

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Terapia Cognitiva Conductual Aplicada a un Estudio de Caso sobre
Maltrato con una Paciente Ansiosa con Base en el Estilo de Apego**

Giha Nicole Ruales Dávalos

Ana Trueba, PhD., Directora de Trabajo de Titulación

Trabajo de Titulación presentado como requisito
para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, mayo de 2015

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Terapia Cognitiva Conductual Aplicada a un Estudio de Caso sobre Maltrato con una Paciente Ansiosa con Base en el Estilo de Apego

Giha Nicole Ruales Dávalos

Ana Trueba, PhD.
Director del Trabajo de Titulación

Teresa Borja, PhD
Miembro del Comité
de Trabajo de Titulación

Estaban Ricaurte, M.A.
Miembro del Comité
de Trabajo de Titulación

Teresa Borja, PhD
Directora del Programa

Carmen Fernández-Salvador, PhD
Decana del Colegio de Ciencias
Sociales y Humanidades

Quito, mayo de 2015

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: _____

Nombre: Giha Nicole Ruales Dávalos

C.I.: 171197892-2

Lugar: Quito - Ecuador

Fecha: mayo de 2015

DEDICATORIA

A Dios, mi esposo y familia.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, mi esposo, familia, Teresa Borja, Esteban Ricaurte y Ana Trueba.

RESUMEN

En este estudio de caso se utiliza la terapia cognitiva-conductual (TCC) ya que tiene evidencia empírica de ser efectiva como tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y para víctimas de maltrato doméstico. Adicional, se utiliza las teorías de los estilos de apego infantil y de adultos como una fuente de explicación a contraer los trastornos antes mencionados. La paciente es una mujer ecuatoriana de 31 años que cumplía al principio con un criterio diagnóstico de TAG. También fue víctima de maltrato físico por parte de su pareja. La paciente mostraba malestar significativo en varias áreas de su vida especialmente en su grupo primario de apoyo, en su ocupación y carecía de un círculo social. La recolección de datos cualitativos y cuantitativos se dio a través de notas clínicas y grabaciones de video, el inventario de síntomas 90 revisado (SCL-90-R) pre-post terapia y el *test* de tipos de apego. La terapia duró 30 sesiones por un periodo de 11 meses. Al finalizar el tratamiento, la paciente manifestó una disminución en los síntomas del TAG y de ser víctima de maltrato doméstico que son: preocupación aprensiva, irritabilidad, inquietud, fatiga, sueño no reparador, tristeza, hipervigilancia, culpa y hostilidad. Las técnicas cognitivas de la TCC permitió que la paciente modifique sus pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales disfuncionales tras interiorizar en sus esquemas mentales unas más reales y adaptativas. Adicional, mediante las técnicas conductuales la paciente aprendió la respiración profunda y técnicas de exposición para lidiar con eventos presentes y futuros que le causaban ansiedad. Finalmente, la paciente demostró una mejoría en sus relaciones interpersonales, en su desempeño en el trabajo, en su círculo social, en su autoestima y su bienestar general.

Palabras claves: *Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Víctima de maltrato doméstico, Tipos de Apego, Estilos de Apego, Teoría del Apego, Terapia Cognitiva Conductual (TCC).*

ABSTRACT

In this case study cognitive-behavioral therapy (CBT) was used because there is empirical evidence that it is effective as a treatment for generalized anxiety disorder (GAD) and victims of domestic abuse. In addition, theories of infant and adult attachment styles are used to explain the development of the aforementioned disorders. The patient in this case study is a 31 year old Ecuadorian woman who initially met diagnostic criteria for GAD. She also was a victim of physical abuse by an intimate partner. The patient showed discomfort in several areas of her life especially in her primary support group, in her occupation and reports lack of social support. The qualitative data collection occurred through clinical notes and video recordings. The symptom checklist 90 revised (SCL-90-R) pre-post therapy and attachment types test were used for the collection of quantitative data. The therapy lasted 30 sessions over a period of 11 months. After treatment, the patient reported a decrease in her symptoms of GAD and of being a victim of domestic abuse which are: apprehensive worry, irritability, restlessness, fatigue, unrefreshing sleep, sadness, hyper vigilance, guilt and hostility. Cognitive techniques of CBT enabled the patient to modify her automatic negative thoughts and dysfunctional intermediate and core beliefs by internalizing in her mental schemes, more real and adaptive ones. In addition, the patient learned behavioral techniques such as deep breathing and exposure techniques to deal with present and future events that can cause her anxiety. Finally, the patient showed an improvement in her interpersonal relationships, in her performance at work, in her social circle, her self-esteem and her overall well-being.

Key words: *Generalized Anxiety Disorder (GAD), Victim of Domestic Violence, Attachment Types, Attachment Styles, Attachment Theory, Cognitive Behavioral Therapy (CBT).*

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	7
Abstract	8
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	12
Datos de identificación.....	12
Antecedentes.....	12
El problema.....	12
Historia Familiar.....	14
Historia Personal.....	15
Hipótesis.....	19
Preguntas de Investigación.....	21
Contexto y marco teórico.....	21
Definición de términos.....	25
Presunciones del autor del estudio.....	25
Supuestos del estudio.....	26
REVISIÓN DE LA LITERATURA	28
Géneros de literatura incluidos en la revisión.....	28
Pasos en el proceso de revisión de la literatura.....	28
Formato de la revisión de la literatura.....	29
Tema 1. Trastorno de ansiedad generalizada.....	29
Tema 2. Maltrato doméstico.....	35
Tema 3. Modelo cognitivo.....	40
Tema 4. Terapia cognitivo-conductual.....	49
Tema 5. Teoría del Apego.....	62
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	78
Justificación de la metodología seleccionada.....	78
Curso del tratamiento.....	78
Herramienta de investigación aplicada.....	79
Diagnóstico y evaluación funcional.....	82
Estructura del tratamiento.....	84
Lista de situaciones y problemas.....	86
Metas a corto plazo.....	91
Metas a largo plazo.....	92
Consideraciones éticas y legales.....	92
Aspectos de la relación terapéutica.....	94
Temas e intervenciones.....	98
ANÁLISIS DE DATOS	111
Análisis de resultados.....	111
Inventario de síntomas 90 revisado.....	111
<i>Test</i> de tipos de apego.....	115
Importancia del estudio.....	117
Resumen de experiencia y sesgos del autor.....	118
CONCLUSIONES	119
Respuestas a las preguntas de investigación.....	119
Discusión.....	120
Limitaciones del estudio.....	124
Recomendaciones para futuros casos, estudios e intervenciones.....	126
Resumen general.....	127

REFERENCIAS	129
ANEXO A: Acuerdo de confidencialidad: Consentimiento informado.....	132
ANEXO B: Registro de pensamientos.....	134
ANEXO C: Inventario de síntomas 90 revisado.....	135
ANEXO D: Tipo de apego.....	138

TABLAS

Tabla 1. Resultados del SCL-90-R.....	114
Tabla 2. Resultados de tipos de apego.....	116

FIGURAS

Figura 1. Resultados del SCL-90-R.....	115
Figura 2. Resultados de tipos de apego.....	116

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Datos de identificación

Ana es una mujer ecuatoriana de 31 años que nació en Ibarra y se mudó a los 24 años a vivir en Quito. Vive desde hace siete años con su pareja en unión libre y tienen dos hijos uno que está en la escuela y el otro que asiste a la guardería. Su contextura es delgada, se nota fatigada y se viste con ropa floja de colores neutros. Tiene un nivel socio económico bajo y comenta que empezó a trabajar como empleada doméstica desde muy joven por lo que acabó la primaria pero no estudió la secundaria. Ana ha trabajado toda su vida como empelada doméstica hasta la fecha.

Antecedentes

Ana comenta que se enteró que daban atención psicológica gratuita en la Universidad San Francisco de Quito por su jefa que le recomendó que busque ayuda ya que se veía tensionada y fatigada constantemente. Adicional, Ana comentó a su jefa que su hijo mayor no quería hacer los deberes y no prestaba atención a clases por lo que era la razón de su preocupación. En principio Ana pidió terapia psicológica para su hijo. Cuando comenzó la terapia psicológica para su hijo, se dio cuenta que quería asistir a una terapia psicológica individual porque sentía malestar emocional, físico y mental. Ana pidió que se le brinde ayuda psicológica por lo que el mismo terapeuta que le trató a su hijo, le trató a ella individualmente.

El problema

Ana pidió a la Universidad San Francisco de Quito (USFQ) ayuda psicológica voluntariamente donde le direccionaron a los Servicios Psicológicos Gratuitos del mismo porque sentía malestar emocional y psicológico en varias áreas de su vida. Ella indicó que

ha sufrido de ansiedad y preocupación excesiva desde pequeña porque veía cómo su padre maltrataba físicamente a su madre. Adicional, indicó que tenía sentimientos de culpa, hostilidad, irritabilidad e inquietud frecuentemente desde que se fue a vivir con su pareja a los 24 años. Ana comentó que su pareja la empezó a maltratar físicamente al poco tiempo que se mudaron juntos a Quito y el maltrato siguió durante siete años hasta un mes antes de asistir a terapia. Adicional, comentó que su pareja la había dejado por otra mujer durante cuatro meses y esto le provocó que empiece a sentirse más inquieta, más irritable y tenía pensamientos excesivos de miedo a estar sola, que puede pasarle cosas terribles y de que sus vecinos la vigilaban. Además sentía tristeza, fatiga constante y su sueño no era reparador. Cuando su pareja regresó con Ana dos meses antes de asistir a terapia, ella siguió con síntomas ansiosos y preocupación frecuente ya que además sintió que era su culpa que él se haya ido por lo que tenía miedo que la vuelva a dejar; y a su vez, su irritabilidad incrementó porque estaba resentida con él por su infidelidad. Adicional, Ana pensaba que no es suficientemente buena para él y trataba de complacerlo en todos sus pedidos más lo evitaba cuando él le mostraba afecto porque ella no sentía interés y aún desconfiaba de él. Sus síntomas la venían afectando y se mantenían en varias áreas de su vida como el trabajo, su familia y su círculo social, desde que se fue de la casa de sus padres y empezó a ser víctima de maltrato físico por parte de su pareja. Adicional, sus síntomas se exacerbaron cuando su pareja se fue de la casa con otra mujer y se mantuvieron así durante seis meses hasta que Ana comenzó la terapia. La terapia individual con Ana comenzó en febrero del 2012 y duró 30 sesiones, las 20 primeras asistió a terapia una vez por semana aproximadamente. Las diez últimas sesiones asistió una cada 15 -20 días hasta que ella voluntariamente decidió no volver a terapia.

Con Ana se acordó desde el comienzo de la terapia que ella quería disminuir su hostilidad hacia su pareja ya que cree que es la causa principal de que su pareja la haya maltratado físicamente por siete años y que luego le haya sido infiel. Para reducir su hostilidad, quiere disminuir su resentimiento hacia él debido a la infidelidad. La razón por la cual quiere mejorar su relación con él es porque lo quiere y para no tener que estar constantemente ansiosa de que la vuelva a dejar. Además Ana anhelaba disminuir sus iras con sus hijos, de estar siempre irritable en la casa por todo y también quería reducir los sentimientos de culpa por irse de la casa de sus padres y porque su pareja le fue infiel. Finalmente quería dejar de sentirse inquieta, de estar preocupada pensando de que no hace nada bien, que no sirve, que es inútil y de sentirse sola.

Historia familiar

Ana nació y creció en Ibarra con sus padres y seis hermanos/as. Sus hermanos/as menores viven en Ibarra. La hermana mayor vive cerca de su casa y dos hermanos viven en otras ciudades. Ana describe a su madre como su amiga pero que no conversa temas delicados solo superficiales. Ella comenta que su madre tiene carácter fuerte, que la reprendía de pequeña, se exaltaba y peleaba con su padre. Adicional, describe que su padre tenía carácter fuerte cuando se peleaba con su madre, pero que era muy sensible y protector con Ana. También comenta que su padre era bastante resentido pero que dialogaba más con él que con su madre. Ana comenta que desde la niñez le fue difícil confiar sus emociones a sus padres ya que su madre solo conversaba para dar órdenes, mientras su padre sí le daba cariño pero conversaba temas que le interesaban a él y cuando se resentía le quitaba el cariño. Adicional, sus hermanos/as jugaban con ella en la niñez pero luego se alejaron por lo que no tuvo nunca la confianza para hablar de sus emociones. Ana comenta que desde niña su padre pegaba a su madre cuando llegaba borracho y

cuando ella cumplió 17 años, su padre dejó de pegarle a su madre debido a que su mamá se enfermó y casi se muere; por lo que su padre dejó de beber y le dio depresión en ese entonces. Sus padres siempre se dedicaron a la agricultura. Actualmente Ana vive con su pareja y sus dos hijos, el primero está en la escuela y el segundo está en la guardería. Ana convive con su pareja desde hace siete años en Quito, pero dice que no quiere casarse porque siente que va a perder su libertad y no quiere estar atada a nada o nadie. Su pareja no le gusta que Ana vaya a visitar a sus padres en Ibarra porque dice que ellos no lo aceptan, además que no le deja ver a su hermana que vive cerca porque dice que ella habla mal de él. Ana ve a sus hermanos solo cuando la visitan. Sus padres tienen buena salud aunque Ana comenta que su padre sigue sensible por lo ella que se fue de la casa. También comenta que sus hermanos tienen buena salud al igual que su pareja, solo ella y sus hijos se enferman mucho de gripe, alergias y tienen dolores musculares.

Historia personal

Los antecedentes de Ana revelaron que tuvo desde la niñez eventos traumáticos que aportaron a los síntomas que presentaba. El primer evento que estableció su ansiedad generalizada se dio cuando su padre regresaba borracho a la casa y este pegaba a su madre, por lo que Ana se metía en el medio de los dos para que deje de pegarle. Esto le causaba una tremenda ansiedad y tensión ya que cada que llegaba su padre tenía miedo de que vuelva a pegar a su madre. Por lo tanto, Ana intentaba que no suceda tras atender al padre en lo que necesitaba, como darle de comer. Sin embargo, muchas veces que ella no pudo frenar el maltrato, sentía mucha preocupación y tristeza de que le haga mucho daño a su mamá. Ana reporta haber tenido una buena relación con sus padres y ella era la que más ayudaba en casa de sus hermanos. Por lo tanto, sus padres eran apegados a ella y dependían de que los ayude en lo que necesiten. Adicional, el segundo evento traumático

para Ana se dio en la escuela donde no se concentraba con facilidad y los niños la hacían de menos, se burlaban de ella y le acusaban de robarse cosas aunque era mentira. Además tuvo un profesor de tercer grado que la sacaba de la clase por no hablar y porque creía las acusaciones que le hacían los otros niños hacia ella.

Por estos eventos escolares, Ana decidió terminar la primaria y no estudiar el colegio e ir a trabajar. Ella prefería pasar con sus hermanas que hacer nuevas amigas en la niñez más en la adultez casi ni las ve. Ana conoció a su pareja y se quedó embarazada. Vivió con sus padres hasta que su pareja la fue a ver a ella y a su bebé y se los llevó a vivir con él. Ana no avisó a sus padres que se iba de la casa porque sabía que ellos no iban a aceptar. Cuando su padre se enteró que se fue, se enfermó al día siguiente y lo llevaron al hospital. Ana se culpa de haber provocado que su padre se enferme y de haberlos abandonado. Finalmente, el tercer evento traumático se da al poco tiempo de que Ana se mudó a Quito con su pareja ya que al mes de vivir juntos, él empezó a llegar borracho los fines de semana y la pegaba porque ella le reclamaba hostilmente. Ella manifestó que desde hace siete años, su pareja le pegaba una a dos veces al mes. Adicional, cree que se lo merece porque abandonó a sus padres y se fue sin su bendición. Ana no ha visto a sus padres por un año aproximadamente debido a que su pareja no le gusta que los vaya a visitar; y si ella se va, él se emborracha. Además su pareja no la deja ver a sus hermanas debido a que dice que meten cizaña en contra de él. Ana tuvo otro bebé y dice que su pareja no toma en cuenta a sus hijos y solo va a su cuarto y espera a que ella le sirva la comida, le lave su ropa y tenga limpio toda la casa. Por último, el cuarto y más reciente evento traumático se dio cuando Ana se enteró hace un año que su pareja le estaba siendo infiel con otra mujer y que seis meses después, su pareja se fue de la casa para vivir con ella. Ana comentó que se sentía triste, inquieta, preocupada, ansiosa, sola y con iras.

Finalmente, su pareja regresó a vivir con Ana cuatro meses después, por lo que sintió un resentimiento profundo hacia él, además de seguir sintiendo ansiedad, fatiga, soledad, hostilidad y baja autoestima. La última vez que sufrió maltrato físico por parte de su pareja fue al mes de que él regresó con ella. Ana comenzó terapia en los servicios psicológicos gratuitos de la USFQ a los dos meses que su pareja regresó a vivir con ella y sus hijos.

Ana no ha asistido anteriormente a ningún psicólogo, no ha recibido ayuda en ninguna institución por ser víctima de maltrato doméstico, no ha tomado ninguna medicación ni ha tenido un problema médico complicado por lo que no ha sido hospitalizada nunca. Tampoco ha tenido accidentes ni lesiones importantes. Adicional, tampoco ha probado drogas ni tabaco y ha probado poco alcohol solo desde que su pareja entró a su vida.

Situación actual.

Ana comenta que aunque su pareja regresó con ella después de la infidelidad, sigue con inquietud, irritabilidad, fatiga, poco apetito, tristeza, sueño no reparador pensamientos excesivos de miedo a quedarse sola, de que su pareja se vuelva a ir porque cree que ella es la culpable, de que no sirve, que la vigilan y preocupación de no hacer las cosas perfectas en su trabajo y casa. Su nivel de funcionamiento en su trabajo se ve afectado ya que quiere terminar todos los quehaceres en un día el cual la tiene agitada y cansada hasta el punto que no come por terminar las cosas. De igual forma, al llegar a su casa sin energías, su funcionamiento se ve afectado por lo que está irritable con su familia y no tolera que sus hijos no hagan bien las cosas por lo que ella les da haciendo (deberes, vestirse). Además, Ana comenta que no conversa con su pareja solo pelea, que no ha visto a sus padres ni sus hermanas/nos en un año y no tiene amigos/as. También comenta que ha sido retraída socialmente y ha sentido ansiedad hacia varios aspectos de su vida desde que es niña por

ver a su padre pegar a su madre, desde que su pareja empezó a maltratarla físicamente a ella y ha empeorado desde que su pareja le fue infiel. Adicional, se siente culpable de irse de la casa de sus padres sin su bendición, de que su pareja la haya maltratado físicamente porque ella se portaba hostil cuando él llegaba borracho los fines de semana y por la infidelidad de él.

Evaluaciones de la situación actual.

Con el uso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, American Psychological Association, 2000), se pudo diagnosticar que Ana es víctima de maltrato físico por parte de su pareja conjunto con los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) recurrente en su niñez y desde que empezó a convivir con su pareja (empeorando sus síntomas con la infidelidad) (APA, 2000). Con la aplicación del Inventario de Síntomas 90 Revisado SCL-90-R (Derogatis, 1994) a Ana en la primera sesión terapéutica, fue posible ver que las siguientes dimensiones sintomatológicas se encontraban dentro del rango clínico de riesgo ($T \geq 63$): ansiedad, obsesión-compulsión, ansiedad fóbica, depresión, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. Además, como una fuente de explicación de su TAG en la niñez y su posterior maltrato físico, se determinó mediante el *test* de tipos de apego hecho por Brenlla, Carreras y Brizzio (2001) que es una adaptación de los estilos relacionales de Bartholomew (1994 citado Brenlla y cols., 2001) basado en los estudios de Apego Romántico de Hazan & Shaver (1987, citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011) que adoptaron los estilos de apego de Ainsworth et al. (1978 citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011) formados a partir de la Teoría de Apego de Bowlby (1969, 1988 citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011), que la paciente tenía un estilo relacional de apego inseguro – temeroso. Este estilo de apego se corrobora con las dimensiones

sintomatológicas que se encuentran en el rango clínico de riesgo descritas en el *test* de síntomas SCL-90-R y por el diagnóstico de víctima de maltrato doméstico y TAG según la frecuencia, intensidad y severidad de los síntomas que menciona Ana, descritos en el DSM-IV TR. Los síntomas impedían que la paciente tenga un funcionamiento sano, tenía problemas con su familia, en su trabajo y carecía de un círculo social estable.

Hipótesis

Luego de conocer los detalles de la historia de Ana, el objetivo de la terapia es en primera instancia, reducir los síntomas que imposibilitan el bienestar y funcionamiento adecuado de la paciente. Por lo tanto, se espera que se genere un cambio positivo en ella y que este se mantenga con el tiempo. La hipótesis de las causas del diagnóstico de Ana es que sufrió de algunos eventos traumáticos que afectaron significativamente su percepción cognitiva de estos eventos; por lo que desarrolló el TAG y es víctima de maltrato repetitivo por parte de su pareja. Por ende, presenta según el *test* de síntomas SCL-90-R que tomó el primer día de terapia, las siguientes dimensiones sintomatológicas en el rango clínico de riesgo ($T \geq 63$): obsesión compulsión, hostilidad, ansiedad fóbica, depresión, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo. Se puede decir que Ana formó creencias disfuncionales, de los eventos traumáticos que ha tenido en su vida, debido a la percepción distorsionada de los mismos. Además, en relación a la primera situación traumática que es ver a su padre pegarle a su madre desde su niñez y el no tener una relación de confianza con ellos, se cree que su TAG se debe a un estilo de apego inseguro (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 2014). Posteriormente el ser víctima de maltrato doméstico (tercer evento traumático) se debe al estilo de apego temeroso (Bartholomew, 1994 citado en Brenlla y cols., 2001; Griffin & Bartholomew 1994 citado en Yáñez-Yaben y Comino, 2011) que la

paciente construyó a partir de la relación con su pareja en la adultez. Como consecuencia, el evento de vivir en el medio de la relación de cariño y a la vez de maltrato físico y verbal entre sus padres, llevó a Ana a tener una creencia errada de lo que es el amor en pareja, al igual que angustia, ansiedad y a responder de igual forma con hostilidad verbal a los eventos que anticipa va a conllevar violencia física por parte de su pareja (ej. su pareja llega borracho y ella cree que la va a pegar). Adicional, el hecho de que Ana se fue de la casa con su pareja sin permiso ni la bendición de sus padres (y por esto su padre se enfermó), alude a su creencia errada de culpabilidad de que se merece el maltrato físico; además, cree que la infidelidad que su pareja cometió es su culpa, por lo que estos son sus castigos por no ser buena hija ni buena compañera para su pareja. Adicional, el evento traumático de la vivencia escolar de Ana, se cree que es resultado de la percepción del primer evento traumático. En consecuencia, tenía mucha ansiedad y angustia en su casa; por ende falta de concentración, retraimiento social y aislamiento por no saber cómo relacionarse adecuadamente con sus compañeros el cual sus síntomas persistieron hasta su adultez. Finalmente el último evento traumático que Ana sufrió, la infidelidad por parte de su pareja, se cree que le causa los síntomas de hiper vigilancia y exagera su retraimiento social por la creencia errada que sus vecinos hablan de ella y que están constantemente pendientes de su relación de pareja. Adicional, este evento intensificó su sentimiento de poca valía y de sentirse inútil; por lo que le provocaba más ansiedad y compulsión de hacer su trabajo diario a la perfección aunque tenga que sacrificar su salud y bienestar.

