto plazo, aplicable a los pacientes con problemas emocionales o que no evolucionan en sus padecimientos somáticos.
5. Al Instituto de Cancerología Dr. Bernardo del Valle S., implementar de forma permanente programas de psicoterapia breve, en especial, psicoterapia cognitiva comportamental, con el objeto de ayudar a los pacientes, tanto de primer ingreso, como los que se encuentran ya en tratamiento. Estos programas darían soporte psicológico efectivo a corto plazo, a los pacientes sometidos a quimioterapia y/o radioterapia, tomando en cuenta, que los efectos secundarios de estos tratamientos son desastrosos y devastadores para todo el organismo, lo cual desmoraliza y deprime al paciente.

## Bibliografía

- Carol, Isabel. Psicoterapias cognitivas, Ediciones Paidós Ibérica S.A., Barcelona, España 2003. Pp. 24, 31, 233
- Goncalves, Óscar F. Psicoterapia cognitiva narrativa, Editorial Desclée de Brouwer S.A., Bilbao, España 2002. Pp. 11
- Best B., John. Psicología Cognitiva, Editores Paraninfo, Madrid España 2001 Pp. 468
- Kandel, Erick R. Schwartz. James, H. Jessell. Thomas M. Neurociencia y conducta. Prentice Hall Internacional (UK) Ltd. Madrid, España 1997.
- Guillaume, Paul. Psicología de la Forma, Editorial Psique, Buenos Aires, Argentina 1971. Pp. 46-51
- Morales Calatayud, Francisco. Introducción a la Psicología de la Salud, Editorial Paidós SAICF, Buenos Aires, Argentina 1999. Pp. 36, 90
- Linford, Rees W.L. Texto básico de Psiquiatría. Editorial El ateneo, Buenos aires, Argentina 1980. Pp. 12, 16-66
- Millon, Theodore. Psicopatología y Personalidad. Nueva Editorial Interamericana, S.A. México D.F., México 1974.Pp. 75-81
- Piaget, Jean., Inhelder, Barbel. Memoria e Inteligencia. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina 1978. Pp. 7
- Frolov, Y. P. La Actividad Cerebral. Editorial Psique, Buenos aires, argentina 1977 Pp. 9-25, 110-121
- Skinner, Burrhus Frederick. Sobre el Conductismo. Editorial Fontanella, Barcelona, España 1975. Pp. 110
- Honing, Werner K. Conducta Operante. Editorial Trillas, S.A., México D.F., México 1976. Pp. 56, 508-512
- Van, Sommers P. Biología de la Conducta. Editorial Limusa, S.A., México, D.F.1978. Pp. 11, 16, 112-119
- Pancheri, Paolo. Manual de Psiquiatría Clínica. Editorial Trillas, México, 1982 Pp. 92
- Vásquez, Isaac Amigo. Manual de Psicología de la Salud. Ediciones Pirámide, España 2203. Pp. 107, 32-35

- Beck, Aaron T. Wrigly, Fred D., Newman, Corey F., Liese. Bruce S. Terapia cognitiva de las drogodependencias. Ediciones Paidós, Barcelona España, 1999. Pp. 87-189, 231-235,253-255, 321
- Coderch, Joan. Teoría y Técnica de La Psicoterapia Psicoanalítica, Editorial Herder, Barcelona, España. 1990. Pp. 41-52
- Goldman, Howard H. Psiquiatría General. El Manual Moderno, España. 1995. Pp. 335-377
- Skinner, Burrhus Frederick. Sobre el Conductismo. España, Fontanella, 1975. Pp. 110

## ANEXOS

## ESCALA DE VALORACION DE LA ANSIEDAD DE MAX HAMILTON

<b>DATOS DEL PACIENTE</b>			
Apellidos _____	Nombre _____	Sexo _____	
Edad _____	Fecha de Consulta _____	Hora _____	
Puntuación total _____	Ansiedad Psíquica _____	Ansiedad Somática _____	

**INSTRUCCIONES** Seleccione para cada ítem la nota que corresponda, según su experiencia, a la intensidad comportamiento. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra (de 0 a 4) que define la intensidad. Todos los ítems deben ser anotados.

0 AUSENTE	3 INTENSIDAD FUERTE
1 INTENSIDAD LEVE	4 INTENSIDAD MAXIMA (INVALIDANTE)
2 INTENSIDAD MEDIA	

<b>1 HUMOR ANSIOSO</b> Inquietud. Espera de lo peor. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.	0 2 3	1 4
<b>2 TENSION</b> Sensación de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor. Sensación de no poder quedarse en un lugar.	0 2 3	1 4
<b>3 MIEDOS</b> A la oscuridad. A la gente desconocida. A quedarse solo. De los animales grandes, etc. Al tránsito callejero. A la multitud.	0 2 3	1 4
<b>4 INSOMNIO</b> Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no Satisfactorio con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	0 2 3	1 4
<b>5 FUNCIONES INTELECTUALES (Gnósicas)</b> Dificultad de concentración. Mala memoria.	0 2 3	1 4
<b>6 HUMOR DEPRESIVO</b> Falta de interés. No disfrutar ya con sus pasatiempos. Depresión. Insomnio de la madrugada. Variaciones de humor durante el día.	0 2 3	1 4