La hipótesis de solución para disminuir los síntomas de Ana es, que tras implementar la terapia cognitivo-conductual (TCC), se genere un cambio positivo en ella el cual posibilite una mejoría en su calidad de vida y logre un funcionamiento sano en su ambiente familiar, ocupacional y social. La eficacia de la TCC será medida a través de la disminución de los rangos clínicos de las dimensiones sintomatológicas que se muestran en

riesgo en el SCL-90-R tomado por Ana en la primera cita y que se originaron por su TAG y por ser víctima de maltrato físico. Adicional, se medirá la eficacia de la terapia a través de la mejoría que manifieste Ana con su estado emocional, mental y físico con relación a su familia, su trabajo y su círculo social. Para la disminución de sus síntomas se usará técnicas de la TCC que ayuden a mejorar su TAG y de igual forma para mejorar sus sentimientos de culpa, hostilidad y auto valía consecuencia al maltrato físico sufrido.

Preguntas de investigación

El objetivo primordial es ver ¿Cómo y hasta qué punto las intervenciones de la terapia cognitivo conductual disminuirán los síntomas de su trastorno de ansiedad generalizada y los síntomas de ser víctima de maltrato físico en Ana?

Además se quiere explicar ¿Cómo y hasta qué punto el estilo de apego inseguro-temeroso es un predictor de recibir maltrato físico recurrente en una paciente ansiosa?

Contexto y marco teórico

En este estudio de caso, se conceptualizará la ansiedad generalizada y el ser víctima de maltrato físico recurrente con sus síntomas correspondientes a través del modelo cognitivo hecho por Aaron T. Beck (1964 citado en Beck, 1995). Se utilizará el modelo de TCC con técnicas específicas para reducir los síntomas de su TAG y de ser víctima de maltrato físico recurrente. Adicional, se analizará los estilos de apego en adultos de Bartholomew (1994 citado en Brenlla y cols. 2001) y la teoría de los estilos de apego infantil (Ainsworth et al., 2014) formados a partir de la Teoría de Apego de Bowlby (1969) como fuente de explicación de la predisposición de Ana a desarrollar ansiedad

generalizada y recibir maltrato físico en la adultez debido al estilo de apego que formó en la niñez con sus padres y con su pareja posteriormente.

Se utilizó el modelo de terapia cognitiva de Beck (1995), el modelo de TCC de Brown, O’Leary & Barlow (2001) y las técnicas de exposición múltiples de la TCC para una situación de trauma (como el ser víctima de maltrato doméstico) (Falsetti, 2003; Bados y García, 2011) para verificar la hipótesis de los efectos de la TCC en la disminución sintomatológica de Ana.

El modelo cognitivo explica cómo la percepción única de la persona sobre sus situaciones produce creencias intermedias y centrales que determinan sus pensamientos automáticos, sus emociones y su conducta; por lo que explica que una persona muestre la misma actitud en situaciones similares a futuro el cual puede afectar a que conlleve un estilo determinado de comportarse, pensar y sentir que pueden no ser funcionales ni adecuados para la persona (Beck, 1995). Un ejemplo de esto puede ser el TAG, donde la persona escogió tener percepciones sobre determinadas situaciones el cual les dio significados distorsionados que le crearon preocupaciones recurrentes y aprensión excesiva; por lo que resulta en pensamientos automáticos como “algo malo me puede pasar”, “estoy en peligro” entre otros; y creencias centrales distorsionadas como “soy vulnerable”, “soy inútil” que resultan en que la persona tenga la misma actitud de ansiedad sobre situaciones similares vividas en el futuro (Beck, Emery & Greenberg, 2005). Con el aporte de la terapia cognitiva de Beck (1995), se puede entonces visualizar el sistema de creencias de la paciente tras primero identificar y analizar sus pensamientos automáticos a profundidad, para luego vincularlos con creencias centrales e intermedias; y así, poderlos evaluar si es que estas son racionales o distorsionadas de la realidad. Consecuentemente, se puede modificar estas creencias mediante técnicas cognitivas que ayudarán a restablecer

actitudes más reales y por ende un funcionamiento adaptado con pensamientos y percepciones más acordes a las situaciones vividas (Beck, 1995).

Adicional, el modelo de la TCC de Brown et al. (2001) explica que el TAG es el trastorno de ansiedad más difícil de tratar por su naturaleza de que el individuo presenta preocupación excesiva y recurrente en varias áreas de su vida. Por ende en su estudio, se propone utilizar varias herramientas conductuales que se practican en conjunto con la reestructuración cognitiva elaborada por Beck (1995; Brown et al., 2001). Esto incluye el auto-monitoreo de las conductas, emociones y síntomas físicos de la ansiedad, técnicas de relajación y respiración profunda o diafragmática para reducir los síntomas físicos de la ansiedad, la técnica de exposición a la preocupación para reducir la preocupación recurrente, entre otros (Bernstein & Borkovec en 1973 citado en Brown et al., 2001). Finalmente, se utilizó las técnicas de exposición múltiples para las situaciones traumáticas para reducir los síntomas del individuo provocados por estos eventos, reducir el miedo a la exposición de situaciones futuras que generan estrés y ansiedad, además de generar respuestas de afrontamiento útiles (Falsetti, 2003; Bados y García, 2011).

El propósito del estudio.

Se espera que tras aplicación de la TCC a Ana se obtenga como resultado la reducción significativa de los síntomas y malestar general provocado por su TAG y del maltrato físico recibido que no le dejan funcionar de forma adecuada en su casa, con su familia, en su trabajo ni promueven su salud y bienestar; por lo tanto, que se genere un cambio positivo y que este se mantenga con el tiempo para que así mejore su calidad de vida siendo más adaptada a sus entornos sociales. Adicional, el propósito es generar una alianza terapéutica positiva para que Ana tenga la apertura y motivación para colaborar en la terapia, así aprende y interioriza las técnicas e herramientas que le ayudarán a reducir

sus síntomas de preocupaciones recurrentes, irritabilidad, fatiga, de hostilidad, tristeza, de baja autoestima y sentimientos de culpabilidad. Adicional, se espera mediante explicar los estilos de apego en la adultez de Bartholomew (1994 citado en Brenlla y cols., 2001) y los estilos de apego infantil de Ainsworth et al., (2014) basado en la teoría de apego de Bowlby (1969), porqué una paciente ansiosa con un vínculo inseguro-temeroso puede ser más propensa a contraer TAG y ser víctima de maltrato físico recurrente por parte de su pareja. Finalmente se espera que Ana pueda entender mejor su estado de víctima en la situación de maltrato con su pareja, que entienda sus derechos y su valor para que Ana pueda denunciar a las autoridades o pedir ayuda si es que el maltrato hacia ella vuelve a ocurrir.

El significado del estudio.

Este estudio de caso sirve como ejemplo de aplicación de la TCC a una paciente con TAG y víctima de maltrato físico según los criterios del DSM-IV-TR. Las personas interesadas en usar la información de este estudio de caso pueden ser los terapeutas, institutos psicológicos y clínicas que tienen casos de TAG y de víctima(s) de maltrato doméstico que quieran aprender sobre la metodología de la TCC que se imparte en este estudio ya que tiene soporte empírico que muestra resultados favorables para el/la paciente (Brown et al., 2001; Sax, 2012). Adicional, puede beneficiar a personas que tengan un diagnóstico similar y que quieran auto ayudarse tras aprender de las técnicas e intervenciones de este caso, como por ejemplo la respiración diafragmática/profunda, exposiciones múltiples, entre otros (Brown et al., 2001). Finalmente, este estudio de caso sirve también como un instrumento de apoyo para profesionales que quieran investigar casos de ansiedad generalizada, víctimas de maltrato doméstico y el efecto de los tipos de apego en el Ecuador ya que existen pocas investigaciones hechas sobre el caso, por lo que

puede beneficiar a otras investigaciones relacionadas hechas en universidades, clínicas y estudios de psicología en el Ecuador.

Definición de términos

Los términos en este estudio de caso más relevantes se definen a continuación.

Ansiedad.- El término de ansiedad, utilizado para este estudio de caso, es de acuerdo al criterio diagnóstico del DSM-IV-TR que se refiere al estado de ansiedad y preocupación excesivas anticipadas sobre una amplia gama de situaciones o actividades que se prolongan por más de 6 meses (APA, 2000).

Maltrato doméstico.- El término maltrato doméstico para este estudio de caso se refiere a maltrato severo de un individuo por otro a través de abuso físico (APA, 2000).

Apego.- El término apego se refiere al primer vínculo del infante que se establece con el cuidador/a principal (madre, padre) y que sirve como modelo de cómo regular sus emociones (Bowlby, 1993 citado en Sanchis, 2008).

Presunciones del autor del estudio

En primer lugar, se tiene la expectativa de que se pueda lograr un vínculo de empatía y confianza entre el terapeuta y el paciente para lograr un ambiente seguro y que Ana sienta que tiene la apertura necesaria para contar su historia. Se espera que Ana sea sincera con su historia individual, eventos traumáticos y síntomas para que el diagnóstico sea lo más acertado posible. Se espera además que responda con atención y la verdad el SCL-90-R al igual que el *test* de tipos de apego para que reflejen adecuadamente los resultados obtenidos de su situación. Adicional, se tiene la expectativa que la terapia e

herramientas de la TCC elaboradas para otros estudios similares sean de utilidad para implementar en este estudio de caso. Además, se espera que Ana contribuya a mejorar su estado emocional, mental y conductual tras colaborar en las sesiones terapéuticas al estar atenta y participando en conjunto con su terapeuta. De igual forma, se tiene la expectativa de que la paciente realice todas las tareas que se impartan en la terapia. Además, se espera que Ana reporte sus progresos al terapeuta y se los atribuya a ella misma tras haber aprendido las herramientas suficientes para reducir sus síntomas y malestar general. Finalmente, se tiene la expectativa que los estudios y resultados de la TCC efectuados en diferentes países puedan ser de utilidad para tratar este estudio de caso.

Supuestos del estudio

Muchas investigaciones corroboran la eficacia de la TCC en reducir los síntomas de pacientes ansiosos al igual que de víctimas de maltrato físico (Olatunji, Cisler & Deacon, 2010; Sax, 2012). Por ende, los resultados de este estudio de caso pueden ser útiles para que otros psicoterapeutas vean la eficacia de la TCC en los trastornos mencionados y lo implementen a casos similares, o que estudiantes quieran aprender de sus técnicas e herramientas efectivas y validadas. Adicional, tras conocer el estilo de apego inseguro-temeroso (Ainsworth et al., 2014; Bartholomew, 1994 citado en Brenlla y cols., 2001) en Ana, se quiere mostrar la influencia de este en desarrollar el TAG y el ser víctima de maltrato doméstico; por lo tanto, puede ayudar a profesionales en el área y estudiantes a que se interesen en aportar a este tema con más estudios tras ver que los estilos de apego infantil y del adulto son una posible explicación de por qué las personas pueden desarrollar el TAG y por qué existen víctimas que no salen del maltrato físico por parte de su pareja; además que puedan entender e investigar más sobre cómo los estilos de apego aportan

significativamente en el funcionamiento adaptativo y positivo de la persona (McVay, 2012; Bartholomew, 1994 en Brenlla y cols., 2001; Ainsworth et al. 2014).

Más adelante se encuentra la revisión de la literatura con respecto al estudio de caso de terapia cognitivo conductual a una paciente ansiosa y víctima de maltrato doméstico basado en el estilo de apego. Seguido, se da la explicación de la metodología de la TCC realizada, se detallará los resultados obtenidos, la conclusión y la discusión del caso.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes.

Las fuentes utilizadas provienen de artículos de revistas indexadas de *journals* especializados en psicología clínica, psiquiatría y forense. También se usaron libros que especifican la TCC, el modelo cognitivo y el TAG. De igual manera se utilizó libros y tesis doctorales publicadas que especifican la teoría y estilos de apego además de manuales de entrenamiento sobre el maltrato doméstico.

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

Para las fuentes de información en la revisión de la literatura se utilizó los trastornos diagnosticados de Ana donde ha sufrido maltrato físico recurrente y tiene un cuadro de TAG (según el criterio del DSM-IV TR; APA, 2000); por el cual se usa como base causal de estos, los estilos de apego adulto de Bartholomew (1994 citado en Brenlla y cols., 2001) y los estilos de apego infantil de Ainsworth et al. (2014) formados a partir de la teoría de apego de Bowlby (1969). Se utilizó la herramienta de internet “Google Scholar” para encontrar *journals* aplicados de sicología clínica como IJCHP (International Journal of Clinical and Health Psychology), artículos actualizados de psicología, psiquiatría y manuales de psicología como el de la Práctica Psicológica Forense Ltd. del Reino Unido (FPP, 1999). Además para la revisión de la literatura se usó libros aplicados de autores especializados en la TCC (Brown et al., 2001) y modelo cognitivo (Beck, 1995), libros sobre la teoría de apego de John Bowlby (1969) y los estilos de apego (Ainsworth et al., 2014) recomendados y usados por profesores de la Universidad San Francisco de Quito.

Formato de la revisión de la literatura

El formato de la revisión de la literatura se ordena por temas. Primero se introduce la explicación del TAG. Luego se conceptualiza el maltrato físico recurrente en parejas y sus efectos en la víctima de maltrato. Siguiendo, se explica lo que es el modelo cognitivo y sus implicaciones en el TAG y en víctimas maltrato doméstico. Siguiendo se introduce las bases de la TCC más su eficacia para tratar el TAG y el ser víctima de maltrato. Siguiendo se provee la explicación de la teoría de apego de Bowlby (1969) para explicar los primeros vínculos del infante con su cuidador/a que promueven el desarrollo emocional, conductual y cognitivo del niño; el cuál es la base para posteriormente explicar los estilos de apego de Ainsworth et al. (2014) y los estilos relacionales de Bartholomew (1994 citado en Brenlla y cols., 2001) que sirve como base causal del diagnóstico de la paciente.

Tema 1. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

Diagnóstico y Síntomas.

La naturaleza del TAG es que el individuo se preocupa por varias situaciones y eventos mayormente cotidianos e rutinarios y no simplemente por una o dos cosas específicas (Brown et al., 2001). Por lo tanto, Según el DSM-IV-TR (APA, 2000) el TAG puede ser diferenciado de los otros trastornos de ansiedad que ya tienen claramente definido lo que les provoca ansiedad, mientras que en el curso del TAG el enfoque de su preocupación cambia de un estímulo a otro constantemente. Adicional, la preocupación en el TAG se percibe como incontrolable, excesiva y recurrente lo que el DSM-IV-TR lo llama expectación aprensiva. Según el manual, Se diagnostica que se tiene el trastorno cuando la ansiedad y preocupación recurrente por varias cosas se siente la mayoría de los días de la semana por lo menos por seis meses y tiene por lo menos tres de los seis síntomas esenciales que son: inquietud, fatiga, problemas de concentración, irritabilidad,

tensión muscular o dolores y/o problemas de sueño. El DSM-IV-TR comenta que las preocupaciones recurrentes tienden a ser sobredimensionadas y que la probabilidad que suceda el evento, reacción o resultado temido es irreal. Además, menciona que el TAG no es inducido por cualquier uso de drogas, alcohol, condiciones médicas o por otros trastornos del humor, psicóticos o del desarrollo.

El TAG provoca en el individuo un deterioro en su funcionalidad cotidiana ya que la preocupación produce en el individuo un malestar cognitivo, físico y emocional en diferentes grados dependiendo del porcentaje del día que lleva preocupado, la frecuencia, la percepción de su capacidad de control y el número de circunstancias que le preocupan (British Columbia. The Centre for Applied Research in Mental Health and Addictions (CARMHA), 2007; APA, 2000). Muchas personas que sufren de TAG piensan que sus preocupaciones están fuera de control y que les enfermará o les volverá locos (Brown et al., 2001).

Prevalencia y curso.

En el DSM-IV-TR se indica que la prevalencia del TAG está en un 3– 5% aproximadamente con mayor riesgo en las mujeres (el doble de mujeres que hombres). También, menciona que en clínicas de ansiedad, por lo menos un 25% de los individuos tienen el TAG. Conjuntamente, indica que más de la mitad de individuos con el TAG dicen tenerla desde su infancia y adolescencia; por lo que sienten que este gradualmente ha incrementado hasta su adultez donde se proponen a buscar ayuda.

Varios investigadores manifiestan que muchos pacientes con el TAG dicen haber sufrido de este trastorno por casi toda su vida solo que no se acuerdan exactamente una edad exacta de su infancia por lo que se sugiere que eventos estresantes en la vida practican un rol más importante en el comienzo del TAG aunque haya sucedido posterior a

la infancia (Anderson, Noyes, & Crowe, 1984; Barlow, Blanchard, Vermilyea, Vermilyea, & Di Nardo, 1986; Butler, Fennell, Robson, & Gelder, 1991; Cameron, Thyer, Nesse, & Curtis, 1986; Noyes, Clarkson, Crowe, Yates, & McChesney, 1987; Noyes et al., 1992; Rapee, 1985; Sanderson & Barlow, 1990, citado en Brown et al., 2001). Según, Blazer et al. (1987 citado en Brown et al., 2001) dicen que el acontecimiento de uno o más sucesos estresantes o traumatizantes vividos triplica el riesgo en el individuo de desarrollar el TAG en un tiempo no tan lejano. Al igual, Borkovec (1994 citado en Brown et al., 2001) ha investigado que las historias de trauma psicosocial en la infancia como abuso físico/sexual y más importante un vínculo de apego inseguro con su cuidador principal es de suma importancia para causar una vulnerabilidad psicológica en el individuo que resulte en adquirir el TAG.

Brown et al. (2001) alude que en el caso de otros trastornos de ansiedad como los ataques de pánico que tienen periodos de baja intensidad y agudización, algunos estudios sugieren que el TAG puede variar su intensidad de acuerdo a la presencia o ausencia de ambientes/eventos/personas que le provocan estrés. Según el investigador, los estudios sugieren que el TAG es un trastorno crónico que se instaura gradualmente, pero que fluctúa y se empeora en situaciones de estrés por lo que puede ser más difícil de tratar que otros desórdenes de ansiedad que son específicos. También menciona que las investigaciones sugieren a que hay una relación del TAG con otros desórdenes emocionales en sus factores genéticos, fisiológicos y psicosociales.

Anteriormente se creía que el TAG no tenía influencia genética, mas nuevos estudios, como el estudio de Kendler et al., (1992a citado en Brown et al., 2001) de 1,033 gemelas mujeres, concluyeron que el TAG es un desorden familiar con un factor de heredabilidad del 30%. Finalmente, el TAG se relaciona bastante con otros rasgos que

hacen a la persona más susceptible a tener este trastorno que son: el nerviosismo, la tristeza, la intolerancia a la frustración y la inhibición (Angst y Vollrath, 1991).

Comorbilidad.

Algunas investigaciones aluden a que TAG es el desorden base de los trastornos de ansiedad y posiblemente de todos los desórdenes emocionales por su característica central que Barlow (1988 citado en Brown et al., 2001) lo llama aprensión ansiosa el cual se refiere a un estado emocional altamente negativo en donde el individuo se prepara para afrontar próximos eventos negativos que puedan suceder; por lo que resulta en que el individuo pasa crónicamente alerta, híper agitado y híper vigilante a los estímulos o señales que puedan indicar amenazas de peligro (Barlow, Chorpita, & Turovsky, 1996 citado en Brown et al., 2001). Por lo tanto, el individuo siente que no tiene control sobre su estado emocional (Barlow, 1988 citado en Brown et al., 2001).

Según Brown et al., (2001) el proceso de la aprensión ansiosa es visto como esencial en la transformación de un evento aislado de ansiedad hacia un trastorno de ansiedad como por ejemplo, un evento único de miedo a estar en público se vuelve una fobia social en el contexto de que la preocupación aprensiva de exponerse en el futuro resultará en que lo evalúen negativamente. Por ende comentan que la aprensión ansiosa se indica que está presente en todos los desórdenes de ansiedad pero el foco de la atención es diferente.

Adicional, la características del TAG como tener un alto nivel de afecto negativo, están consideradas que son dimensiones de vulnerabilidad que conllevan a obtener otros trastornos de ansiedad y emocionales debido a la evidencia que TAG tiene más alta probabilidad de aparecer en edades tempranas; por lo que se denota que tiene una alta

comorbilidad con otros desórdenes por ser el que tiene el factor de vulnerabilidad que precede a estos (Clark, Watson & Mineka, 1994 citado en Brown et al., 2001).

Por las investigaciones hechas en gemelos que indicaron una influencia genética clara en el TAG, también encontraron que los factores genéticos se comparten con los de la depresión mayor; sin embargo, los condicionantes en el ambiente son distintos como se dijo del foco de su atención y además tienen un grado de vulnerabilidad diferente a sus experiencias con su entorno de acuerdo al trastorno emocional (Roy et al., 1995; Kendler et al., 1992b; Barlow et al., 1996; Clark et al., 1994 citado en Brown et al., 2001).

Adicional, la mayoría de pacientes con TAG presentan una variedad de otros desórdenes de ansiedad o desórdenes emocionales como fobias sociales o específicas y trastornos depresivos; asimismo pueden presentar problemas médicos como enfermedades digestivas comúnmente síndrome del colon irritable, dolor de cabeza constante, dolor crónico, fatiga crónica y desórdenes de abuso de sustancias (16%) (APA, 2000; Brown et al., 2001).

En un estudio hecho por Kessler et al. (1994) el 50% de pacientes con depresión tienen un trastorno de ansiedad y más específico el 15.4% de estos tienen TAG (citado en Hirschfeld, 2001). En un estudio hecho por Friborg, Martinussen, Kaiser, Øvergård & Rosenvinge (2013) del análisis de 125 investigaciones entre 1980 y 2010, demostraron que el TAG está mayormente asociado entre un 8-20% aproximadamente a los trastornos de personalidad como el trastorno obsesivo compulsivo, de dependencia y evitativo.

Adicional, indican que el TAG se asocia en un 2-11% a los trastornos de personalidad límite, dramático, antisocial, esquizoides y paranoides.

Factores conductuales de los trastornos de ansiedad.

Según Beck, Emery & Greenberg en 1985 (en Beck, Emery & Greenberg, 2005) denotaron que las conductas adaptativas del humano hacia las amenazas de peligro, sirven para protegerlo y aseguran su supervivencia. Estos mencionaron que el reflejo de defensa activa las conductas de híper vigilancia, de sensibilidad a los sonidos y el incremento del ritmo cardiaco que ayuda al individuo a correr o quedarse y atacar/pelear. Adicional, comentaron que las conductas de evitar o inhibir el peligro incluyen la rigidez muscular y bloqueo del pensamiento que previenen al individuo a tomar riesgos innecesarios; y la paralización, el congelarse y desmayarse incluyen la reducción de la presión arterial, reducción del ritmo cardiaco, vulnerabilidad y fatiga, que sirve para reducir la probabilidad de que las amenazas lo detecten. Los investigadores indican que estas respuestas adaptativas hacia las amenazas que ayudan al individuo a tomar la decisión de correr, pelear, congelarse, pedir ayuda, entre otros, se relacionan con pensamientos ansiosos como “debo defenderme”, “no puedo moverme” y “necesito a alguien no puedo solo”.

Adicional Beck et al. (2005) aluden a que los individuos con un trastorno de ansiedad no responden de manera adaptativa a la realidad de la situación ya que está constantemente anticipando una amenaza cuando hay poca probabilidad de que suceda. También exponen que cuando estos individuos se enfrentan a un evento/persona que les produce ansiedad, tienden a magnificar los eventos negativos y minimizar su habilidad de control y eficacia para solucionar/manejar la situación. Por lo tanto, comentan que tienden a distorsionar la realidad de la situación de percibirla más amenazante de lo que es, por lo que pueden actuar con conductas de defensa (hostilidad, violencia) o evitación extremas y según el modelo cognitivo, las respuestas y pensamientos adaptativos hacia las amenazas pueden producir distorsiones en el procesamiento de la información de la ansiedad; como la híper vigilancia en cualquier situación, las falsas alarmas, no pensar objetivamente,

generalizar el peligro, catastrofizar la situación, enfocarse solo en los resultados negativos y la intolerancia a la incertidumbre. Los investigadores manifiestan que algunos individuos pueden diferirse en que están biológicamente predispuestos a que los síntomas de ansiedad y percepción de peligro se despierten en ellos. Por lo que aluden a que cuando su ansiedad se incita, son las distorsiones cognitivas las que la mantienen activa y dan las características del TAG.

Tema 2. Maltrato doméstico.

Definición y Prevalencia.

El Centro de Prevención y Control de Trastornos de Estados Unidos define al maltrato en pareja como abuso físico, psicológico y/o sexual como también amenazas de violencia entre dos personas con una relación íntima (CDC, 2012 citado en Sax, 2012). El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) comenta que en el 2011 se elaboró una encuesta nacional de violencia de género en contra de las mujeres en el Ecuador, donde el 60,6% han sido víctimas de maltrato. Adicional, indica que el maltrato más común es el psicológico con 53,9% y una de cada cuatro mujeres es violentada sexualmente. También encontró que el 35% de las mujeres reportaron ser maltratadas físicamente por su pareja actual o anterior.

Según Sax (2012), un solo incidente de violencia hasta repetitivos incidentes se describe como que existe violencia/maltrato dentro de una pareja por lo que tratamientos y cuidados efectivos son necesarios para las víctimas de maltrato en pareja ya que investigaciones han demostrado que el maltrato tiene efectos de larga duración en el bienestar físico, mental y emocional de la persona abusada.

La mayoría de víctimas mujeres de maltrato doméstico por parte de su pareja son de estado socio económico bajo que no han tenido una educación superior (McVay, 2012). Adicional, las personas que han presenciado maltrato físico en su familia (padre – madre) o lo han recibido en su niñez, tienen tres veces más probabilidad de que sufran maltrato físico por parte de su pareja en la adultez que los niños que no han presenciado maltrato físico en su familia (Tjaden & Thoennes, 2000; Ehrensaft et al., 2003 citado en McVay, 2012). Esta probabilidad se denomina transmisión intergeneracional del maltrato físico donde niños que han visto violencia en su familia, en la adultez tienden a tener represalias como no poder solucionar un conflicto adecuadamente; por ende, aprenden a solucionarlo con hostilidad siendo violentos o siendo pasivos y auto culpándose (VonSteen, 1997 citado en McVay, 2012).

Ciclo repetitivo del maltrato doméstico.

Según psicólogos clínicos y forenses del Instituto de Práctica de la Psicología Forense en el Reino Unido (FPP, 1999), manifiestan que el maltrato doméstico en pareja se basa en un ciclo repetitivo donde son las emociones, pensamientos y conductas que conllevan a la violencia en pareja. Según Walker (1979 citado en FPP, 1999), que lo llama el ciclo del maltrato, tiene tres etapas comenzando por la etapa de tensión y discusión, consiguiente la respuesta de violencia física y verbal, y termina con un estado de reconciliación y arrepentimiento.

Frude (1980,1989 citado en FPP, 1999) describe un ciclo más detallado que comienza tras la presencia de una situación estresante que acumula tensión y que conlleva a la percepción de la situación como amenazante; donde posteriormente, incrementa la ira, hostilidad y estrés emocional en respuesta a la situación que al final lleva al maltratador a responder de forma físicamente violenta en respuesta a la situación estresante que lo

provoca. Al final del ciclo que el investigador menciona, el maltratador después del acto violento, puede seguir con una actitud hostil o luego expresar remordimiento y prometer no volverlo a hacer.

Según la FPP (1999) la víctima en general está consciente de este ciclo y adapta su conducta en respuesta a este. También menciona que aunque la víctima luego del maltrato siente que debe abandonar la relación, después de un tiempo de la cesación del maltrato y el arrepentimiento y promesas del maltratador, la víctima es convencida a volver a la relación y comenzar el ciclo de nuevo.

Vínculo Traumático.

Dutton (1995 citado en FPP, 1999) denota que no son las características individuales de la víctima o el maltratador que los mantiene en la relación violenta, más los intensos apegos o vínculos emocionales que tienen entre ellos. Por lo tanto comenta que estos apegos emocionales se han visto en muchos casos con niños abusados que se sienten apegados a su abusador o secuestrados que se sienten apegados a sus secuestradores. Adicional, el investigador se refiere a este apego como vínculo traumático donde se desarrolla fuertes vínculos emocionales entre el maltratador y la víctima y que hace que la víctima siga regresando inclusive en casos de extrema violencia. Por lo que alude a que la relación tiene dos características. La primera que la víctima se percibe a sí misma como impotente y dominada por su maltratador por lo que la vuelve dependiente del poder que tiene este para incrementar su propio sentido de poder y tapar sus sentimientos de indefensión, mientras que el maltratador se vuelve dependiente de la sumisión de su pareja porque prevalece su sentido de poder (Becker 1973; Fromm, 1941; Lion 1977; McClelland, 1975 citado en FPP, 1999). La segunda característica de la relación se da cuando el maltrato se interrumpe por periodos de calma y reconciliación debido a que el

maltratador le da remordimiento y se arrepiente viendo que la víctima lo rechaza por lo que siente que pierde su poder sobre ella; por lo tanto, Dutton (1995 citado en FPP, 1999) insinúa a que mientras más fuerte fue el episodio de maltrato más agradable es el periodo de reconciliación y por lo tanto se refuerza el vínculo entre la pareja.

Efectos en una víctima de una relación violenta repetitiva.

El FPP (1999) investigó sobre los efectos que una víctima de una relación violenta repetitiva puede padecer. Según el instituto, los factores que influyen en cómo la víctima responderá a un episodio de maltrato dependen de algunas variables antes, durante y después del maltrato por lo que denota que mientras más negativos sean estos factores peores efectos tendrá el maltrato en la víctima y es más probable que esta se quede en la relación violenta repetitiva. Por lo tanto, menciona que los factores que influyen antes de que se dé el maltrato se deben al grado que la víctima es psicológicamente resistente, por lo que dependen de su situación socio-económica anterior, experiencias estresantes o traumatizantes anteriores, la calidad de sus relaciones pasadas y experiencias pasadas de maltrato o factores psicológicos que afecten como atribuye la culpa. También comenta que los factores durante el maltrato se deben al tipo de violencia, su severidad e intensidad, la creencia de la víctima de hasta qué punto cree que su vida está en peligro y el tipo de relación que tiene con su pareja. Por último expone que los factores después del maltrato se refieren a la respuesta del maltratador ante el maltrato ocasionado y la respuesta del sistema de apoyo ofrecido a la víctima personalmente y profesionalmente.

Por ende, la FPP (1999) comenta que si una persona es psicológicamente resistente y experimenta por parte de su pareja maltrato y obtiene el apoyo judicial, profesional y familiar, es mucho menos probable que caiga en una relación violenta repetitiva. Por lo que alude a que mientras una persona que ha sufrido de algunos traumas anteriores y no es

psicológicamente resistente, si sufre de maltrato, probablemente tiene menos herramientas para enfrentarse a la situación; y sin el apoyo social y/o profesional, además de cómo atribuye la culpa (ej. “me merezco esto”) es mucho más probable que se quede en la relación violenta y que sufra sus efectos negativos. Adicional, el instituto recalca que mientras más episodios de violencia hay, los factores antes, durante y después del maltrato se empeoran por lo que la víctima se vuelve psicológicamente más débil, más traumatizada con más efectos negativos y los episodios de maltrato pueden ser más frecuentes y severos.

Las víctimas de una relación violenta repetitiva pueden pasar por algunas etapas de adaptación hacia su situación (FPP, 1999). Symonds (1980 citado en FPP, 1999) menciona cuatro etapas de respuestas de victimización. La primera se da inmediatamente después del episodio de maltrato donde la víctima entra en shock, negación e incredulidad de lo que paso (FPP, 1999). Siguiendo, cuando la víctima se da cuenta de la situación, entra en un estado de miedo que la paraliza en donde le provoca un sentimiento de soledad e impotencia por lo que separa su consciencia de su cuerpo (estado de disociación) (Walker, 1979; Symonds 1980 citado en FPP, 1999). Luego, la víctima entra en un proceso tardío de enfrentamiento a la situación donde empieza la rumia de pensamientos constantes por lo que puede incluir pensamientos de evaluación de su vida y promesa de cambiar si tiene la oportunidad (Strentz, 1979; Symonds, 1980 en FPP, 1999). Finalmente, la víctima según Symonds (1980 citado en FPP, 1999) entra en un estado que lo llama infantilismo psicológico traumatizante donde la víctima pierde la habilidad de comportarse como un adulto y regresa a conductas que aprendió en la infancia como la obediencia, complacencia, sumisión y adulación a su pareja violenta. Si la víctima permanece en este estado de infantilismo, esta puede llegar a identificarse con el agresor el cual el investigador lo llama transferencia patológica.

Algunos efectos emocionales comunes en víctimas de maltrato son trastornos de ansiedad, trastornos de depresión, ira u hostilidad, culpa, vergüenza, baja autoestima y trastorno de estrés post traumático (McVay, 2012; FPP, 1999). Adicional, efectos conductuales comunes que se dan en las víctimas de maltrato son: aislamiento social y familiar, dejar intereses y hobbies de lado, abuso de alcohol y/o drogas, desórdenes alimenticios, autolesiones e intentos de suicidio (FPP, 1999).

Tema 3. Modelo cognitivo.

Definición modelo cognitivo.

El modelo cognitivo indica que las emociones y conductas están determinadas por la manera en que la persona construye y estructura su mundo en su mente (Beck, 1964; Ellis, 1962, en Beck, 1995). Por ende, Beck (1995) denota que es la manera que el individuo se entiende a sí mismo, a los demás y al ambiente. Por lo alude a que no es la situación vivida en si la que influencia su estado emocional o conducta, sino la percepción que se tiene de la misma. Como consecuencia, el investigador explica que las cogniciones de la persona influyen en su percepción y estas se expresaran a través de pensamientos automáticos (pensamientos e imágenes de la cognición) que provocarán una emoción el cual se reflejará en su conducta. En cuanto a las cogniciones de la persona, estas se refieren a los procesos cognitivos y a los contenidos de la cognición (Guijarro y Vindel, 1999).

Según Guijarro y Vindel (1999) los procesos cognitivos incluyen los mecanismos de la mente que ayudan a valorar, codificar, almacenar y recuperar la información de los esquemas que la persona tiene para organizar la información percibida en su memoria y brindar un significado a la situación. Por lo que denotan que la información viene de la percepción, atención, memoria e interpretación de las situaciones vividas. También comentan que al procesar la información puede producirse errores en cualquiera de estos

procesos cognitivos, por lo que puede haber una alteración de la información o distorsión al interpretar los eventos ocurridos. Por lo tanto, estos errores se dan por los contenidos de la cognición que la persona ha adquirido previamente (Ruiz y Imbernon, 1996).

Los contenidos de la cognición comprenden los esquemas de la mente, que incluyen las creencias centrales y los supuestos o creencias intermedias, y los pensamientos automáticos e imágenes (Guijarro y Vindel, 1999; Beck, 1995).

Ruiz e Imbernon (1996) indican que los esquemas se basan en la organización de experiencias previas generadas mayormente en la infancia y que dieron lugar a creencias personales o significados subjetivos que por lo general actúan de manera inconsciente sin que la persona se percate de su influencia. Los investigadores comentan que estos esquemas infantiles se crean mediante la percepción de su experiencia a través de imágenes de situaciones repetitivas que vive el infante hasta los cuatro años de edad (relación con sus padres, su entorno y su imagen de sí mismo) y que provee la base de su personalidad; por lo que estos esquemas actuarán como modelo en la interpretación de nuevas situaciones y facilitarán el recuerdo de las emociones, pensamientos y conductas que la persona usó previamente para que lo utilice cuando se suscite un evento significativo y/o similar a eventos pasados. Así, se van construyendo estructuras cognitivas, sobre todo creencias centrales e intermedias del individuo (Beck, 1995).

Las creencias centrales comienzan a generarse en la infancia y se presentan como verdades absolutas sobre uno mismo, su futuro, sobre los otros y su entorno (Beck, 1995). Estas se desarrollan tras el proceso del individuo de organizar su experiencia en una forma coherente para poder adaptarse a la situación de ese momento; por lo que si la situación es traumática o estresante, puede desarrollar creencias disfuncionales de sí mismo, su futuro, los otros y su entorno (Rosen, 1988 citado en Beck, 1995).

Las creencias centrales según Beck (1995) son las más esenciales, rígidas y sobre generalizadas del individuo que no se verbalizan. El investigador denota que estas creencias pueden activarse ante una situación concreta “estado ansioso” o puede estar activa mayor parte del tiempo si se relaciona e identifica con la mayoría de situaciones del individuo. Además alude a que estas creencias pueden ser positivas “soy capaz”, “la gente es buena”, o “el ambiente es seguro”; o pueden ser negativas “soy malo”, “la gente es mala”, “el mundo es peligroso” por lo que la persona interpreta las situaciones en base a el tipo de creencias centrales que tiene. Por lo tanto menciona que el individuo tiende a enfocarse en la información que corrobore con sus creencias centrales, dejando de lado la contraria. Según el investigador, estas creencias pueden ser de indefensión “soy un fracaso” o de vulnerabilidad “soy defectuoso”. También indica que la persona puede tener creencias centrales disfuncionales de su ambiente “mi entorno no es seguro” y de otras personas “las personas son malas”.

Adicional, Beck (1995) expone que las creencias centrales influyen el desarrollo de creencias intermedias que consisten en suposiciones de “si...entonces” (“si no hago todo lo que quiere entonces me va a odiar”), en reglas/normas (“debo evitar lo difícil”) y en actitudes (“está mal equivocarse”). El investigador explica que estas creencias son más flexibles que las creencias centrales pero son más difíciles de cambiar que los pensamientos automáticos. Además alude a que estas tienen la influencia del ambiente ya que el individuo intenta dar sentido a su entorno; por lo que trata organizar su percepción de sí mismo, los otros y el ambiente a través de reglas, actitudes y suposiciones que le dirán que pensamientos, emociones y conductas son aceptables o no de mostrar de sí mismo o de las personas alrededor suyo.

Por lo tanto, Ruiz y Imbernon (1996) comentan que los esquemas cognitivos (creencias y supuestos) son la forma en que la persona da sentido y significado a sus

experiencias pasadas, actuales y futuras el cual permanecen inactivos en la memoria hasta que ocurre un evento concreto (acontecimiento personal) que los desencadena. Los investigadores exponen que cuando estos supuestos personales o esquemas se activan pueden producir errores del pensamiento llamados distorsiones cognitivas el cual se deben a maneras erróneas de pensar concretas y habituales por lo que se relacionan con determinadas emociones y conductas. Por ende indican que estas distorsiones cognitivas se expresan a través de los pensamientos e imágenes que se suscitan en plena situación llamados pensamientos automáticos.

Los pensamientos automáticos, parte de los contenidos de la cognición, están en un nivel menos profundo que las creencias centrales e intermedias ya que es más fácil estar conscientes de ellos (Beck, 1995). Ruiz e Imbernon (1996) aluden a que estos representan la charla interna que se tiene con uno mismo mentalmente, expresado a través de pensamientos e imágenes el cual se relacionan con los estados emocionales intensos que influenciaran en la conducta y la respuesta fisiológica del individuo. También explican que estas forman pensamientos subjetivos y evaluativos de las cosas sin el resultado de la deliberación o razonamiento ya que fueron aprendidos como reflejos momentáneos de creencias y actitudes mayormente durante la infancia o adolescencia donde no se ha desarrollado tanto todavía la capacidad de razonar o analizar. Por lo tanto indican que se almacenan fácilmente en la memoria y esperan ser activados por cargas emocionales intensas.

Como los pensamientos automáticos aparecen automáticamente, Beck, (1995) insinúa a que uno está más consciente de la emoción intensa que suscita. Inclusive denota que si la persona está consciente de su pensamiento y sabe que puede ser irracional, la emoción sentida ese momento le hace aceptar al pensamiento automático como verdadero. En el caso de una persona que sufre un trastorno psicológico va a tener una charla interna

concreta con respecto a su estado psicológico por lo que si sufre de ansiedad generalizada por ejemplo, puede decirse a sí mismo “si salgo en esta lluvia me va a pasar algo terrible”; y aunque sepa que puede no ser verdad, las emociones de angustia y preocupación intensas van a hacerle creer que es una verdad irrefutable lo que piensa y/o imagina (Ruiz y Imbernon, 1996). Por lo que Beck (1995) propone que cuando uno siente una emoción intensa negativa, lo que puede hacer primero es preguntarse: “¿que estaba pensando ese momento?” para que el pensamiento automático se identifique y se lo razone, por lo que se puede corregir la interpretación errada que este pensamiento suscitó y se la puede modificar a una más positiva y certera; por lo que se da un cambio positivo en la percepción del evento lo que conlleva a que la emoción negativa mejore.

Al razonar positivamente sobre los pensamiento automáticos, esto favorece la modificación de las distorsiones cognitivas resultantes de pensamientos erróneos y disfuncionales que provienen y alimentan los esquemas o creencias centrales que el individuo tiene y que se expresan a través de los pensamientos automáticos; por lo que se acerca de igual manera, a la modificación de las creencias centrales y intermedias ya que frena el ciclo de repetición y alimentación de los mismos (Ruiz y Imbernon, 1996).

Modelo cognitivo del TAG.

Barlow en 1988 (citado en Brown et al., 2001) formuló una conceptualización cognitiva del TAG que se caracteriza por la preocupación recurrente, la excitación y la constante alerta o híper vigilancia que muestra el individuo con TAG en el cual describe cinco factores que funcionan en conjunto que provocan estos síntomas. Estos son según el investigador, los eventos negativos vividos anteriormente, vulnerabilidad biológica, respuesta difusa ante el estrés, vulnerabilidad psicológica que se acompaña de sentimientos de falta de control; y falta de habilidades de afrontamiento. Adicional, indica que cuando el

individuo siente ansiedad aprensiva, este puede acompañarse de falsas alarmas que sirven para exagerar su percepción de amenaza y por ende su sentimiento de vulnerabilidad y falta de control ante la situación. Por lo tanto, comenta que el individuo con TAG tiende a estar con excesiva preocupación y sentimiento de pérdida de control en eventos de menor importancia por lo que causa que su ansiedad le provoque híper excitación, híper vigilancia, que cada vez se generalice a más situaciones inofensivas y se vaya siendo más crónico con el tiempo.

Borkovec en 1994 (en Brown et al., 2001) conceptualizó a la preocupación como un método de evitación de imágenes y síntomas físicos aversivos. Posteriormente Borkovec et al. en 2004 (en Brown et al., 2001) conceptualizaron a la preocupación excesiva que siente el individuo con TAG llamándolo modelo de evitación de la preocupación en donde explica que la preocupación del individuo expresada verbalmente, inhibe las imágenes mentales vívidas que le parezcan amenazantes, por lo que evita su consecuente activación somática y emocional necesaria para el procesamiento emocional y cognitivo del miedo y/o ansiedad; por lo tanto, se impide la activación completa de las estructuras del miedo en la memoria el cual se alude a que es necesario para la reducción, habituación y extinción del miedo y/o ansiedad misma (Behar, Zullig, & Borkovec, 2005; Borkovec & Inz, 1990; Foa & Kozak, 1986; Foa et al., 2006 citado en Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman y Staples, 2009). Es decir, la familiarización y extinción del miedo y/o ansiedad se da cuando hay exposición a las imágenes que se perciben como amenazantes, al evento temido, su respuesta a este y al significado de su miedo y/o ansiedad (Foa & Kozak, 1986; Foa et al., 2006 citado en Behar et al., 2009).

Estudios ratifican que la preocupación se caracteriza por la hiperactividad de pensamientos recurrentes y bajos niveles de imaginación (Borkovec & Inz, 1990; Borkovec & Lyonfields, 1993; East & Watts, 1994 citado en Brown et al., 2001). Por lo que

Borkovec et al. (2004 citado en Behar et al., 2009) denotan que la preocupación es un intento de solucionar y de remover una imagen de amenaza percibida de su mente y de paso la experiencia emocional y física (de malestar) que se da cuando uno se enfrenta a lo temido. Por lo tanto, la preocupación expresada verbalmente se utiliza para evitar niveles de ansiedad más estresantes, como cuando uno enfrenta imágenes catastróficas de amenazas futuras, por lo que da al individuo un alivio temporal y se refuerza por pensamientos positivos de que la preocupación le ayuda a resolver problemas y evitar eventos negativos futuros (Borkovec, 1994; Borkovec et al., 2004 en Behar et al., 2009). Por ejemplo un pensamiento automático que refuerza positivamente a la preocupación puede ser: “si me preocupo ahorita, voy a evitar que pase algo malo después”; la creencia intermedia: “debo preocuparme ahorita o luego no voy a estar preparada para lo que suceda” y la creencia central: “soy vulnerable ante los eventos negativos, debo preocuparme con anterioridad para estar preparada” (Borkovec et al., 2004 en Behar et al., 2009).