<b>7 SINTOMAS SOMATICOS GENERALES (Musculares)</b> Dolores y cansancio muscular. Rigidez muscular. Sobresaltos musculares. Sacudidas clónicas. Girrido de los dientes Voz poco firme o insegura.	0 2 3	1 1 4
<b>8 SINTOMAS SOMATICOS GENERALES (Sensoriales)</b> Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Sofocaciones o escalofríos. Sensación de debilidad. Sensación de hormigueo.	0 2 3	1 1 4
<b>9 SINTOMAS CARDIOVASCULARES</b> Taquicardia. Palpitaciones. Dolores en el pecho. Latidos vasculares. Extrasístoles.	0 2 3	1 1 4
<b>10 SINTOMAS RESPIRATORIOS</b> Peso en el pecho o sensación de opresión torácica. Sensación de ahogo, Suspiros. Falta de aire.	0 2 3	1 1 4
<b>11 SINTOMAS GASTROINTESTINALES</b> Dificultad para tragar. Meteorismo. Dispepsia. Dolor antes o después de comer. Sensación de ardor. Distensión abdominal. Pirosis, Náuseas, vómitos, Sensación de estómago vacío. Cólicos abdominales. Borborignos. Diarrea Constipación.	0 2 3	1 1 4
<b>12 SINTOMAS GENITO URINARIOS</b> Amenorrea. Metrorragia, Aparición de la frigidez. Micciones frecuentes. Urgencia de la micción. Eyaculación precoz. Ausencia de erección, impotencia.	0 2 3	1 1 4
<b>13 SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO</b> Sequedad de la boca. Accesos de rubor. Palidez. Transpiración excesiva. Vértigos. Cefalea de tensión. Horripilación.	0 2 3	1 1 4
<b>14 COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA</b> (GENERAL) Tenso, incómodo. Agitación nerviosa de las manos, frota sus dedos. aprieta los puños. Inestabilidad postura cambiante. Temblor de la manos. Ceño arrugado. Facies tensa. Aumento del tono muscular Respiración jadeante. Palidez facial. (FISIOLOGICO) Fraga saliva. Eructos. Taquicardia de reposo Frecuencia respiratoria de más de 20/m. Reflejos tendinosos vivos. Temblor. Dilatación pupilar. Exoftalmia. Sudor Mioclonías palpebrales.	0 2 3	1 1 4

**OBSERVACIONES:**

Maribell..

## HISTORIA CLINICA COMPORTAMENTAL

### 1. DATOS GENERALES

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Sexo, estado civil y profesión \_\_\_\_\_  
Nombre del padre, edad, profesión \_\_\_\_\_  
Nombre de la madre, edad, profesión \_\_\_\_\_  
Nombre del cónyuge, edad, profesión \_\_\_\_\_

### 2. HISTORIA MEDICA

Enfermedades de nacimiento \_\_\_\_\_  
Enfermedades de la niñez \_\_\_\_\_  
Enfermedades actuales \_\_\_\_\_  
Qué tipo de drogas está tomando \_\_\_\_\_

### 3. DESARROLLO

Problemas de desarrollo en la infancia \_\_\_\_\_  
Problemas de desarrollo en la edad escolar \_\_\_\_\_  
Problemas de desarrollo en la adolescencia \_\_\_\_\_

### 4. EVENTOS DEL PRESENTE

Eventos relativos a la vida afectiva \_\_\_\_\_  
Eventos relativos a la vida sexual \_\_\_\_\_  
Eventos relativos a la vida social \_\_\_\_\_  
Eventos relativos a la vida académica y laboral \_\_\_\_\_  
Educación religiosa \_\_\_\_\_  
Descripción de sí mismo (hecha por consultante): aspectos positivos y negativos \_\_\_\_\_

### 5. CONSULTA

Motivo de la consulta y quién lo refirió: (en palabras del consultante) \_\_\_\_\_

### 6. DIAGNOSTICO

Conductas problema por déficit \_\_\_\_\_  
Conductas problema por exceso \_\_\_\_\_  
Estímulos antecedentes que originan la conducta desadaptada \_\_\_\_\_  
Estímulos reforzantes que mantienen la conducta desadaptada \_\_\_\_\_  
Conductas adaptadas que el consultante tiene en su repertorio \_\_\_\_\_

Estímulos aversivos para el consultante \_\_\_\_\_

Estímulos reforzantes para el consultante \_\_\_\_\_

Registros y autorregistros (presentarlos en hoja aparte) \_\_\_\_\_

## 7. TERAPIA

Conductas a controlar \_\_\_\_\_

Variables a manejar funcionalmente \_\_\_\_\_

Clase de tratamiento y técnicas \_\_\_\_\_

## Resumen

La presente investigación, *La psicoterapia cognitiva comportamental y los trastornos de ansiedad*, se llevó a cabo en el Centro de Salud Justo Rufino Barrios de la zona 21, de esta ciudad capital, en el año del 2005. El objetivo principal de la investigación fue demostrar que la terapia cognitiva comportamental es efectiva en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Para su desarrollo se utilizó la escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton aplicada como Pre-test y Re-test a la muestra compuesta por 10 mujeres, pacientes del Centro de Salud. Se trabajó en seis sesiones para cada paciente, con una duración promedio de hora y media cada una. Al final de la investigación, se pudo comprobar que el resultado fue satisfactorio, pues las pacientes aprendieron a diferenciar entre la realidad y la percepción de esa misma realidad. Este enfoque es altamente didáctico, por lo cual la paciente queda entrenada para resolver futuros problemas o trastornos por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente y cada vez al terapeuta.