En consecuencia, el uso de la preocupación de esta manera, afectará la solución de problemas en eventos reales debido a que el contenido de la preocupación de los individuos con TAG salta de evento en evento sin una efectiva resolución de los mismos (Brown et al., 2001). En tanto que los individuos con TAG experimentaran cada vez más afecto negativo y distorsiones cognitivas en el futuro (Borkovec, 1994 en Brown et al., 2001).

Las cuatro distorsiones cognitivas más comunes en el TAG es tener una visión catastrófica de los acontecimientos generales al pensar por adelantado que le pasara algo terrible sin tener prueba alguna (“algo malo va a pasar”, “voy a fracasar”), tienden a ponerse o poner al resto etiquetas globales que reducen todos los aspectos de la persona a un solo elemento de que “soy o son” tal cosa por lo que eso produce una visión

estereotipada y inflexible (“soy un fracaso”, “los jefes son malos”); tienen un pensamiento polarizado donde valoran los sucesos en forma exagerada sin ver los aspectos intermedios (“solo me pasan cosas malas”) y sobre generalizan los hechos específicos como si fueran aspectos generales de uno mismo o de otros (porque no le dieron el trabajo en tal lugar piensa: “nunca conseguiré trabajo”) (Beck et al., 2005; Ruiz y Imbernon, 1996).

Modelo cognitivo de la víctima de maltrato físico repetitivo en pareja.

Según la FPP (1999) la gente en su mayoría tiene una visión del mundo como un lugar justo basado en su comportamiento (ej. “si soy una buena persona los otros serán buenos conmigo”) por lo que da un sentido a su vida de seguridad y que tiene el control de las situaciones. Por lo que indica que las víctimas de maltrato para no perder la habilidad de ver al mundo como justo, empiezan a tratar de darle sentido a su situación creyendo que posiblemente es una persona mala y por lo tanto de alguna manera se merecen ese maltrato. Por lo tanto, alude a que le provoca sentimientos de culpa, baja autoestima, iras u hostilidad, depresión, entre otros.

Adicional, la FPP (1999) comenta que las víctimas de maltrato pueden desarrollar un estilo de pensamiento que los investigadores lo llaman dicotomía de abuso donde la víctima piensa que si algo malo pasa es su culpa por ser mala o deficiente, y si algo bueno pasa es por alguien más. El instituto expone que este pensamiento lleva a la víctima a sentirse impotente de no poder controlar sus situaciones en especial cuando algo malo pasa; por lo que atribuye a su propio comportamiento las cosas malas independientemente de su conducta. Además, explica que las víctimas de maltrato pierden el sentido de benevolencia del mundo y en vez piensan que es malo por lo que resulta en la pérdida de confianza en los otros y creen que los que le rodean quieren hacerle daño de alguna manera. Por lo que denota que algunas víctimas de maltrato generalizan más este

pensamiento y creen que el universo o “el creador” les señaló para que sean castigadas a recibir maltrato.

La FPP (1999) indica que para no perder el dominio de sus vidas y situaciones y no sentirse impotentes, las víctimas de maltrato al pensar que el mundo es malo e inseguro, quieren protegerse a toda costa de este por lo que su forma de protegerse eficazmente, es buscar seguridad a través de culparse a sí mismas por el maltrato. Esto, según el instituto, les ayuda a controlar su comportamiento para prever un maltrato futuro; por ende, al pensar que fue su culpa por no querer a su pareja lo suficiente, por no servirle la comida que quería, por llegar un poco atrasada del trabajo, entre otros ejemplos, le ayuda a prevenir un maltrato y le da un sentimiento de mayor control y seguridad tras cambiar su comportamiento a gusto del maltratador (por lo tanto se aferra a su distorsión cognitiva de atribuirse de la culpa).

Adicional, la FPP (1999) alude a que víctimas de maltrato se describen a sí mismas erróneamente y se debe a que primero se creen responsables de la situación de maltrato y segundo en que internalizan las distorsiones cognitivas del maltratador. Por lo tanto explica que las creencias centrales de las víctimas de maltrato son: “soy mala”, “soy culpable”, “soy defectuosa”. También indica que las creencias intermedias son: “me merezco ser maltratada por ser culpable”, “tengo que hacer lo que me dice si no me pega”, “soy mala por lo tanto tengo que ser castigada”. Finalmente, comenta que los pensamientos automáticos en general de las víctimas son: “las malas situaciones son mi culpa por ser deficiente y las buenas son por otras personas”, “debí haber hecho algo malo para que me maltrate”, “puedo cambiar la conducta de mi pareja”, “puedo prevenir otro maltrato tras cambiar mi comportamiento”, entre otros.

Al interiorizar las distorsiones cognitivas del maltratador, la FPP (1999) manifiesta que las víctimas pueden creer que es su responsabilidad de parar el maltrato porque son las

culpables, que el maltratador no tenía la intención de hacerle daño solo reaccionaba y/o que el maltrato no es culpa del maltratador porque ella le provocó; por lo que estas distorsiones lo llaman errores de pensamiento de contenido. En cuanto a las distorsiones cognitivas de la víctima, llamados errores de procesamiento del pensamiento, el instituto denota que son opuestas a las del maltratador en cuanto a que el maltratador cree que sus necesidades son más importantes y que no pueden hacer nada para parar de ser violentos, mientras que las víctimas de maltrato creen que sus necesidades no son importantes y que pudieron hacer algo para prevenir el maltrato. Adicional, comenta que los maltratadores se ven como víctimas que buscan compasión, mientras que las víctimas de maltrato se atribuyen la culpa del maltrato; y los maltratadores se creen intocables mientras que la víctima de maltrato cree que el mundo es malo y espera que le pasen cosas malas. Por lo tanto, manifiesta que las distorsiones cognitivas más comunes de las víctimas de maltrato son: falsa atribución “el alcohol es el culpable de su violencia no él”, culpabilidad “debí haber provocado el maltrato”, minimización “no fue tan fuerte, ya no me duele”, sesgo confirmatorio “es la responsabilidad del esposo disciplinar a su esposa”, falacia de control “puedo prevenir el maltrato cambiando mi conducta”, pensamiento dicotómico “todo lo malo que me pasa es por mi culpa”, negación “me prometió que no volverá a pasar y le creo”, etiquetado global “soy una mala persona”.

Tema 4. Terapia cognitivo-conductual.

Definición de la TCC.

Según el Centro de investigación Aplicada en Salud Mental y Adicciones de British Columbia (CARMHA, 2007), la TCC es un tratamiento estructurado, directivo y orientado al problema u trastorno que se enfoca en la interacción entre las cogniciones, las emociones y las conductas en un individuo. El centro expone que la TCC tiene como base

el entrenar y reforzar conductas positivas en el individuo tras primero identificar y modificar sus patrones cognitivos de pensamientos y emociones que le resultan mal adaptativos y que le producen malestar (en especial si tiene un trastorno mental) el cual estos influyen en la conducta del mismo. Además comenta que tras identificar pensamientos y creencias disfuncionales y tras la modificación de estas, por aprendizaje de pensar de una manera más realista y funcional, el individuo se sentirá diferente en cuanto a sus experiencias y por lo tanto actuará diferente.

CARMHA (2007) indica que La TCC dura entre 10 a 20 sesiones y tiene una estructura específica empíricamente comprobada, el cual se enfoca en problemas actuales del individuo. Por lo tanto, manifiesta que la TCC tiene fuerte evidencia de su efectividad en varios trastornos mentales y en circunstancias donde el individuo tiene necesidades complejas (ej.: en el TAG), usa otro tipo de tratamiento a la par (pastillas) o donde otros tratamientos no fueron efectivos en el paciente; por lo que en algunos trastornos mentales (ej.: depresión mayor), la TCC es la mejor opción de tratamiento psicológico.

En particular, según CARMHA (2007), las técnicas de la TCC son aplicadas de acuerdo al trastorno mental por lo que cada técnica es estudiada para un específico trastorno donde se demuestra tiene efectividad, por ejemplo, desensibilización sistemática en fobias. El centro expone que los diferentes tipos de TCC en la actualidad son: TCC individual, TCC grupal, programas computacionales basados en la TCC, biblioterapia, libros de auto ayuda basados en TCC; donde la terapia individual tiene más soporte empírico de su eficacia y la terapia grupal también se ha demostrado efectiva en algunos casos (ej.: víctimas de maltrato doméstico). Finalmente, manifiesta que las responsabilidades que un terapeuta de la TCC tiene con su paciente, es establecer una alianza terapéutica colaborativa entre los dos para poder hacer un diagnóstico diferencial del trastorno mental que el paciente pueda tener y acceder a los síntomas de riesgo del

mismo (ej.: riesgo de suicidio). Por lo que alude a que el diagnóstico es necesario para tener una idea clara de que técnicas de la TCC son más aplicables y efectivas para tratar el trastorno mental del individuo.

Objetivos de la TCC.

El primer objetivo de la TCC es que el paciente se ponga de acuerdo con el terapeuta en cuáles son sus objetivos a corto y largo plazo que quiere obtener con la terapia para que ambos colaboren activamente en cada sesión (British Columbia. CARMHA, 2007). Luego según Beck (1995), se empieza por identificar los eventos e interacciones que han aportado a su trastorno mental, por lo que pueden salir a relucir eventos traumáticos y situaciones donde se ha sentido vulnerable; para así, poder elaborar un diagnóstico diferencial el cual se centra en los síntomas que el individuo tiene en el presente. El investigador denota que al reconocer cómo el individuo ha logrado acoplarse a estos eventos e interacciones que le han favorecido a obtener determinado trastorno psicológico, salen a relucir sus pensamientos, creencias, emociones y conductas que contribuyen a apoyar y mantener su trastorno psicológico. Adicional, comenta que al preguntar al paciente que es lo que piensa o imagina en ese momento donde se siente vulnerable, salen a relucir los pensamientos automáticos distorsionados acerca de lo que este percibe del ambiente (situaciones) y acerca de si mismo (sus creencias centrales) el cual le provoca un afecto negativo (ansiedad aprensiva en caso del TAG); para que luego mediante estos se puedan modificar por pensamientos más reales y funcionales mediante técnicas cognitivas.

Las técnicas cognitivas usadas por Beck (1995) incluyen el reconocer, monitorear y analizar los pensamientos automáticos a través de registro de pensamientos y formulario de creencias para luego modificar estos pensamientos distorsionados a través de encontrar

evidencia de pensamientos alternativos más funcionales y realistas el cual ayuda al paciente a ver una situación en diferentes perspectivas y no solo selectivamente en el enfoque negativo y distorsionado que le provoca afecto negativo y su trastorno mental. Los registros que el paciente llena cada vez que se mantiene alerta a sus pensamientos, creencias, emociones, cambios en su cuerpo y conductas ayuda a que este se auto monitoree y cada vez este más consciente de sus pensamientos disfuncionales y sus pensamientos alternativos ante las situaciones; para así, sentirse y actuar de forma más funcional y realista (British Columbia. CARMHA, 2007).

CARMHA (2007) denota que adicional a las técnicas cognitivas en la TCC, se le suma técnicas conductuales donde ayuda al paciente a aprender nuevas conductas y nuevas formas de afrontamiento y acoplamiento a eventos que provocan estrés cognitivo y emocional en el paciente el cual se practican primero en terapia (en un ambiente seguro) para posteriormente aplicarlas en su vida. El centro indica que algunas de estas técnicas incluyen el aprendizaje de habilidades sociales, resolución de problemas, regulación de sus emociones mostradas, respuestas asertivas, entre otros.

Adicional, existen diferentes técnicas conductuales de exposiciones múltiples que se utilizan bastante en el caso de trastornos de ansiedad ya que son efectivas para reducir sus síntomas y crear habilidades de afrontamiento en el paciente (Bados y García, 2011). Por ejemplo, para fobias se utiliza mucho la técnica de desensibilización sistemática donde evitar el objeto temido incrementa y mantiene la fobia por lo que al ayudar al paciente a exponerse a lo temido gradualmente y en un ambiente seguro (practicando en terapia) (British Columbia. CARMHA, 2007). La exposición interoceptiva por ejemplo, se utiliza para varios trastornos de ansiedad, en especial los ataques de pánico, ya que consiste en exponerse a las sensaciones corporales que se temen (taquicardia) mediante diversas maneras como retener la respiración, tensionar todos los músculos, entre otros (Bados y

García, 2011). La exposición en vivo comprende en exponerse gradualmente a situaciones reales que provocan temor y que generan ansiedad por ejemplo, figuras de autoridad, hablar con extraños, entre otros (Bados y García, 2011). Exposición a la preocupación que se utiliza para el TAG donde el paciente escoge una preocupación y se imagina el peor resultado posible para generar posteriormente resultados alternativos (Brown et al., 2001).

Finalmente, Bados y García (2011) exponen que la exposición prolongada se utiliza efectivamente para el TAG, trastorno de estrés post traumático, fobias, pena mórbida, pesadillas y trastorno de estrés agudo. Los investigadores aluden que la exposición prolongada consiste en exponer al paciente por un largo tiempo (25 a 120 minutos) al suceso que le provoca ansiedad, miedo, entre otros. Esta exposición explican, puede ser en vivo asistido por el terapeuta o en imaginación (en terapia) donde el paciente recuerda vívidamente el evento temido incluyendo emociones, pensamientos, respuestas somáticas y su entorno. Adicional, indican que el terapeuta va evaluando el nivel de ansiedad cada cinco o diez minutos del paciente y cuando hay una imagen o suceso intenso, se le pide al paciente que la retenga y detalle vívidamente lo que recuerda. Los investigadores alegan que la sesión de exposición prolongada no se termina hasta que el paciente reporte que redujo su ansiedad al menos en un 50% ya que si se acaba la exposición con un alto nivel de ansiedad, el paciente puede quedar más sensibilizado a ese evento y por lo tanto con más miedo y ansiedad. Al finalizar la exposición, comentan que el terapeuta discute con el paciente sobre lo que experimentó en la exposición, su proceso de adaptación al suceso afrontado y usualmente sale nueva información sobre los miedos y ansiedad que tiene el paciente. Finalmente, indican que un evento puede quedar como superado cuando el paciente tiene un malestar bajo ante este.

Terapia cognitiva-conductual en el TAG.

Muchos estudios denotan la eficacia de la TCC en la reducción de síntomas de los trastornos emocionales y de ansiedad (Beck, 1995). En un meta análisis de Olanuji, Cisler & Deacon (2010), se examinó 65 estudios de la aplicación de la TCC y la terapia farmacológica a los pacientes con TAG, donde encontraron un efecto significativo en la disminución de síntomas de ansiedad y depresión con la TCC comparado con los pacientes en lista de espera y pacientes que se les dio una pastilla placebo. En la comparación entre la TCC y la terapia farmacológica demostraron que hay un efecto positivo significativamente mayor con la TCC en varias investigaciones que examinaban la eficacia de estos en el TAG. Aunque no existen muchos estudios, según los investigadores, que comparen la TCC con otras terapias psicológicas para el TAG, concluyeron que la TCC es más efectiva para el TAG en mantener la disminución de síntomas.

Adicional, algunos estudios han medido la eficacia de la TCC en la preocupación patológica en los pacientes del TAG, donde un estudio en particular hecho por Covin, Ouimet, Seeds & Dozois (2008) usaron el Cuestionario de Preocupación de Penn State para medir la preocupación aprensiva y crónica del TAG, y notificaron la eficacia de la TCC en reducir la preocupación aprensiva en los pacientes con TAG el cual los resultados se mantuvieron hasta el año de seguimiento. Siendo así, los investigadores manifestaron que los adultos jóvenes tuvieron mejores resultados que los adultos mayores y que la terapia individual fue más efectiva que la grupal aunque la terapia grupal con TCC mostró también mantenimiento y mejoramiento de la reducción de la preocupación aprensiva en los pacientes con TAG después de la terapia a los 6 y 12 meses de seguimiento.

El TAG se denota como el trastorno de ansiedad más difícil de tratar por que se instaure gradualmente, se vuelve crónico, fluctúa y está enfocado a muchas áreas de la vida del paciente; por lo que se puede ver mejores resultados en la reducción de síntomas del

TAG con la combinación de varias intervenciones basadas en la TCC (unión de técnicas de relajación, técnicas de exposición a lo temido, identificación de emociones y técnicas cognitivas) (Olanuji et al., 2010).

En base a lo que propuso Barlow en 1988 (citado en Brown et al., 2001) para el tratamiento del TAG que conlleva en reducir la excitación automática que provoca la ansiedad, con relajación, además de mejorar habilidades de afrontamiento y reestructuración cognitiva; Brown et al. (2001) se reunieron para lograr una investigación y plantear un modelo de la TCC para el TAG que intervenga en los tres componentes afectados por la ansiedad que son: la cognición, la conducta y los síntomas físicos. Estudios recientes denotan que los tratamientos que se enfocan en un solo componente del TAG resultan tener poca eficacia por que el TAG tiene muchas áreas de preocupación en su vida con muchas dimensiones afectadas; por ende, varias investigaciones apoyan y comprueban la eficacia de unir varias técnicas de la TCC para tratar los síntomas del TAG (Olanuji et al., 2010).

El modelo de Brown et al. (2001) comienza por primero preguntar al paciente su motivo a asistir a terapia y sus expectativas a corto y largo plazo. Siguiendo, comentan que el terapeuta describe al paciente los tres componentes, cognitivo, físico y conductual, que intervienen en su trastorno; por lo que el paciente describe sus síntomas físicos, sus preocupaciones recurrentes y como demuestra su conducta ansiosa. Adicional, explican que el terapeuta le psico-educó sobre lo que es la ansiedad adaptativa y mal adaptativa ayudando así a que los síntomas del paciente se normalicen para posteriormente lograr una apertura del paciente y que entienda elementos que se van a tratar y los deberes de auto-monitoreo que realizará de sus pensamientos automáticos.

Para el tratamiento cognitivo del TAG, Brown et al. (2001) utilizaron el análisis de Beck et al. (2005) de primero identificar los pensamientos automáticos y las situaciones

específicas que le provocaron ansiedad al paciente, por lo que el terapeuta le dice las razones por las que las cogniciones disfuncionales y distorsionadas han persistido en el tiempo y le va explicando al paciente que su percepción e interpretación de las situaciones y lo la situación en sí, es lo que le provoca ese afecto negativo; por ende su conducta ansiosa, sus síntomas físicos y pensamientos ansiosos. Como deber, los investigadores comentan que se le manda al paciente a auto monitorear sus pensamientos automáticos después de haber practicado con el terapeuta ejemplos de situaciones que suscitan a estos, para que así el paciente adquiriera la habilidad de reconocer sus interpretaciones para poder luego modificarlas en la reestructuración cognitiva.

La reestructuración cognitiva en el modelo cognitivo de Beck (1995) implica en primera instancia modificar la percepción distorsionada que tiene el individuo de los eventos tras estar alerta a los pensamientos automáticos y/o imágenes que aparecen y poder monitorearlos, identificarlos y ponerlos a prueba con una herramienta llamada registro de pensamientos donde el individuo plantea una situación que le provoca ansiedad en papel, registra las emociones suscitadas con su intensidad del 1 al 10, y al lado registra los pensamientos automáticos que aparecieron en base a esta situación y sus emociones. En este punto, manifiesta que el individuo identifica la disfuncionalidad de sus pensamientos debido a que estos causan sus emociones negativas; por ende, para modificarlos, tiene el deber de escribir pensamientos alternos más funcionales y racionales dándose cuenta que los anteriores pensamientos le provocaban un afecto negativo (debido a su naturaleza automática por el cual no han sido razonadas), y que los nuevos pensamientos alternos son más reales por ende ayudan a reducir las emociones negativas y las percepciones distorsionadas que aparece en la situación que provoca ansiedad.

Siguiente, el terapeuta le va psico-educando sobre las distorsiones cognitivas que se dan a través de interpretar una situación de acuerdo a las preocupaciones del paciente

(usualmente son pensamiento catastrófico, sobre generalización, polarización y sobre estimar resultados negativos) (Beck, 1995). El terapeuta le da ejemplos sobre cómo estas distorsiones cognitivas se presentan y ambos los identifican en las situaciones reales del paciente; para así, conocer como se manifiestan claramente y luego poder razonar sobre la probabilidad real de que los eventos negativos realmente ocurran según las distorsiones negativas por lo que cuestiona su validez tras considerar hipótesis de que realmente ocurra para ver el impacto en el individuo, buscar evidencia pasada o presente de si ha ocurrido o no, y generar posibles alternativas reales de interpretar las situaciones (Brown et al., 2001). El paciente al poder identificar y plantear alternativas a los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas en situaciones que le genera ansiedad, Beck (1995) indica que puede pasar a identificar las creencias intermedias que son las reglas y/o normas como los “debería”, “tengo”, entre otros que el individuo siente ansiedad. Por lo que argumenta que estos de igual forma mediante preguntas y registro de pensamientos se los puede analizar y poner alternativas a las reglas y normas estrictas que le generan ansiedad.

Finalmente, el propósito de la reestructuración cognitiva según Beck (1995), es llegar a las creencias centrales de si mismo que son las que generan todos los pensamientos automáticos e intermedios disfuncionales y las distorsiones cognitivas que son las manifestadas en la conducta, cognición y cuerpo del individuo; por lo que mediante identificar primero a los pensamientos que están más accesibles y analizarlos mediante preguntas socráticas, registros de pensamiento, auto-monitoreo, entre otros, ayuda a que estas creencias centrales se identifiquen y se puedan modificar mediante un formulario de creencias centrales, cuestionamiento de su validez, formulario de conceptualización cognitivo, entre otras técnicas validadas para la terapia cognitivo conductual. El análisis en conjunto del terapeuta con el paciente, ayuda al paciente a identificar y mejorar su capacidad de enfrentamiento a estas situaciones, tras no interpretar a los eventos negativos

como positivos, más poder ver el impacto real del evento negativo como manejable y que no durará por siempre (Brown et al., 2001).

Siguiente para tratar la conducta ansiosa del cliente, Brown et al. (2001) usan la técnica de exposición a la preocupación donde se le pide al paciente que ordene las principales áreas de su vida que le dan más ansiedad comenzando de la que menos le da a la que más le da preocupación. Luego indican que el terapeuta le dice al paciente que escoja la primera área de su preocupación e imagine vívidamente sintiendo su ansiedad, durante media hora aproximadamente, el peor resultado posible en esa área de su vida. Al finalizar la media hora, explican que se le pide al paciente que imagine todas las alternativas posibles que difieran del peor resultado que se imaginó antes y que al acabar el ejercicio anote del 1 al 8 (de acuerdo a la hoja de exposición a la preocupación que usan) cuán preocupados y ansiosos estaban en el pico máximo de su preocupación en esa media hora que se imaginó el peor caso, y cuál es su nivel de preocupación y ansiedad ahora que pensó en diferentes alternativas. Adicional, denotan que se le pide al paciente practicar esto en casa y que cuando haya sentido que su preocupación ante esa área de su vida bajo a un 2 en la escala de preocupación, se le permite pasar a la otras áreas de su vida que planteo en orden de ansiedad.

Esto según Brown et al.(2001) y Behar & Borkovec (2005 en Behar, 2009) es una estrategia que sirve para que el paciente genere respuestas de afrontamiento al exponerse a sus preocupaciones y llegar a sentirlas más tiempo, por lo tanto concientizarlas, para que comiencen a generar alternativas más objetivas y racionales a las situaciones ya que una de las características del TAG es que los individuos que lo sufren, pasan de una preocupación a otra sin detenerse un rato a vivirla y analizarla; en vez, tratan de evitar la preocupación lo cual la intensifica, la mantiene y no provee una solución.

Adicional, la técnica de exposición en imaginación resulta efectiva para el TAG en conjunto a la exposición a las preocupaciones (Falsetti, 2003). Esta exposición en imaginación según Bados y García (2011), comprende que el paciente se imagina que está afrontando el evento/persona/situación que le genera ansiedad y experimenta los síntomas del mismo. Por lo que, explican que se le guía al paciente en terapia a que reviva una situación completa, es decir, que se acuerde en detalle el entorno físico, sus emociones, sus pensamientos, su respuesta fisiológica y los resultados que teme que pasen. Por lo tanto, aluden a que el paciente recuerda en detalle las experiencias que le provocaron ansiedad y preocupación recurrente así aprende habilidades de afrontamiento en vez de evitación y aprende que muchas de las situaciones que teme no son peligrosas y que las predicciones catastróficas que generó no son la realidad.

Finalmente, muchos estudios recientes implementan la relajación para aliviar los síntomas físicos que conllevan la hiper excitación debido a la ansiedad (O'Donohue & Fisher, 2008). Esto se confirma con la investigación de Wolpe (1958 citado en O'Donohue & Fisher, 2008) que planteó que un estímulo neutral puede volverse condicionado a un estímulo incondicionado que provoca miedo u ansiedad, por lo tanto conlleva a la adquisición del mismo. Por esto, su modelo de la inhibición recíproca propone que el miedo u ansiedad puede ser desaprendida tras emparejar el estímulo que lo provoca, o la respuesta a este, con una respuesta que no provoca miedo u ansiedad, como la relajación mediante técnicas de respiración.

Brown et al. (2001) sugieren entrenar al individuo con TAG un procedimiento de relajación hecho por Bernstein & Borkovec en 1973 (citado en Brown et al., 2001) llamado entrenamiento discriminativo donde se le enseña al individuo a darse cuenta de las sensaciones de cada músculo de su cuerpo y diferenciar cuando los tensa y cuando los relaja. El ejercicio, explican, se practica con el terapeuta por 30 minutos donde se le pide

al paciente tensar cada grupo de músculo y luego relajarlo; para que luego el paciente practique en la casa por lo menos dos veces al día. Con la práctica, el paciente dejará de asociar la tensión excesiva y los síntomas físicos de la ansiedad con la preocupación y en vez se dará cuenta de las señales de tensión en sus músculos en eventos estresantes, por lo que podrá emplear las técnicas de relajación ese momento como respiración profunda y lenta, respiración diafragmática e imaginería relajante y placentera; para así, reducir los síntomas físicos que acompañan a la sobre excitación que brinda la ansiedad y experimentar a la preocupación de una forma más realista, objetiva y controlable (Brown et al., 2001; Behar et. al., 2009).

Finalmente, la eficacia de este tratamiento consiste mayormente en que el individuo con TAG cumpla con sus deberes de auto-monitoreo y emplear las técnicas aprendidas en terapia (Brown et al., 2001). Brown et al. (2001) y Behar & Borkovec (2005 citado en Behar, 2009) sugieren al paciente con TAG que monitoree constantemente sus pensamientos disfuncionales, su conducta ansiosa, su respuesta fisiológica (tensión), sus emociones y lleve un récord de sus preocupaciones específicas con los resultados que teme y los resultados reales de estas preocupaciones. Adicional, proponen que se le enseñe a manejar su tiempo con ocuparse de las tareas que debe hacer en el presente y no pasar preocupado en tareas del futuro, a tener una libreta con el horario del día, a delegar trabajos a otros, a tener un tiempo en el día para la relajación, a generar alternativas para situaciones o problemas, entre otros que le ayudarán al paciente con TAG manejar su trastorno de la mejor manera posible y reducir los síntomas asociados a este.

Terapia cognitivo conductual para la víctima de maltrato doméstico.

Hay muchas investigaciones que enfatizan la efectividad de la TCC para tratar los síntomas psicológicos, emocionales y traumas relacionados al maltrato físico en pareja (Sax, 2012). Ehlers & Clark (2000 citado en Sax, 2012) encontraron que al identificar las creencias centrales de los pacientes que sufrieron maltrato de parte de su pareja, se puede entender como estos pacientes se enfrentan al trauma que sufrieron; además, ver como el paciente negativamente valora el trauma, este provee información de sus síntomas psicológicos. Por lo tanto, al identificar, razonar y modificar las creencias centrales de sí mismo y de su trauma ayuda a disminuir el efecto del trauma en la vida diaria de la persona maltratada (Sax, 2012). Específicamente el modificar como el paciente evalúa cognitivamente al trauma y adopta estrategias de afrontamiento mal adaptativas, Ehlers & Clark (2000 citado en Sax, 2012) encontraron que reduce los síntomas del trauma y estrés post traumático. El uso de la TCC para los pacientes que sufren de maltrato doméstico, es ayudarles a constituir creencias sanas sobre sí mismo (de autoestima y sus derechos), sobre su futuro, sobre su poder ante la situación, sobre sus estrategias de afrontamiento y sobre construir relaciones interpersonales eficazmente (Ehlers & Clark, 2000; Johnson & Zlontnick, 2009, citado en Sax, 2012). En el estudio de Johnson & Zlontnick (2009 citado en Sax, 2012) usaron el método de TCC en las mujeres que sufren maltrato físico por parte de su pareja, con énfasis en reducir sus síntomas de estrés post traumático, de ansiedad y de depresión a través de identificar y modificar su sentido de control, poder y seguridad ante su situación; además de trabajar en su autoestima y relación con su pareja mediante técnicas de la TCC que son: identificar, razonar, parar y modificar pensamientos automáticos (mediante preguntas y registro de pensamientos), identificar y modificar creencias disfuncionales (ej. registro de creencias) (Beck, 1995). Los resultados demostraron que en efecto hubo una reducción en la severidad de los síntomas, incremento

los recursos de las mujeres para enfrentar el maltrato y que estos resultados se mantuvieron por seis meses después de la TCC (Sax, 2012).

Adicional, Falsetti (2000) propone como TCC para pacientes que han sufrido un trauma individual, en este caso maltrato doméstico, primero educar a la paciente sobre los síntomas de miedo, ansiedad, irritabilidad, ira, dificultad de concentrarse, hiper vigilancia, dificultad en el sueño y posibles síntomas depresivos y ataques de pánico que la paciente puede experimentar. También, indica que se le introduce a diferentes habilidades de afrontamiento como la respiración diafragmática para ataques de pánico o ansiedad excesiva, relajación muscular progresiva, juego de roles imaginándose el evento/situación/persona que le provoca ansiedad para practicar diferentes alternativas de afrontamiento, y parar el pensamiento para reflexionar antes de evitar usando el auto dialogo guiado en terapia. Además, propone la exposición múltiple al trauma en maneras como escribir el evento traumático, exposición de imaginaria, exposición en vivo del evento o trauma y de los signos que producen pánico/ansiedad pero que son inofensivos al igual que situaciones que se relacionan al trauma pero son seguras, para que se quite la asociación al trauma; y adicional, la exposición interoceptiva a los síntomas físicos que crean la sensación de pánico/ansiedad como mover la cabeza, patear, temblar, entre otros.

Tema 5. Teoría del Apego.

Según Sanchis (2008) la predisposición genética y los primeros vínculos que un bebé establece con su cuidador principal son los más influyentes en construir la personalidad de un individuo aparte de su entorno, su círculo social, entre otros. El psicoanalista John Bowlby (1969 citado en Fonagy 2001) denotó que estos vínculos afectivos de apego hacia el cuidador/a más próximo, que en general sería la madre, son los

que dan al infante un modelo de cómo regular sus emociones dependiendo del comportamiento del cuidador. Es decir, dependiendo de cuán disponible o no este el cuidador y la manera como responde a las señales y necesidades del bebé, pueden hacer sentir al infante sus primeras emociones positivas de seguridad y afecto o pueden hacerle sentir emociones negativas de abandono, inseguridad y miedo (Hervás, 2000; Main, 1996 citado en Sanchis, 2008). Por lo tanto, los sentimientos de temor y ansiedad por parte del infante debido a la inaccesibilidad del cuidador/a, son reacciones naturales que sirven para adaptarse, ya que con el tiempo se han ido evolucionando como respuestas básicas para la supervivencia de la especie (Bowlby, 1990 citado en Sanchis, 2008). En conclusión, las emociones primarias que el infante sienta con su cuidador/a son los que mayormente se aprenderán y durarán en el tiempo (Sanchis, 2008).

La teoría del apego creada por John Bowlby (1969) indica que los humanos tienen la necesidad de formar vínculos afectivos fuertes, perdurables y con la proximidad deseada con su cuidador/a por lo que se alude a la necesidad de las relaciones tempranas recíprocas. Como el propósito del infante es tener proximidad y tener un sentimiento de cercanía hacia su cuidador/a para mantener su estabilidad afectiva, la respuesta del cuidador/a hacia el infante influenciará de gran manera la organización de su comportamiento ya que percibirá si su meta de cercanía y apego hacia su cuidador/a está satisfecho o no (Bowlby, 1969 citado en Fonagy, 2001). Lo que John Bowlby (1951, 1969 citado en Sanchis, 2008) usó para crear su teoría de apego fue la psicología del desarrollo debido a que tenía la curiosidad de saber cómo los niños desarrollan sus emociones y por ende como se apegan emocionalmente a sus principales cuidadores teniendo en cuenta como la separación con ellos les afecta emocionalmente. Hay tres sistemas conductuales que regulan el desarrollo de adaptabilidad y en combinación ayudan al infante a aprender y crecer sin separarse mucho tiempo ni tan lejos de su cuidador principal que son: el sistema de conductas de

apego, el sistema de miedo y sistema de exploración (Ainsworth & Wittig, 1969 citado en Fonagy, 2001).

Sistemas de conductas.

Bowlby (1969 citado en Fonagy 2001) definió al sistema de conductas de apego que se dan a través de un enfoque biológico donde las conductas del infante, para conseguir y/o preservar la proximidad con el cuidador principal, son hacer señales como sonreír para conseguir socializar y/o recibir afecto de este. La forma de responder del cuidador y estar accesible puede ser suficiente si hace contacto visual o auditivo como las miradas y los saludos; solo que en otras circunstancias donde hay aferramiento a la figura de apego se lo puede llamar con lloros o conductas que conmueven al cuidador para terminar ese estímulo (Bowlby, 1993 en Sanchis, 2008). Botella (2005 en Sanchis, 2008) denota que todos los animales y los humanos buscan la protección de sus padres cuando creen percibir amenazas como un sistema necesario para su supervivencia. El sistema de miedo activa la conducta de apego por lo que la disponibilidad del cuidador/a reduce la reacción (de miedo e ansiedad) del infante hacia los estímulos que percibe son de amenaza, peligro, aislamiento y lo extraño (Bowlby, 1973 en Fonagy, 2001). Los infantes además buscan a su madre porque tienen hambre, sed o dolor por lo que el sistema de conductas en el apego se relaciona también con el sistema de exploración, el cuidado y el apareamiento por lo que ayudan a mantener el equilibrio entre las conductas exploratorias y las de cercanía (Aizpuru, 1994 en Sanchis, 2008). Por lo tanto, Girón, Rodríguez y Sánchez (2003 en Sanchis, 2008) concluyen según la teoría de apego de Bowlby (1990 citado en Sanchis, 2008) que al desarrollar una conducta de apego saludable donde el/la cuidador/a próxima se muestra accesible, el niño desarrolla un sentimiento de seguridad lo que le provee confianza y le facilita la exploración con el mundo social y físico; por lo que la

ausencia de este, hace que se inhiba el sistema de exploración. Adicional, Fonagy (2001) expone que cuando el cuidador pasa mucho tiempo calmado al niño porque está frustrado, puede inhibir de igual forma el sistema de exploración.

Modelos mentales de la conducta del apego.

En 1980, Bowlby añadió que la experiencia de apego que adquiere el infante con su cuidador/a se da a través de procesos cognitivos que crean modelos representacionales (citado en Sanchis, 2008). Craik (1943 citado en Fonagy, 2001) dio el nombre de modelos de funcionamiento interno a estos procesos cognitivos. Botella (2005 en Sanchis, 2008) indica que la tendencia natural a buscar protección ante el peligro o lo extraño es regulada por estos modelos internos. Esto significa que depende de la reacción del cuidador, organiza cognitivamente al infante ya que este le otorga un significado a su estado mental (Girón, 2003 en Sanchis, 2008). Por lo que Bowlby (1969, 1973 en Fonagy, 2001) añade un modelo adicional del sí mismo el cual alude a que depende de cuán aceptable o inaceptable el niño se siente ante su cuidador principal debido a la expectativa de disponibilidad que tiene de este. Por lo tanto, si el niño desarrolla un modelo de funcionamiento interno de su cuidador/a orientado al rechazo, se espera que el infante desarrolle un modelo de sí mismo como si él/ella fuese inquerible, indeseable, no valioso, defectuoso, entre otros (Bowlby, 1969, 1973 en Fonagy, 2001).

Bowlby (1989, 1990 citado en Sanchis, 2008) llamó modelos representacionales a los componentes que están entre las causas del tipo de apego infantil y los posteriores lazos sentimentales el cual se trata de representaciones mentales que se formaron en la infancia debido a la relación que se tuvo con los cuidadores y contienen información sobre quiénes son, como son sus figuras de apego y que se espera de ellos. Cuando el infante interioriza esta información, estos modelos representacionales les van a ayudar como base cuando

entablen otras relaciones cercanas que tengan en sus vidas (Bowlby, 1989 en Sanchis, 2008).

Es por esto, que la plasticidad cerebral ocupa un rol esencial en este proceso ya que antes la neurobiología tenía una posición llamada fatalismo neuronal donde se pensaba que no se daban cambios en el cerebro porque estaba determinado por la pre programación genética y por las experiencias infantiles (Cozolino, 2002 en Sanchis, 2008). Esta idea es contraria a todos los tipos de terapias psicológicas que se basan en que los humanos pueden modificar sus estructuras mentales que incluyen la cognición, las emociones y sus conductas (Botella 2005; Girón, Rodríguez, Sánchez, 2003; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983 citado en Sanchis, 2008). De manera que las evidencias sobre la plasticidad cerebral ahora corroboran que durante los primeros años de infancia se da el desarrollo cerebral más grande y por esto, es muy sensible al ambiente y sus relaciones e interacciones tempranas, en especial la relación de apego entre el infante y su cuidador/a (Wylie & Simon, 2004; Cozolino, 2002; Botella, 2005 citado en Sanchis, 2008). Por lo tanto, se puede decir que las experiencias estresantes y traumatizantes que el infante viva con sus vínculos de apego, perjudican el desarrollo cerebral saludable, en tanto que el apego seguro con el cuidador/a principal lo favorece (Schore, 2001 en Sanchis, 2008).

Teniendo en cuenta entonces, que la relación de apego entre cuidador/a y infante creó modelos representacionales en ellos, los niños/as crecerán con estos modelos que predecirán en su adolescencia y adultez, cómo será su comportamiento y capacidad en el futuro (Lafuente, 2000 en Sanchis, 2008). Por lo tanto, Botella (2005 en Sanchis, 2008) comenta que los modelos representacionales interiorizados entrarán en su memoria implícita debido a que se formaron antes de obtener el lenguaje y la maduración de sus estructuras cerebrales. Por ende indica que van a servir como base con lo que los niños/as van a modelar su comportamiento ante los demás, su manera de mantener cercanía, de

cómo explorar el mundo según su base de seguridad y su manera de cómo buscar protección ante las amenazas de peligro; el cual son funciones principales del apego.

Desarrollo de la conducta de apego.

Se ha determinado que alrededor de los nueve meses hasta los tres años la conducta de apego encuentra su pico más alto (Sanchis, 2008). Por esto, Oliva (2004; Fox, Kimberly & Schafer, 1991 citado en Sanchis, 2008) insinúa que la vinculación de apego se da con ambos padres y no solo la madre; por lo que la relación con ellos constituye el primer ambiente emocional que vive el infante y que lo incluye en un círculo familiar (Fonagy, 2004; Hervás 2000; Main, 1996 citado en Sanchis, 2008). El niño conoce el círculo social y cultural por su círculo familiar, por ende aprende esquemas mentales de cómo actuar con el entorno a futuro (Musitu y Cava, 2001; Trianes, 2002 citado en Sanchis, 2008). Un buen vínculo afectivo y de apego con los padres, la calidad de la relación entre los padres, un buen sistema de exploración y de experimentación son esenciales desde temprana edad ya que según Winnicott (1995 citado en Sanchis, 2008) el desarrollo emocional que se da mayormente en el primer año de vida del infante, predecirá la salud mental del mismo en la adultez. Por lo tanto, se denota que la calidad de los vínculos de apego que se desarrollan en la infancia tiende a reproducirse en las relaciones adultas (Bowlby, 1988 citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011).

Como se dijo antes, Bowlby (1969) expresó que la conducta de apego puede durar toda la vida, mientras el infante crece va seleccionando en su niñez, adolescencia y adultez antiguas o nuevas figuras de apego donde se mantiene más cercanía y comunicación con ellas. Mientras los modelos representacionales siguen siendo usualmente los mismos desde la infancia, el investigador expone que las formas de mostrarlos a través de sus conductas para mantener la conducta de apego con alguien, se hará de formas más complejas con

metas prefijadas. Por lo tanto indica que alrededor de los ocho meses el niño ya tiene la habilidad para saber cuáles son las formas y situaciones que lo harán sentirse seguro, por lo que empieza a planificar su conducta, y a los dos años, el niño ya tiene voluntad propia; por lo tanto en adelante, su preocupación es también de influenciar en la conducta de su figura de apego para poder obtener esa proximidad y que satisfaga las necesidades de este.

Bowlby (1969) enfatiza que en la edad en que el niño comienza a adquirir el lenguaje (2 a 3 años), el niño comienza a elaborar modelos de funcionamiento prácticos de acuerdo a lo que ve de cómo se comportan sus padres, el ambiente y otras personas significativas por lo que evalúa su situación y elabora sus planes de apego. También comenta que el modo en que se construyen sus modelos (mayormente influenciados por la conducta de la madre y/o familia), su eficacia de planificación a su conveniencia, la influencia en sus evaluaciones y percepciones y lo válidos o distorsionados que resulten; y las condiciones (mayormente con el ambiente más próximo que se da con su cuidador/a y/o familia) que permiten facilitar o imposibilitar su desarrollo, son los elementos esenciales para entender las diferentes maneras en que la conducta de apego se va organizando a medida que crece el infante.

Por lo tanto, si el infante crece en una familia donde muestra buenas relaciones entre ellos, donde existe percepciones y evaluaciones del entorno realistas y reflexivas, donde hay buena vinculación y conducta de apego, Minuchin (1968; Del Barrio, 2002 citado en Sanchis, 2008) explica que los problemas de una persona se pueden entender tras primero analizar la dinámica de su familia. Aizpuru (1994 citado en Sanchis, 2008) indica que el primer apego importante del infante es su cuidador/a principal, dentro de los vínculos afectivos. Los vínculos afectivos se vuelven un vínculo de apego cuando el individuo busca seguridad y confort en la relación (Ainsworth et al., 2014). Por lo tanto, un segundo vínculo de apego se da en la adolescencia o adultez temprana cuando se busca

una pareja y el tercer vínculo de apego se da cuando se tiene hijos (Aizpuru 1994 en Sanchis, 2008).

Estilos de apego en la infancia.

Los primeros estudios sobre el apego hechos por Ainsworth en 1967 (Ainsworth et al., 2014) se dieron en Uganda, donde pudo identificar en la relación madre e hijo, que el hijo usaba a la madre como su base de seguridad para poder explorar, cuando sentía miedo por una amenaza de peligro (lo extraño) y el consuelo de la madre cuando se separaba de su hijo y este sentía angustia. Esto enseñaban al niño las pautas que establecen las respuestas ante eventos que lo perturban emocionalmente por lo que aprende a auto regular sus emociones (Botella, 2005 citado en Sanchis, 2008).

Posteriormente, Ainsworth, Blehar, Waters & Wall en 1978 (en Ainsworth et al., 2014) hicieron un experimento llamado situación del extraño para observar como activaban y maximizaban la conducta de apego del infante de 1 – 3 años bajo condiciones de estrés en varias situaciones no familiares (extrañas) que los infantes podían experimentar en su vida. Los investigadores midieron las conductas de apego y de exploración cuando los infantes estaban con su madre, cuando eran separados brevemente de ella y cuando esta regresaba; adicional midieron la reacción de los infantes hacia la presencia de extraños cuando estaban con su madre, cuando eran separados brevemente de ella y se le dejaba con el extraño y cuando esta regresaba. En los resultados, encontraron que había tres modelos de conducta que representaban las distintas conductas de apego y de exploración que los infantes demostraron en el experimento. Denotaron que estos no se debían solo a la separación del infante con la madre, mas era la evaluación del infante sobre la ausencia de la madre y lo que este esperaba de ella que demostraba un tipo de

conducta y respuesta. Los tipos de conducta de apego que identificaron en el experimento son: apego seguro, apego inseguro-evitativo y apego inseguro ambivalente o resistente.

Ainsworth et al. (2014) explican que en el apego seguro aparece ansiedad de separación y el infante se vuelve a sentir consolado cuando se vuelve a unir con su cuidador/a el cual representa un modelo de funcionamiento interno elaborado por la seguridad cuando está angustiado y le da confianza en que su cuidador/a va a volver por lo que su presencia lo calma y sabe que su cuidador/a estará disponible y que responderá a sus necesidades. Adicional indicaron que se mostraba más seguro y curioso de explorar el ambiente. Por lo tanto, Botella (2005 citado en Sanchis, 2008) concluye que las características del apego seguro en madre –hijo es que la madre percibe adecuadamente las necesidades del niño, tiene una respuesta apropiada de calidez y sincronización para fortalecer la conexión entre ellos.

Por otro lado, el apego inseguro-evitativo, en el experimento de Ainsworth et al. (2014) se mostró que el infante no exploraba mucho y no expresaba emociones cuando se fue el cuidador/a por lo que parecía no tuviera confianza en la disponibilidad del cuidador/a; por lo tanto, mostró poca ansiedad de separación y desinterés cuando volvía el cuidador/a inclusive cuando el cuidador/a quería contacto, el infante lo rechazaba. En el experimento, el infante no lloraba al separarse de su madre o cuidador/a, pero si hubo cambios fisiológicos el cual mostró que su nivel cardiaco se aceleraba y otros cambios en su sistema nervioso (Botella, 2005 en Sanchis, 2008). Ainsworth et al. (2014) concluyeron que estos niños con apego evitativo tienen dificultades emocionales porque su desapego se parecía a la conducta de niños que habían sufrido separaciones dolorosas. Las características del apego evitativo según Botella (2005 citado en Sanchis, 2008) son de rechazo, hostilidad y desagrado al cuidado materno; el cual Aizpuru (1994 citado en

Sanchis, 2008) denota que esto puede ser la reacción del infante debido a que la madre o cuidador/a es sobre estimulante, impertinente u entrometida.

Finalmente, el infante con apego inseguro-ambivalente denotó mucha ansiedad de separación y no se calmaba al volver con su cuidador/a (Ainsworth et al., 2014). Según Fonagy (2004 citado en Sanchis, 2008) el niño exagera su afecto para llamar a cada rato la atención de su cuidador/a principal. Los infantes se mostraron tan angustiados y ansiosos por la separación con su madre que casi no exploraron en el experimento y sus respuestas emocionales eran de irritación y resistencia al acercamiento y mantenimiento de contacto por resentimiento hacia el cuidador/a que lo dejó, aunque ambivalentemente deseaban que su cuidador/a este próximo a ellos (Ainsworth et al., 2014). El cuidado materno en este caso son de que la madre no está siempre disponible física ni emocionalmente, es insensible a las necesidades del niño, es entrometida (interfieren en la conducta exploratoria del infante) y presenta inestabilidad por lo que el niño se vuelve más dependiente de ella (poca autonomía), siente más angustia al separarse de ella, tiene miedo de explorar el mundo y siente inseguridad con el resto de personas (Oliva, 2004; Botella, 2005 en Sanchis, 2008).

Después del experimento de Ainsworth et al. (2014), otros autores propusieron que haya un cuarto tipo de apego llamado inseguro-desorganizado que obtiene una mezcla de los apegos evitativo y resistente-ambivalente (Main & Solomon 1986 en Sanchis, 2008). El componente principal de este estilo de apego es de confusión y ansiedad (Main & Solomon, 1986 en Sanchis, 2008). Este tipo de apego se ha observado según Botella (2005, en Sanchis, 2008) en 80% de los niños que han sido maltratados físicamente o abusados. Estos niños, indica, tienen la mayor inseguridad porque no tienen estrategias conductuales por lo que cuando se reúnen con la madre, se comportan de manera contradictoria o confusa.

Estilos de apego en adultos.

Según Bowlby (1982 citado en Brenlla y cols., 2001) los modelos de funcionamiento interno desarrollados del infante de sí mismo, de personas cercanas (cuidadores principales) y de la relación con los otros son de importancia para el desarrollo de las relaciones en la adultez. Estos modelos, según el investigador, comenzaron a asimilarse desde la infancia y contienen en sus esquemas mentales las creencias, memorias de los vínculos de apego, actitudes y expectativas que influenciarán en gran medida cómo el individuo interpreta futuras experiencias, cómo reaccionará emocionalmente ante situaciones y prestará atención a aspectos que se relacionen con sus modelos. Por ende, denota que los modelos son resistentes al cambio por lo tanto el individuo busca ambientes, personas y eventos que afirmen sus creencias y expectativas a lo largo de su vida. Por lo tanto, expone que modelos de funcionamiento interno seguros tienden a llevar a individuos a crear patrones seguros en sus relaciones adultas; de igual forma que modelos inseguros crean patrones inseguros de vinculación en la adultez.

Hazan & Shaver en 1987 (citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011) utilizaron la teoría de los vínculos de apego de Ainsworth et al. (2014) y la adaptaron para el contexto de las relaciones románticas entre adultos. Estos concluyeron que el vínculo emocional que se desarrolla en la pareja, funciona en parte, con el mismo sistema conductual y motivacional de apego de los infantes con sus cuidadores principales según la teoría de Bowlby (1988 citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011). En su investigación, descubren que la relación de los infantes con sus cuidadores y las relaciones románticas adultas comparten algunas características como: sentirse seguros cuando el otro está cerca, tienen una relación física cercana, se sienten inseguros cuando el otro está inaccesible, ambos comparten descubrimientos, ambos juegan juntos, y se sienten atraídos y

preocupados el uno con el otro. Adicional, en su auto informe expusieron que los individuos que se describieron como seguros, ambivalentes o evitativos con su pareja describían el mismo tipo de relación con sus padres en la infancia.

En 1994 la psicóloga canadiense Bartholomew (citado en Brenlla y cols., 2001) se basó en los estudios de Apego Romántico de Hazan & Shaver (1987 citado en Brenlla y cols., 2001) que adaptan los estilos de apego infantil de Ainsworth et al. (1978 citado en Brenlla y cols., 2001) basados en la teoría de apego de Bowlby (1969; Bowlby, 1982 citado en Brenlla y cols., 2001) para explorar y elaborar un rango de patrones de apego de los adultos e investigar sobre las maneras de crear escalas para valorar estos en adultos; por lo que concluyó que existe dos dimensiones básicas ante las mediciones del apego en la etapa adulta que son: la ansiedad y la evitación. Adicional, Bartholomew (1994 citado en Brenlla y cols., 2001) añadió que hay dos dimensiones de representaciones: de sí mismo (positivo o negativo) y del otro (positivo o negativo) el cual se relacionan y organizan con las anteriores dimensiones básicas. Juntando las cuatro dimensiones se pueden entonces elaborar cuatro estilos de apego que son el estilo de apego seguro (visión de sí mismo y del otro positivo), el preocupado (visión de si mismo negativo y del otro positivo), el indiferente (visión de si mismo positivo y del otro negativo) y el temeroso (visión de sí mismo y del otro negativo) (Bartholomew, 1994 citado en Brenlla y cols., 2001; Bartholomew & Horowitz, 1991 citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011). Las características del individuo con un estilo de apego seguro son que este tiene la disposición de involucrarse afectivamente con otros y se siente cómodo con la intimidad y su autonomía (Bartholomew, 1994 en Brenlla y cols., 2001). El individuo con un estilo de apego preocupado por otro lado, añora acercarse a los otros solo que siente que puede ser rechazado y generalmente responde con hostilidad (Bartholomew, 1994 en Brenlla y cols., 2001; Bartholomew & Horowitz, 1991 citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011). El

individuo con un estilo de apego indiferente, cree en sí mismo y su autorrealización mas no valora las relaciones interpersonales ni vincularse afectivamente (Bartholomew, 1994 en Brenlla y cols., 2001; Bartholomew & Horowitz, 1991 citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011). Finalmente el individuo con un estilo de apego temeroso es dependiente pero tiene miedo de relacionarse porque desconfía del resto, piensa que será rechazado y siente que merece ser rechazado (Bartholomew, 1994 en Brenlla y cols., 2001). Finalmente, estos estilos de apego en adultos pueden cambiar a lo largo de la vida dependiendo del impacto y duración de nuevas experiencias contrarias a los modelos de funcionamiento interno del individuo, por lo que construye una nueva interpretación referente a sus experiencias pasadas (Bowlby, 1982 citado en Brenlla y cols., 2001).

Teoría de Apego y el TAG.

Borkovec et al. (2004 citado en Behar et al., 2009) habían hecho una hipótesis de que los traumas y estilos de apego inseguro en la niñez podían desarrollar el TAG desde temprana edad o adolescencia. Por lo tanto, un estilo de apego inseguro, puede ser el principal causante de que el niño obtenga varios síntomas de ansiedad que progresen hasta la adultez, afecten sus relaciones interpersonales y/o románticas y se vuelvan trastornos de ansiedad (Cassidy, Lichtenstein-Phelps, Sibrava, Thomas, & Borkovec, 2009; Sibrava y Borkovec, 2006 citado en Behar et al., 2009). Eng & Heimberg (2006 citado en Behar et al., 2009) en su investigación indicaron que el estilo de apego inseguro era más predominante en pacientes con el TAG comparado con un grupo control. Salzer et al. (2008 citado en Behar et al., 2009) mencionaron que la mayoría de pacientes con el TAG reportaron ser muy complacientes, protectores y explotadores en sus relaciones afectivas, características relacionadas a un estilo de apego inseguro. Por lo que piensan que según Bowlby (1982 citado en Behar et al., 2009) el estilo de apego inseguro causa que los

individuos perciban a su mundo como peligroso, por lo que las personas con el TAG no tienen los recursos adecuados para manejar eventos ambiguos (Borkovec et al., 2006 en Behar et al., 2009).

Teoría de Apego en maltrato doméstico.

El maltrato físico afecta a los vínculos de apego de un infante con su cuidador/a principal debido al estrés, tensión y el sufrimiento de la víctima, que en general es la madre (McVay, 2012). Los hijos de madres víctimas de maltrato físico por parte de su pareja, manifiestan usualmente un estilo de apego infantil inseguro-desorganizado porque su madre se muestra hostil e irritable con estos pero a la vez los protege y les muestra cariño (Zeanah et al., 1999 citado en McVay, 2012). Mientras que los padres agresores, usualmente se muestran indiferentes a las necesidades de su hijo (McVay, 2012). Adicional, la teoría de Bowlby (1988 citado en McVay, 2012) dice que el estilo de apego inseguro infantil que tuvo la madre/padre con sus padres, afecta su estilo de crianza en la adultez y tiene efectos negativos en el desarrollo, en el modelo de funcionamiento interno y en el estilo de apego de sus hijos (DeLozier, 1982 citado en McVay, 2012). Por ende, McVay (2012) indica que el vínculo de apego que el infante crea con sus cuidadores, tiende a reproducirse con relaciones interpersonales en la adultez; por lo que el vínculo se transmite intergeneracionalmente. Por lo tanto comenta que un hijo/a que ha visto maltrato físico en su familia y tiene un vínculo de apego inseguro resultante del efecto del maltrato en su madre, tiende a reproducir ese vínculo de apego inseguro y caer en la posición de víctima o agresor en una relación romántica en la adultez.

Tras ver cómo los vínculos de apego infantiles se corroboran con los vínculos de apego en la adultez, varios investigadores encontraron una relación de estos vínculos inseguros en la adultez con el maltrato físico en pareja (Bookwala & Zdaniuk, 1998 citado

en McVay, 2012). En base a la teoría de apego de Bowlby (1984 citado en McVay, 2012) la violencia puede ser una manera de mantener a la figura de apego (pareja) cerca y disponible; además de regular su distancia y proximidad cuando tienen diferentes estilos de apego (ej. hombre estilo de apego evitativo, mujer estilo de apego preocupado o temeroso) (Allison et al., 2008 citado en McVay, 2012). Dumas et al., (2008) dicen que el estilo de apego ansioso-preocupado es el más común para el agresor y la víctima de maltrato físico donde el agresor usa la violencia para mantener la proximidad con su pareja y la víctima siente mucha ansiedad si se separa de la relación por lo que intenta arreglarla (Henderson, Bartholomew & Dutton, 1997 citado en McVay, 2012). Adicional, la pareja donde el hombre tiene un estilo de apego evitativo y la mujer un estilo de apego preocupado-ansioso, tienen una probabilidad mayor de caer en el círculo de maltrato físico donde principalmente el agresor es el hombre que quiere mantener su distancia y la mujer la víctima que quiere proximidad; por lo que la incompatibilidad puede hacer que el hombre demuestre su ira/frustración con violencia para que se respete su independencia (Dumas et al., 2008 citado en McVay, 2012). Esto se corroboró con el estudio de Bond y Bond (2004 citado en McVay, 2012) donde encontraron que una pareja donde el hombre tiene un estilo de apego evitativo- indiferente y la mujer un estilo de apego preocupado-ansioso son nueve veces más propensos que otras parejas sin esos estilos de apego, de entrar en un círculo de maltrato físico.

En un estudio de Henderson, Bartholomew & Dutton (1997 citado en McVay, 2012) con 63 víctimas de maltrato físico por parte de su pareja, notaron que el 88% tenía un estilo de apego temeroso o preocupado. Adicional, notaron que el estilo de apego temeroso se relaciona con la permanencia de la víctima en la relación y un abuso físico más violento. También denotaron que el estilo de apego preocupado en la víctima mostraba más conexión emocional y física en la pareja mientras que el estilo temeroso

mostraba menos. Adicional, vieron que las víctimas con estilo de apego ansioso tienden a conversar sobre sus problemas mientras que las víctimas con estilo de apego temeroso son más tímidas y no quieren contar sus cosas.

La violencia (verbal y/o física) recíproca según McVay (2012) se da cuando la víctima reacciona en defensa ante el maltrato físico recibido o ante la expectativa de que le van a pegar porque ya ha pasado anteriormente. Adicional, comenta que cuando las mujeres con estilo de apego preocupado-ansioso tienden a reaccionar de esta manera, tienden a protegerse del rechazo que sienten por parte de su pareja cuando es violento, por lo que se puede predecir la consecuente violencia por parte de su pareja y el mantenimiento del ciclo de maltrato. En un estudio hecho por Bookwala & Zdaniuk (1998 citado en McVay, 2012) denotaron que las parejas que son mutuamente agresivas (verbal y/o físicamente) tenían estilos de apego preocupado-ansioso y/o temeroso.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación de la metodología seleccionada

La justificación de la metodología se da a través del análisis de la revisión de la literatura donde indica investigaciones cuantitativas que comprueban la eficacia de la TCC en casos de TAG y el ser víctima de maltrato doméstico. Por lo tanto, se espera que para este estudio de caso comprende el análisis cuantitativo de los datos obtenidos por parte de la paciente, se pueda medir que tan efectiva fue la terapia brindada a la paciente, basada en el enfoque del TCC, en la reducción de los síntomas de la misma. Para medir la reducción en comparaciones cuantitativas de los síntomas en la paciente, se utilizó la prueba psicométrica que se denomina Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R). Adicional, mediante la revisión de la literatura se puede ver investigaciones cualitativas que comprueban la influencia de los estilos de apego en la predisposición de desarrollar el TAG y de ser víctima de maltrato doméstico. Se utilizó el *test* psicométrico llamado tipos de apego para determinar el estilo de apego que la paciente muestra como base de su del maltrato físico recibido y su TAG.

Curso del tratamiento

Breve descripción del estado mental actual.

Ana al principio de la terapia se mostraba tímida de pocas palabras, fatigada mentalmente e insegura de lo que decía como si estuviera avergonzada de sus emociones. Adicional, le costaba mucho verbalizar sus emociones porque nunca lo había expresado de esta manera. Luego de tres sesiones Ana se desenvolvió con más apertura al haber entablado una relación de confianza con la terapeuta y al haber aprendido las emociones básicas a través de la psico-educación y a través de la práctica en terapia. El contacto

visual con Ana se normalizó y ya no veía constantemente hacia abajo. Al principio se mostraba confundida, preocupada constantemente y se olvidaba fácilmente las cosas, pero tras varias prácticas y repetición de las tareas e intervenciones, su memoria mejoró, pudo interiorizar la información, tuvo mejor introspección de sus pensamientos, emociones y sensaciones físicas acorde avanzaba la terapia, aprendió las herramientas de la terapia y pudo realizar las tareas. No se observó problemas psicomotores ni problemas en su capacidad intelectual y acorde se progresaba en terapia, Ana se hacía más fluida verbalmente y se mostraba más relajada.

Herramienta de investigación aplicada

Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R).

Descripción.

Esta prueba psicométrica hecha por Leonard R. Derogatis PhD. en 1994 (en Groth-Marnat, 2009), es un inventario que mide los síntomas psicológicos y psiquiátricos auto-reportados y es una medida representativa de psicopatología en poblaciones clínicas, psiquiátricas y poblaciones normales desde los 13 años de edad en adelante. Este valora y mide el progreso de sus síntomas pre-post un tratamiento psicológico, por lo que se puede deducir la eficacia y sus resultados de la intervención brindada. El inventario se puede llenar entre 12-15 minutos y la persona responde de acuerdo a como se ha sentido en la última semana. Este inventario tiene 90 ítems que miden la presencia y severidad de los síntomas. Cada ítem tiene una escala Likert con cinco posibles opciones que indican la ocurrencia de los síntomas en el tiempo respectivo: nada, muy poco, poco, bastante y mucho. Adicional, cada opción tiene su valor cuantitativo que va desde el cero hasta el cuatro con el mismo orden ascendente que se muestra en las opciones. Los ítems de este inventario se logran agrupar en nueve dimensiones sintomatológicas que son: la

somatización (SOM), obsesión-compulsión (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR) y psicoticismo (PSIC). Adicional, el inventario muestra tres valores que constituyen índices globales el cual son: Índice de severidad global (IGS), total de síntomas positivos (TPS) e índice de malestar sintomático positivo (ISMP). La consistencia interna de este inventario es buena con un coeficiente alpha entre 0.77 a 0.90, la confiabilidad pre-post *test* es adecuada con coeficiente alpha entre 0.68 a 0.80 y la validez en medir la severidad general en los síntomas y el malestar psicológico del paciente es buena; más hay controversia en que sea igual de válida para diferenciar entre las dimensiones de sintomatología excepto por las dimensiones de ansiedad y depresión que tienen una validez diferenciada adecuada según varias investigaciones y comparaciones con *tests* validados de ansiedad y depresión (Derogatis et al., 1976; Derogatis, 2000; Koeter, 1992, en Holi, 2003).

Test de tipos de apego.

Descripción.

Griffin & Bartholomew (1994 citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011) volvieron a analizar y evaluar en un grupo de estudiantes universitarios el cuestionario de estilos relacionales (RQ) de Bartholomew & Horowitz (1991 citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011) que se relaciona con el contenido de la investigación de los estilos de apego de Ainsworth et al. (1978 citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011) en las relaciones románticas descritas por Hazan & Shaver (1987 citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011) y de los cuatro estilos de apego representados por Bartholomew (1994 citado Brenlla y cols., 2001). El cuestionario de Griffin & Bartholomew, 1994 (citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011) se trata de cuatro párrafos describiendo cada estilo relacional y los

participantes del estudio evaluaban del 1 al 7, siendo 1 el menor puntaje y 7 el mayor puntaje, que tanto se identificaban con cada uno. Al final del cuestionario, para valorar cual es el estilo relacional de apego que tiene la persona se suma los puntajes que se dio de cada descripción y se ve de acuerdo al puntaje total obtenido si cae dentro del estilo de apego seguro, ansioso/preocupado, temeroso y evitativo/indiferente. Adicional, tras sumar los puntajes se puede medir la dimensión de evitación con respecto a los otros (seguro + indiferente) y la dimensión de ansiedad con respecto a sí mismo (preocupado + temeroso). Por lo tanto la persona dependiendo de su puntaje global puede tener en el cuestionario un estilo de apego seguro y por puntaje de acuerdo a las dimensiones, estilo de apego evitativo -indiferente, estilo de apego ansioso- preocupado y estilo de apego ansioso-temeroso.

El *test* de tipos de apego en español que se usó para este estudio de caso está hecho por Brenlla, Carreras y Brizzio (2001) que es una adaptación de los estilos de apego adulto descritos por Bartholomew (1994 citado en Brenlla y cols., 2001) y del cuestionario RQ de Bartholomew & Horowitz (1991 citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011) que fue re-evaluado por Griffin & Bartholomew (1994 citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011).

Este *test* de tipos de apego de Brenlla y cols. (2001) divide los ítems en dos grupos: grupo de ítems para las relaciones cercanas del individuo no románticas (amigos, familia) y un grupo de ítems para las relaciones románticas (que tiene, tuvo o desea). Este *test* tiene la intención de expandir más allá al valorar todas las relaciones cercanas con vínculo afectivo (romántico o no) que existe o existió en la vida del individuo. Cada grupo de ítems tiene 12 ítems y cada ítem se valora con una escala del 1 al 4 siendo: 1 casi nunca, 2 a veces, 3 con frecuencia y 4 casi siempre. Para evaluar que estilo de apego, según la descripción de los estilos de apego de Bartholomew (1994 citado en Brenlla y cols., 2001), predomina en el individuo se suman los puntajes que se le dio a los ítems que

corresponden a cada estilo de apego. Así se puede tener una idea general del estilo o estilos de apego que predomina en el individuo de acuerdo al tipo de vínculo afectivo romántico o no romántico (Brenlla y cols., 2001).

Diagnóstico y evaluación funcional

Según el criterio diagnóstico del DSM-IV-TR (APA, 2000), la paciente cumple con el siguiente:

Eje 1: 300.02 Trastorno de Ansiedad Generalizada.

995.81 Abuso físico del adulto atención clínica a la víctima.

Eje 2: V71.09 - Sin Diagnóstico.

Eje 3: Sin Diagnóstico.

Eje 4: A, B.

A. Problemas relacionados con su grupo primario de apoyo.

B. Problemas relacionados con su ambiente social.

Eje 5:

GAF Inicial: 51 – 60

(Síntomas moderados y dificultad en el funcionamiento social y ocupacional).

GAF Actual: 61 – 70

(Síntomas leves y breve dificultad en el funcionamiento social y ocupacional).

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000, p. 472-476; p. 738):

300.02 Trastorno de Ansiedad Generalizada:

A. Ansiedad y preocupación excesiva con expectativa aprensiva que ocurre más días que no, por lo menos seis meses, en un número de eventos o actividades como el trabajo, la casa, entre otros.

B. La persona encuentra difícil controlar su preocupación.

C. La ansiedad y preocupación están asociadas con tres o más de los siguientes síntomas por lo menos más días que no en los últimos seis meses. Nota: solo un ítem se requiere para los niños:

1. Inquietud
2. Se fatiga fácilmente
3. Dificultad en concentrarse o la mente se vuelve en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Perturbación durante el sueño como dificultad en dormir o mantenerse dormido y/o sueño insatisfactorio.

D. El enfoque de la ansiedad o preocupación no se pertenece como características de otros desórdenes del Eje 1, ej. la ansiedad no se debe a la preocupación de tener un ataque de pánico, por estar avergonzado en público (fobia social), ser contaminado (trastorno obsesivo compulsivo), estar lejos de casa (ansiedad por separación), ganar de peso (anorexia nerviosa), tener múltiples quejas físicas (trastorno de somatización), preocupación por tener una enfermedad grave (hipocondriasis) y la ansiedad y preocupación no ocurre exclusivamente durante el desorden de estrés post traumático.

E. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otra área importante de funcionamiento.

F. La perturbación no se da por los efectos fisiológicos directos por una sustancia (ej. una droga de abuso, una medicación) o una condición médica general (ej.

hipertiroidismo) y no ocurre exclusivamente durante un desorden del humor, un desorden psicótico, o un desorden generalizado de desarrollo.

Abuso Físico de un Adulto:

995.81 Atención clínica enfocada a la víctima de abuso

Estructura del tratamiento

Sesiones 1-3: Primero se explicó a Ana el acuerdo de confidencialidad para que la firme y se empezó a construir la relación terapéutica de empatía, confianza y seguridad para que la paciente logre una apertura y pueda expresar sus pensamientos, emociones y conductas; además de su historia personal, familiar y situación actual por el cual pidió terapia psicológica. Adicional realizó en la primera sesión el cuestionario SCL-90-R. Adicional, se empezó a elaborar su diagnóstico con la información de Ana. También se le preguntó a Ana sobre su estado emocional del 1 al 10 siendo 1 el peor y 10 el mejor y que empiece a monitorear su estado emocional durante la semana. Por último, se le psico-educó las emociones básicas y secundarias.

Sesiones 4-7: Siguiendo, se explicó a Ana cómo funciona la TCC y se preguntó las expectativas que tenía de este. Se empezó a psico-educar a Ana sobre el auto-monitoreo de sus pensamientos, emociones y conductas para que este constantemente alerta diariamente; y que cuando llegue a terapia, pueda contar en que eventos o con que personas se suscitan los pensamientos, conductas y emociones negativas que le generan malestar. Se le empezó a mandar tareas que ella mismo creía que podía hacer (ej. no hacer los deberes a su hijo solo supervisar). Adicional, se le enseñó a Ana sobre las exposiciones múltiples y se empezó a practicarlas en terapia. Adicional, se le psico-educó la técnica de respiración profunda para cuando sienta iras e irritabilidad.

Sesiones 6-9: Se empezó a psico-educar sobre los pensamientos automáticos y se empezó con técnicas cognitivas como cuestionamiento socrático para identificar pensamientos y distorsiones cognitivas de Ana. Se siguió practicando las exposiciones múltiples en la terapia y se empezó a mandar deberes de exposición de mayor dificultad acorde ella iba cumpliendo con los deberes anteriores y estaba de acuerdo en hacerlos (ej. preguntar a su pareja si quiere salir a pasear con ella y sus hijos).

Sesiones 9-12: Se siguió practicando métodos de exposición múltiples de las situaciones que más temía. Se siguió mandando deberes de exposición de mayor dificultad acorde Ana se sentía segura de hacerlo (ej. no darle la comida a su pareja en la cama). Adicional, se empezó en terapia a analizar, cuestionar su validez y modificar los pensamientos automáticos de Ana. Se empezó a psico-educar y a identificar creencias intermedias y centrales que salieron junto con los pensamientos y distorsiones cognitivas.

Sesiones 12-15: Se siguió mandando deberes de exposición en vivo que comiencen por los que menos temía como defender los derechos de su hijo en la escuela y que ella aprenda de ahí que puede defender sus derechos y gustos igual. Se siguió con la reestructuración cognitiva de creencias intermedias y centrales tras primero psico-educarle sobre lo que son y posteriormente identificarlos con métodos cognitivos.

Sesiones 16-20: Se analizó, se cuestionó y modificó sus creencias intermedias y centrales con métodos cognitivos. Se siguió practicando exposiciones múltiples en terapia para que pueda afrontar las exposiciones en vivo con más seguridad y habilidad de afrontamiento. Se decidió mandar los deberes de exposición en vivo que más temía Ana porque ella se sentía lista para hacerlo. Se pensó que la 20va sesión era la última con Ana y llenó el cuestionario SCL-90-R de nuevo.

Sesiones 21-30: Ana volvió a terapia porque quería seguir con la reestructuración cognitiva de pensamientos y creencias disfuncionales que le volvían a suscitar además de

que se sentía otra vez irritable e hostil. Se le tomó en la 21va sesión el *test* de tipo de apego. Por ende, se siguió con los mismos métodos de reestructuración cognitiva, respiración profunda y exposiciones en imaginación hasta que Ana decidió que tenía las suficientes habilidades para afrontar y generar alternativas a pensamientos y creencias más funcionales. Luego de la 30va terapia no volvió más inclusive luego de seis meses que se la contactó indicó que está bien.

Lista de situaciones y problemas.

Ana ha construido mayormente sus esquemas mentales a partir de la percepción de su vínculo de apego con sus padres y experiencias vividas en su infancia. Estos esquemas que incluyen sus creencias centrales, intermedias y pensamientos automáticos fueron afectados por los eventos traumáticos que Ana ha vivido desde la niñez y que han afectado su percepción de eventos traumáticos posteriores en la adultez al igual que cualquier experiencia que ha tenido durante su vida y las diferentes esferas donde se desenvuelve (hogar, trabajo, círculo social). Por ende, sus esquemas mentales han moldeado su comportamiento, pensamiento y emociones durante su vida por lo que su sistema de creencias y el vínculo de apego formado en la infancia con sus padres y posteriormente con su pareja, han guiado un determinado modelo de funcionamiento interno en Ana.

Ana fue criada por sus padres y vivía con sus tres hermanos y tres hermanas en Ibarra. Ella describe a su madre como estricta, esperaba que la obedezca incondicionalmente, si no, la reprendía fuertemente. Por lo tanto, Ana sentía que no podía confiar sus emociones y preocupaciones a su madre porque solo estaba para darle órdenes y no para consolarla ni prestarle atención cuando ella necesitaba algo. Por otra parte, el padre de Ana era permisivo, amoroso pero resentido con ella cuando cometía algún error. Es decir, su padre le mostraba cariño solo cuando estaba de a buenas y cuando no, exigía

atenciones; pero si no se le daba lo que él quería, se ponía mal genio y rechazaba a Ana con su frialdad. Ana creció entonces, con un vínculo inseguro entre sus padres y ella debido a que ellos no le mostraban la atención, el cariño, el consuelo ni el reconocimiento que ella anhelaba para sentirse segura. En especial, el cariño que le podían brindar (en especial su padre) era condicionado, por lo que Ana pensaba que el mundo era un lugar donde le rechazan si no hace lo que le piden y un mundo donde no puede confiar a nadie sus emociones (Bartholomew, 1994 en Brenlla y cols., 2001). Por ende, el único refugio de Ana era ser callada, ayudar a sus padres para permanecer cerca de ellos y acatar órdenes para no ser rechazada. Finalmente, sus hermanos y hermanas no eran un apoyo para ella ya que ellos igual eran callados y no se expresaban cariño entre ellos.

Ana comenzó a sentir ansiedad por primera vez en su niñez cuando vio que su padre llegaba a la casa borracho y pegaba a su madre porque ella le discutía. Ella recuerda que las veces que llegaba su padre borracho ella pensaba “tengo que hacer algo para que mi padre no le pegue a mi madre porque tengo miedo que pueda pasar lo peor”. Por lo tanto, Ana tenía el pensamiento de “yo puedo parar este maltrato” lo cual indicaba una falacia de control. Ana se metía en la pelea entre sus padres e intentaba calmar a su padre sirviéndole la comida o llevándolo a dormir. Ana creció con temor de que cada vez que su padre salía los fines de semana, él regrese a pegar a su madre ya que algunas veces que Ana intervino, su padre no pegó a su madre, pero muchas veces sí lo hizo y ella se sentía impotente y ansiosa. Con el carácter fuerte y autoritario de su madre, Ana sentía que no podía confiar sus sentimientos a su madre o a nadie en general por lo que se cerró y era callada en la escuela. Adicional, tenía mucha dificultad en concentrarse en clase. Por esto, en la escuela sus compañeros la molestaban diciéndole que era “tonta porque no respondía en las clases ni jugaba con ellos”. Además, la metían en problemas con los profesores

porque decían que ella robaba cosas. Las únicas amigas de Ana fueron sus hermanas con quien jugaba pero de todas formas no les confiaba sus emociones.

Ana se cansó de escuchar a sus compañeros y profesores que “no creían en ella y la hacían de menos” y se salió de la primaria para comenzar a trabajar como empleada doméstica. Ella comentó que “no era buena en el colegio” por lo que desde esta época su sistema de creencias se vio afectada por los comentarios de sus compañeros y profesores ya que tenía este pensamiento polarizado. Esto respaldaba la ansiedad que sentía con no poder evitar siempre el maltrato físico de su padre hacia su madre ni poder confiar a nadie sus emociones. Por lo tanto, para Ana comenzar a trabajar era una forma de salir adelante por ella sola en un lugar seguro algo que le hacía mucha falta en su casa y colegio. Para ella, empezar a trabajar desde esa edad, le hacía sentir que tenía algo de control en su vida y su situación ya que cuando llegaba a la casa de todas formas, tenía que lidiar con el maltrato de su padre hacia su madre que siguió hasta que Ana cumplió 17 años. Cuando su madre se enfermó y pensaron que podía morir, el papa de Ana se deprimió y dejó de pegar a su madre. Ana tuvo un alivio en su casa desde que cesó el maltrato, pero aún seguía acogiendo las órdenes de sus padres y era la que les acompañaba y ayudaba en todo. Ella pensaba que sus padres “la necesitaban” por lo que ella se quedó viviendo con sus padres aunque la mayoría de sus hermanos/as al cumplir los 18 años, se habrían ido a vivir en otras ciudades.

A los 23 años, Ana conoció a su actual pareja y se quedó embarazada. Se quedó viviendo con sus padres hasta que el bebé tuvo unos meses de edad y su pareja regresó por ella para llevarla a vivir en Quito. Ana no pudo enfrentar a sus padres y decirles que se iba a vivir a Quito porque sabía que su madre esperaba que ella se case como es “lo correcto” y su padre se resentiría con ella y “la iba a dejar de querer”. Por lo tanto, prefirió evitar el enfrentamiento para no sentir ansiedad y culpabilidad de dejarlos. Sin embargo, cuando su

padre se enteró que Ana se fue, él se enfermó y lo llevaron al hospital por lo que Ana tenía el pensamiento de “tengo la culpa que mi padre se enferme”. Adicional, cuando su pareja a los tres meses de vivir juntos la empezó a pegar cuando venía borracho y ella le discutía, Ana tenía pensamientos de culpabilidad de “me merezco esto por haber hecho sufrir a mis padres” y “me merezco esta vida por irme sin el consentimiento de mis padres”. Además, tenía el pensamiento de “es mi culpa que me pegue porque yo le discuto y le provocho” y “si no le provocara el no me pegara” lo cual demuestra un error de pensamiento de contenido (interiorizando la distorsión cognitiva de su pareja) y atribuyéndose también la responsabilidad tras mostrando una falacia de control. Sus creencias intermedias tenían influencia de normas y reglas que su familia le inculcó en su casa como “debes casarte antes de irte con tu pareja”, “debes servir bien a tu familia” y “debes irte con la bendición de tus padres”. Estas creencias y pensamientos tenían ansiosa a Ana y su funcionamiento en casa, en el trabajo y en su vida social se veía afectado. Ana comenzó a desarrollar hostilidad e irritabilidad y cuando su pareja llegaba a casa borracho los fines de semana, ella le discutía hasta que él la pegaba. Sentía que tenía que reclamar a su pareja porque sentía iras y desprecio, y cuando la pegaba, su ansiedad bajaba pensando que se lo merecería por lo que posteriormente se sentía triste, cansada, sola y vacía. A los 27 años Ana tuvo otro hijo y se sentía abrumada de que ella servía a su pareja y sus dos hijos en todo y no tenía ayuda. Pasaba irritable cada que llegaba a casa porque “sabía lo que le esperaba” y eso automáticamente la ponía inquieta y tensa. A este punto, los pensamientos de Ana estaban polarizados, sobre generalizados y eran catastróficos “voy a llegar a la casa y va a ser un desastre”, “me merezco esta vida por todo lo malo que he hecho”, “si no le sirvo a mi pareja en todo me va a dejar”. Sus creencias centrales tenían una etiqueta global sobre ella misma de “soy culpable” y “soy mala” y estas creencias y pensamientos se seguían reforzando con el maltrato físico de parte de su pareja, su aislamiento social por

pensar que el mundo no era un lugar seguro ni benévolo, su ansiedad de que las cosas en casa tienen que hacerse bien hechas por ella si no todo “va a ser un desastre” y la culpabilidad que sentía por irse de la casa de sus padres sin su bendición.

A los 30 años, Ana descubrió que su pareja le era infiel y luego él se fue de la casa. Esto le provocó mucha inquietud y aprensión ya que pensaba que era su culpa “no hice lo suficiente para que él se quede”, “es mi culpa que me engañe”; se ponía etiquetas globales de “soy inútil”, “no sirvo” y tenía el pensamiento catastrófico de “ahora como voy a sobrevivir sin él”. Ana empezó a sentirse fatigada en el trabajo por intentar hacer todo en un día pensando “si no hago todo me van a reprender” y etiquetándose “si no acabo soy lenta”, que inclusive se olvidaba de comer y le provocaba más cansancio e ansiedad de terminar las cosas a tiempo y perfectas lo cual afectaba su sueño porque no paraba de pensar en todo lo que tenía que hacer el día siguiente. Adicional, sentía una preocupación recurrente de quedarse sola por lo que se sentía vacía y triste. Ana pensaba que los vecinos hablan mal de ella asumiendo que decían que “no es buena madre” y “la abandonó su pareja porque no le atendía bien”. Cuando su pareja volvió a los cuatro meses a la casa prometiendo a Ana que no volvería a irse, ella tenía un profundo resentimiento con él y seguía muy inquieta, fatigada e irritable. Ana pensaba que “no era suficientemente buena para él” por lo que pensaba catastróficamente que tenía que complacerlo en todo o su pareja volvería a irse. Sentía que sus vecinos vigilaban a su familia y estaban pendientes de su situación sentimental, por lo que se sentía avergonzada y con baja autoestima. Al mes de que regresó su pareja, él la volvió a pegar y luego de eso su pareja se arrepintió jurándole que no lo volvería a hacer. Ana vino a terapia a los dos meses después del regreso de su pareja a la casa porque sentía que no podía controlar su preocupación recurrente, y que su estado de ánimo e actitudes estaban afectándole en todas las áreas de su vida.

Metas a corto plazo.

Las metas a corto plazo de Ana son reducir las preocupaciones recurrentes y excesivas que tiene sobre futuros eventos para que no se sienta tan fatigada mentalmente y físicamente en el día. Adicional, Ana quiere reducir su resentimiento y hostilidad hacia su pareja para volver a confiar en él y entablar una relación saludable. También quiere reducir su irritabilidad ya que está afectando la relación con sus hijos y su pareja. También se dejó en claro con la paciente que si el maltrato por parte de su pareja volvía a ocurrir que se iba a romper el acuerdo de confidencialidad para poderla ayudar. Adicional, el propósito a corto plazo de la terapia es establecer un diagnóstico de Ana con la información recolectada, psico-educar a Ana sobre su trastorno, síntomas y el proceso de la terapia enfocándose en sus expectativas. Adicional, se pretende psico-educar a Ana sobre el modelo cognitivo-conductual, especialmente para los síntomas de su diagnóstico de TAG y de ser víctima de maltrato doméstico. Además, se pretende crear la relación de confianza entre paciente y terapeuta en las primeras sesiones, hacer una lista de objetivos y plantearlos en una agenda, monitorear y evaluar en cada sesión el estado de ánimo de Ana, identificar sus pensamientos automáticos y creencias disfuncionales; explicar a Ana los deberes de la TCC incluyendo registro de pensamientos, respiración profunda, exposiciones múltiples y acciones en su vida diaria específicos para que reconozca sus pensamientos disfuncionales y reduzca su ansiedad, fatiga, desconfianza, hostilidad e irritabilidad en varias situaciones y áreas de su vida.

Metas a largo plazo.

Las metas a largo plazo de Ana son reducir los síntomas del TAG y de ser víctima de maltrato doméstico, mejorar su relación familiar en especial con sus padres para reducir sus síntomas de culpabilidad, tener la voluntad de denunciar y separarse de su pareja si vuelve a ocurrir el maltrato, reducir su hostilidad cuando su pareja este borracho y dejar de sentirse sola al mejorar su vida social sin que le importe lo que diga la gente. Adicional, en conjunto se quiere identificar las creencias intermedias y creencias centrales disfuncionales de Ana para poder modificarlas y hacerlas funcionales y cambiar la perspectiva acerca de si misma y el mundo para que pueda valorarse a sí misma y ver a su entorno como seguro/confiable. Además se pretende que Ana pueda utilizar las herramientas de afrontamiento de la TCC aprendidas en terapia para que Ana pueda afrontar las situaciones que le provocan ansiedad. Finalmente, psico-educar a Ana cómo el vínculo de apego con sus padres la ha predisposto a tener un vínculo de apego inseguro–temeroso en sus relaciones, la ha predisposto a desarrollar el TAG y a ser víctima de maltrato doméstico. Al psico-educar a Ana sobre los estilo de apego y vinculación, más la reestructuración cognitiva y técnicas conductuales, se espera que Ana pueda desarrollar un vínculo más saludable y funcional con su familia (padres, hijos, pareja) a largo plazo.

Consideraciones éticas y legales

Para el propósito de este estudio, se basó los principios éticos de brindar terapia psicológica según los Códigos de Ética de la Asociación Americana de Psicología (General Principles citado en American Psychological Association, 2010). Estos principios incluyen:

- a. Beneficio no maleficio: El psicólogo promete beneficiar al paciente y prevenir de provocar daño.
- b. Fidelidad y responsabilidad: El psicólogo crea una relación de confianza con el paciente y está consciente de sus responsabilidades a la sociedad y comunidad donde trabaja.
- c. Integridad: El psicólogo promueve la honestidad y precisión en la práctica de psicología.
- d. Justicia: El psicólogo reconoce la igualdad y justicia de derechos en todos los individuos que quieren acceder y beneficiarse de la psicología, además de brindar la misma calidad en servicios psicológicos.
- e. Respeto por los derechos y la dignidad de los demás: El psicólogo reconoce la dignidad y valía de las personas y sus derechos a la privacidad, confidencialidad y autonomía.

Según el Código de Ética de APA (2010) se comenzó la terapia con Ana luego de que firme con el terapeuta el consentimiento informado como lo estipula el parámetro 10.01 Consentimiento Informado de Terapia. Como dice en el código, se informó a Ana sobre los límites de confidencialidad, la terapia a realizar, estándares de publicación, investigación y de ser, la participación de terceros. La paciente accedió a que se le grabe con una cámara de video y se tome notas clínicas sobre su caso durante la terapia según el parámetro de Privacidad y Confidencialidad – Grabaciones 4.03 (APA, 2010).

Se le informó a la paciente que los servicios prestados se dan a través de la Universidad San Francisco, por lo que según el parámetro 3.11 Servicios Psicológicos a través de Organizaciones, se le informó a la paciente el objetivo del servicio prestado, quien accederá a la información, límites de confidencialidad, los posibles usos de la

información obtenida y la relación del psicólogo con el paciente y la organización (APA, 2010).

Adicional, Ana accedió que para fines de investigación, se puede utilizar las notas sobre su caso para escribir una tesis por lo que no se muestra las grabaciones de video en este estudio de caso y se usa un nombre ficticio para proteger la identidad de la paciente. Esto concuerda con el parámetro 4.07 Uso de Información Confidencial para Uso Didáctico o Otros Propósitos de proteger la identidad de la paciente en sus escritos y publicaciones (APA, 2010).

Finalmente, en el caso de que el terapeuta es un estudiante en entrenamiento de la USFQ del departamento de Psicología Clínica, se le informó a la paciente que hay un supervisor profesional de Psicología Clínica que será informado de todas las intervenciones hechas en terapia para monitorear que el estudiante se desenvuelva competentemente (APA, 2010). Ana accedió a la supervisión del profesional el cual concuerda con el parámetro de 2.03 Mantenimiento de Competencia.

Aspectos de la relación terapéutica

Transferencia y contra transferencia.

Transferencia.

La transferencia según Prasko et al. (2010) es algo que ocurre naturalmente en terapia cuando el paciente compara (consciente o inconscientemente) la relación que tiene con el terapeuta en el presente a una relación pasada (familiar, pareja, amigo); por lo que vuelve a evocar sentimientos y reacciones que usó con sus relaciones pasadas con el terapeuta en el presente. Esto según los investigadores, se puede dar tras ver algún rasgo en el terapeuta, como la voz, estilo o personalidad que le hace acuerdo al paciente de alguna persona significativa de su pasado.

Adicional, Prasko et al. (2010) explican que la transferencia puede brindar información relevante con respecto a los pensamientos y emociones del paciente, por lo que en la TCC es de utilidad para identificar pensamientos automáticos y emociones del paciente que se expresan en la interacción con el terapeuta. También, indican que cuando el paciente reacciona y expresa determinados pensamientos, emociones y conductas en el presente con el terapeuta es una oportunidad para poner a prueba y modificar pensamientos automáticos y conductas disfuncionales que se muestran relevantes ya que se expresan y repiten en el presente. En especial, comentan que personas con trastornos mentales que tienen esquemas cognitivos distorsionados por algún tiempo, tienden a tener una percepción distorsionada de la relación con su terapeuta. Además expresan que la importancia de la relación terapéutica y la colaboración conjunta es fundamental en la TCC por lo que reconocer estas transferencias a tiempo ayuda al terapeuta a identificar y monitorear problemáticas en vivo del paciente dentro de la terapia en vez de solo confiar en lo que el paciente comenta de sus problemas fuera de terapia.

En las primeras sesiones con Ana, se pudo identificar que tenía un poco de recelo en contar sus cosas. Ana bajaba un poco la mirada y contaba con ansiedad sus problemas con miedo de que se le rechace. En este caso se indagó sobre su relación con sus padres, su pareja, sus hermanos/as para ver si su comportamiento tenía que ver con sus relaciones pasadas (Prasko et al., 2010). En efecto, se pudo ver que ella transfería sus pensamientos y conducta de vergüenza y timidez debido a los eventos traumáticos de su pasado y vínculo de apego inseguro-temeroso que tuvo con sus padres y en el presente con su pareja. Cuando pudo expresar sus pensamientos automáticos sobre su visión del mundo y de sus relaciones más cercanas que era de desconfianza y miedo al rechazo, logró entablar una relación terapéutica positiva tras lograr la apertura emocional que tanto anhelaba y que no tuvo con ninguna persona significativa en su vida (Prasko et al., 2010).

Adicional, con la psico-educación y entrenamiento de los métodos de exposición de la terapia cognitivo conductual en terapia, Ana pudo modificar sus pensamientos automáticos y conductas de timidez y vergüenza transferidas (Prasko et al., 2010).

Adicional, se pudo identificar que Ana hizo de la hora de terapia un lugar seguro para poder expresar sus sentimientos, pensamientos y conductas. Desde la cuarta sesión, Ana se empezó a hacer dependiente del terapeuta al no hacer sus deberes afuera de la terapia y solo con el terapeuta (Prasko et al., 2010). La forma que se solucionó fue a través de mandar deberes donde Ana muestre su independencia y enseñe la independencia a sus hijos y pareja (Prasko et al., 2010). Por ejemplo, enseñó a sus hijos que hagan sus deberes y se vistan solos, al igual que su pareja de no llevarle la comida a la cama.

Adicional, se le enseñó a Ana exposiciones en vivo donde demuestra su independencia como irse a la iglesia sola y salir al patio a respirar profundo (Prasko et al., 2010). Estas técnicas ayudaron a Ana positivamente y el resto de la terapia, Ana atribuyó su mejoría a ella misma, aprendió habilidades de afrontamiento y alternativas a sus pensamientos y conductas independientemente del terapeuta (Prasko et al., 2010).

Contratransferencia.

Según Prasko et al. (2010) la contratransferencia se da cuando el terapeuta reacciona a la transferencia del paciente. De igual forma indica que el terapeuta puede reaccionar de acuerdo a sus esquemas mentales generados anteriormente y con relación a personas significantes de su pasado. Adicional, informa que el terapeuta en la TCC, debe reconocer sus emociones, sus etiquetas, sus resistencias y limitaciones para poder ayudar eficazmente a que el paciente reconozca y exprese sus emociones, pensamientos y conductas en terapia. Por ende explica que el terapeuta puede reconocer cómo la conducta del paciente le afecta a su conducta y la manera de lidiar positivamente con su

contratransferencia es que el terapeuta este constantemente alerta de sus emociones suscitadas, sus pensamientos automáticos, sus cambios de humor repentinos y sus sensaciones físicas en terapia; así, el terapeuta toma consciencia de cómo afecta al ambiente terapéutico y puede restablecer su comportamiento para evitar que se produzca una reacción negativa hacia el paciente.

Cuando la paciente vino con timidez en las primeras sesiones de terapia, hubo contratransferencia por parte del terapeuta debido a que sintió que podía proteger a la paciente para brindarle un ambiente seguro y que la paciente logre una apertura. Luego la paciente se volvió dependiente del ambiente seguro en terapia, por lo que se identificó que el terapeuta estaba siendo sobre protector (Prasko et al., 2010). En este caso se corrigió inmediatamente la contra transferencia cuando se identificó que la paciente no hacía sus deberes fuera de la terapia, por lo que el terapeuta dejó de direccionar la terapia y en vez dejó que la paciente direccionara los deberes que ella creía podía comenzar a hacer (Prasko et al., 2010). Adicional, se dejó de dar consejos y reasegurar cuando Ana se sentía insegura de si hacía los deberes bien o no (Prasko et al., 2010). Con la práctica de Ana al tener deberes donde reforzaba su conducta independiente y al ver la confianza que el terapeuta puso en ella para poder realizar sus deberes, se corrigió la transferencia y contra transferencia de dependencia y sobre protección así Ana logró al final de la terapia sentirse más segura de sí misma y de poder enfrentar las situaciones por ella sola (Prasko et al., 2010).

Temas e intervenciones

Terapia cognitiva-conductual.

Las primeras sesiones, se estableció una relación de confianza entre paciente y terapeuta y se explicó el acuerdo de confidencialidad y/o el consentimiento informado que firmó en la primera sesión (ver Anexo A). Siguiendo se empezó a elaborar el diagnóstico de Ana según el DSM IV TR. Posteriormente, se psico-educó a Ana cómo funciona la TCC incluyendo el modelo cognitivo para que entienda cómo funciona su sistema de creencias y pensamientos automáticos funcionales y disfuncionales en general y dentro de sus trastornos del TAG y víctima de maltrato doméstico; para que así sepa cómo afectan a su estado de ánimo, emociones y comportamiento; además estrategias de cómo reaccionar ante las situaciones que le provocan ansiedad.

Cuando Ana pudo reconocer sus emociones y expresarlos verbalmente, pudo también reconocer los pensamientos automáticos disfuncionales ligados a estos. Ana empezó a reconocer sus pensamientos conjuntamente en terapia mas no logró llevar un registro de sus pensamientos en un diario porque se le dificultaba organizar sus preocupaciones y le daba más ansiedad porque no sentía un ambiente seguro en casa ni en su trabajo para hacerlo. Se le psico-educó el modelo cognitivo con respecto a su diagnóstico de modo que en terapia pueda expresar todo lo que sentía en forma organizada y en un ambiente donde ella se sentía segura. La paciente empezó a entender mediante el modelo cognitivo las creencias que había formado por su vínculo de apego infantil y su percepción de las situaciones vividas con respecto a sus trastornos. Ana pudo comprender que los pensamientos automáticos que comprendían sus distorsiones cognitivas eran las que le generaban ansiedad, preocupación recurrente, irritabilidad, culpa, entre otros síntomas; por lo que además junto con las creencias intermedias, mantenían sus creencias

centrales disfuncionales y negativas que Ana tenía con respecto a si misma, personas cercanas, su futuro y su entorno.

Reestructuración Cognitiva.

Dentro de las primeras intervención de la TCC consistió en identificar los pensamientos automáticos provenientes del auto-monitoreo que la paciente lo hacía diariamente, para poder identificar patrones de pensamiento disfuncionales como sus distorsiones cognitivas más comunes (Beck, 1995). La forma de identificar los pensamientos de Ana se dio a través de preguntas como “¿Qué estás pensando cuando me cuentas que te sientes preocupada y ansiosa si no le haces los deberes a tus hijos? ¿Qué pasa si no dejas todo perfecto para el siguiente día? ¿Qué pasa por tu mente cuando te sientes triste de que tu pareja no comparte contigo ni con tus hijos? ¿Qué piensas cuando sientes iras que tu pareja se encierra en el cuarto y no te ayuda en la casa?; entre otras preguntas que ayudaron a reconocer los pensamientos automáticos, sus distorsiones cognitivas y creencias tras profundizar y reconocer que hay detrás de sus emociones, comportamientos y/o respuestas fisiológicas (Beck, 1995). Este cuestionamiento socrático (Beck, 1995) permitió que conozca los pensamientos disfuncionales que están detrás de sus emociones negativas, pensamientos aprensivos y conducta ansiosa que sirven para mantener los síntomas del TAG y de ser víctima de maltrato doméstico ya que la mantienen preocupada para evitar emociones e imágenes aversivas y de igual forma a mantener sus creencias de culpabilidad. Conjuntamente a través de las sesiones terapéuticas, se fue evaluando con Ana cada pensamiento automático para comprobar evidencias y probabilidad de que ocurra un evento temido, además de cuestionar su validez y utilidad del mismo (Beck, 1995). Siguiendo, preguntas como “¿Qué evidencia tienes de que si no acabas todo perfecto va a ser todo un desastre? ¿Que evidencia tienes de que si

no le sirves a tu pareja la comida en el cuarto va a dejarte? ”, entre otras preguntas que ayudaron a Ana a evaluar cada uno de sus pensamientos y distorsiones cognitivas. Por ende, se empezó con la reestructuración de cada pensamiento tras desarrollar en conjunto diferentes interpretaciones alternativas u pensamientos que fueren más reales, lógicos y adaptativos para que reduzca y modifique sus pensamientos catastróficos, sobre generalizados, polarizados y de culpabilidad (Beck, 1995). Al cabo de algunas sesiones, Ana pudo entender que sus pensamientos tendían a ser exagerados cuando se preocupaba por situaciones comunes que no presentaban una amenaza real como “tengo que acabar todo en un día o me van a despedir”. Sin embargo, para ella tenían un gran peso ya que pensaba que habría graves castigos si no los tomaba en cuenta; más cuando aprendió a pensar alternativas más reales a las posibles consecuencias, se dio cuenta de que sobre dimensionaba las situaciones y por eso le provocaba los síntomas de ansiedad, irritabilidad, culpabilidad, entre otros.

Como herramienta para la modificación y reestructuración de los pensamientos automáticos de Ana, se utilizó el formulario de registro de pensamientos (ver Anexo B) que consiste en que el paciente de una situación particular, reconozca sus pensamientos automáticos primero (anotando la credibilidad de estos del 0 al 100%) para describir luego que emociones produjo este pensamiento (anotando la intensidad del 0 al 100%) y luego escribir una respuesta adaptativa a este pensamiento; para finalmente, anotar en base a la respuesta adaptativa, que porcentaje cree ahora en ese pensamiento y que tan intenso es ahora las emociones descritas anteriormente (Beck, 1995). El registro de pensamientos se utilizó solo en terapia porque Ana intentó hacerlo en casa pero se sentía muy insegura. Con el uso del registro de pensamientos, ella aprendió que no todo es blanco y negro y hay varias alternativas a ese pensamiento automático que le resulta disfuncional. Los pensamientos que pudo evaluar y modificar mediante el uso del registro de pensamiento

fueron los pensamientos catastróficos, sobre generalizados, polarizados como “si no acabo me van a despedir”, “si no arreglo todo ahorita va a ser un desastre” y “si no le sirvo a mi pareja en todo me va a dejar”. La credibilidad de estos pensamientos bajó de entre 90-95 % a menos de 30%. Las emociones de ansiedad, ira, culpabilidad y tristeza bajaron de un 70-95% a 20%.

Adicional, conjuntamente con la paciente, se escribió los pensamientos alternativos generados en los registros de pensamiento en tarjetas que se entregaron a la paciente para que ella pueda llevarlos a su casa y leerlos a diario para que se formen nuevas redes neuronales que se fortalecen y se consolidan en su memoria con el ensayo de estos pensamientos alternativos que son más reales y positivos (Beck, 1995; Erickson & Neuman, 2005).

Siguiente a la identificación de pensamientos positivos, se identificaron las creencias intermedias que resultan ser las actitudes, normas, supuestos que uno tiene sobre la percepción de una situación e influye como piensa, siente y se comporta (Beck, 1995). Al identificar pensamientos repetitivos de Ana se pudo reconocer las creencias que se expresan como pensamientos que más le preocupan y que son creencias intermedias: “es terrible ser lenta/inútil”, “si no acabo esto, no soy buena ama de casa”, “la gente piensa que no soy buena madre porque mi pareja se fue un tiempo por mi culpa”, “no soy buena madre si no le hago los deberes a mis hijos”, “no soy buena pareja si no le complazco en todo a mi pareja”, entre otros. Adicional, se utilizó la técnica de flecha hacia abajo donde se comienza por identificar un pensamiento automático que tiene un supuesto ya que son más fáciles para los pacientes de identificar la distorsión que las normas y actitudes (Burns, 1980 citado en Beck, 1995). Por ejemplo, con Ana se comenzó preguntándole “estabas limpiando la casa y solo te faltaba media hora para salir del trabajo pero te faltaba lavar algunas cosas y pensaste “es terrible ser lenta” y te dio ansiedad. ¿Qué significa para ti

esto?”. Al preguntarle a la paciente el significado de ese pensamiento, se pudo ahondar más en las reglas y actitudes que tenía sobre esa situación hasta se pudo llegar a identificar creencias centrales (Beck, 1995).

Para la modificación de las creencias intermedias se le preguntó a Ana para cada creencia el siguiente estilo de preguntas socráticas (se personalizó cada pregunta de acuerdo a la creencia): para cuestionar la fuente de su creencia ¿De dónde crees que sacaste esa creencia?, para cuestionar la validez de su creencia ¿crees que todos tenemos esa misma creencia o hay alguien que cree diferente? y/o ¿conoces a alguien que crea diferente con respecto a esto en una situación similar?; y se le preguntó ¿crees que a la otra persona le sirve su creencia y crees que es aprendida? para cuestionar la utilidad y para ayudarlo a concientizar que las creencias son aprendidas por lo que se pueden aprender otras más funcionales (Beck, 1995). Un ejemplo de cómo se procedió con estas preguntas es: ¿Ana de donde sacaste que te van a despedir si no acabas de limpiar la casa en un día?, ¿crees que todas las amas de casa creen que si no acaban de limpiar todo van a ser despedidas o crees que piensan diferente?, ¿conoces a alguien que piense diferente y tenga tu mismo trabajo?, ¿crees que a la otra persona que cree que puede dejar algunos quehaceres para el siguiente día le sirve su creencia? y ¿crees que esa creencia la aprendió o nació con ella?.

Adicional, para ayudar a que Ana cuestione sus creencias intermedias y las modifique, conjuntamente se utilizó el método de encontrar las ventajas y desventajas de cada creencia tras minimizar las ventajas de esa creencia y maximizar las desventajas (Beck, 1995). Por ejemplo se le preguntó “¿qué ventajas hay en que creas que tienes que trabajar hasta que acabes todo, si no eres lenta?” ella respondió “en que me hace trabajar más rápido” y se le preguntó “¿y las desventajas de esta creencia?”, Ana respondió “en que olvido comer y me fatigo mucho, me preocupo y me da ansiedad si no acabo a tiempo”

entonces se le preguntó “¿por un lado puede o no ser verdad que esta creencia sea la única que te ayude a trabajar más rápido (cuestiona su validez) y por otro lado te olvidas de comer, te da mucha ansiedad, preocupación y te fatigas hasta que llegas muy cansada a casa, es verdad?”. Finalmente, Ana concientizó que había más desventajas en sus creencias y estas le provocaban los síntomas de su diagnóstico y le hacían mucho daño; por lo que siguiente, se formuló en conjunto nuevas creencias más adaptativas y realistas que se relacionen con su creencia intermedia y que le provea un alivio (Beck, 1995). Una técnica que se utilizó para encontrar creencias más adaptativas es preguntarle a Ana que responda “como si” creyera que en realidad no tiene que acabar todo, por lo que respondió “si no tengo que acabar estaría más relajada ya que podría arreglar los lugares que más usan en la casa y lo demás podría dejarlo para el siguiente día” (Beck, 1995). Por lo tanto, a partir de la creencia “tengo que acabar todo hoy día si no soy lenta”, se reformuló la creencia a “es una casa grande, si acabo lo principal hoy día como limpieza de cuartos y cocina, lo hice bien y las cosas más pequeñas o lugares que no se usan a diario puedo acabar mañana.”. Al final Ana pudo entender otros puntos de vista y crear flexibilidad en sus reglas y actitudes tras evaluar del 0 al 100% que tanto creía en la vieja creencia y que tanto en la nueva creencia así se dio cuenta que pudo modificar sus creencias intermedias y comprobar su validez (Beck, 1995).

Las creencias centrales se identificaron luego de identificar los pensamientos automáticos y creencias intermedias de Ana. La mayoría de creencias centrales se mostraron como parte de los pensamientos automáticos, como “si no acabo todo a tiempo soy inútil”, “si no sirvo a mi familia como lo necesitan soy mala”, “si no hago perfecto las cosas no sirvo”, entre otros. Mediante las preguntas socráticas y la técnica de la flecha hacia abajo, se pudo identificar las principales creencias centrales de Ana eran “no sirvo”, “soy inútil”, “soy mala” y “soy culpable” (Beck, 1995). Para modificar estas creencias

centrales primero se psico-educó a Ana sobre lo que son, por ejemplo que no representan la verdad por son ideas creadas que generalizan y polarizan su percepción de las situaciones; y que aunque parezcan rígidas, se pueden poner a prueba y modificar como los pensamientos y creencias intermedias (Beck, 1995). Siguiendo, se utilizó el cuestionamiento socrático para cuestionar la validez, utilidad y origen de las creencias; el método de enumerar las ventajas y desventajas de la creencia y el método de actuar “como si” para que pueda crear creencias alternativas, más adaptativas y flexibles que las que tenía (Beck, 1995). Por ejemplo se le preguntó “¿qué tal si en vez de que creyeras que eres inútil o no sirves, creyeras que eres competente y eficaz? ¿Qué harías y que sentirías? Adicional, el continuo cognitivo donde se evalúa del 0 al 100% a la creencia, le ayudó a analizar que sus creencias centrales eran generalizadas, exageradas y polarizadas ya que Ana se dio cuenta que sí sirve porque tiene la capacidad de ayudar a su familia, de hacer su trabajo y de no ser culpable de todo lo que pasa a su alrededor. De estas técnicas, Ana pudo evaluar sus creencias centrales disfuncionales y crear unas nuevas más adaptativas, flexibles y reales que le ayudaron a dejar de etiquetarse, reducir su sentimiento de culpa y dejar de catastrofizar, sobre generalizar y polarizar las situaciones. De estas técnicas, se pudo llenar un formulario de creencias centrales en conjunto con Ana donde permitió que identifique y evalúe del 0 al 100%, sus creencias disfuncionales anteriores y escriba las nuevas creencias centrales que son más adaptativas y funcionales tras enumerar evidencia que contradice la vieja creencia y apoya a la nueva creencia; además de reformular a la vieja creencia con una explicación alternativa más real y lógica (Beck, 1995). Así, Ana pudo reformular sus viejas creencias como “la casa es muy grande para acabar todos los quehaceres en un día, si no sirviera, no podría cocinar, limpiar ni atender a mi familia como lo hago” “mi pareja no hubiera regresado ni permanecido conmigo si pensara que no sirvo y soy mala”, “no tengo la culpa de las decisiones que toman otras personas”, “si fuera

inútil ya me hubieran despedido”. Adicional, pudo reconocer nuevas creencias como “soy eficaz así no acabe todo en un día”, “yo valgo mucho sin importar lo que diga el resto”, “me merezco ser feliz”, “soy fuerte”, “no soy culpable de todo lo que me pasa ni pasa alrededor mío”.

Métodos conductuales e inclusión de tareas.

En las primeras sesiones, se le pidió a Ana que empiece a auto-monitorear sus emociones y sensaciones fisiológicas para darse cuenta que situaciones son las que más le provocaban preocupación y ansiedad (Brown et al., 2001). Para esto, se psico-educó a Ana sobre las emociones básicas y los síntomas fisiológicos de la ansiedad como respiración agitada, palpitaciones aceleradas, temblores, entre otros (Brown et al., 2001). Adicional, se le pidió que analice que momentos del día son los que más le preocupan para así, poder hacer una jerarquía de preocupaciones en terapia (Brown et al., 2001). Para ella, los momentos del día que mostraba más agitación y emociones negativas eran al despertar de un sueño no reparador cuando tenía que preparar a sus hijos para la escuela, darles de comer y salir al trabajo. Además, cuando estaba por finalizar el horario de trabajo porque se aceleraba a acabar todos los quehaceres, luego al llegar a la casa y saber que tiene que hacer los deberes de su hijo mayor, darle de comer a su esposo en la cama y ordenar. Se le psico-educó a Ana sobre los métodos conductuales que se iban a mandar de deber en casa y en terapia para que comprenda y este de acuerdo en hacerlos. Para sus preocupaciones principales se comenzó a utilizar el método de exposición a la preocupación escogiendo la que menos le preocupaba para comenzar con esa y seguir hasta terminar en la que más le preocupaba (Brown et al., 2001). Se le indicó que imagine vívidamente ese momento donde sentía la preocupación e imagine el peor resultado posible para que sienta su ansiedad (Brown et al., 2001). Para cada preocupación ella pensó lo peor por ejemplo, que

se iba a levantar e iba a estar enferma y no podría ir a trabajar ni ayudar a sus hijos, que su pareja la iba a gritar y irse a tomar si no le daba la comida en la cama, que su hijo mayor pierda el año si ella no le hace los deberes, que la despidan si no acaba todo a tiempo y que su pareja se vuelva a ir con otra mujer porque no hay comunicación ni intimidad entre ellos. Al guiarla a que imagine una preocupación específica por media hora, hizo que Ana deje de saltar de preocupación en preocupación tratando de evitar sus emociones, preocupaciones y la situación en sí para que empiece a generar alternativas a cada preocupación de cómo puede resultar la situación; y posteriormente al analizar su experiencia y generar habilidades de afrontamiento, para que pueda reducir su ansiedad al exponerse a las situaciones que eran el foco de sus preocupaciones (Brown et al., 2001). Esto ayudó a Ana a que se adapte cada vez más a los síntomas de la ansiedad generalizada y generar otros comportamientos alternativos más objetivos y adaptativos a las situaciones.

Luego de utilizar esta técnica en terapia en un ambiente seguro para Ana, se le pidió que empiece a utilizarlo en casa y su trabajo en cada momento donde sentía la preocupación y ansiedad. Por el simple hecho de que se expuso a su ansiedad y preocupaciones en terapia, Ana empezó a dormir mejor y más tranquila ya que adicional se le enseñó la respiración profunda o diafragmática y se le dijo que al acostarse la realice diez veces y sienta como su cuerpo se va relajando con cada respiración profunda (Brown et al., 2001). Esto le ayudó a que se despierte más energética, menos cansada y con poca preocupación de que se enfermará. Adicional, al exponerse a su preocupación del trabajo, se le mandó a Ana como tarea que organice las prioridades en su trabajo y se dé un tiempo para comer. Adicional, le dio anemia por no alimentarse bien por lo que se le mandó igual a que hable con su jefa y le diga que tiene que descansar más en el trabajo por lo que con la práctica de exposición a la preocupación, Ana logró decirle y se dio cuenta que estuvo exagerando la situación ya que la señora se mostró comprensiva y la ayudó. Adicional,

pudo también dejar de hacerle los deberes a su hijo, de vestirles y darles de comer en la boca el cual le provocaba que este irritable con ellos porque le quitaban tiempo; y en vez, se le indicó que en vez de que les dé haciendo todo, les enseñe y les supervise. Se le enseñó a Ana que cuando quiera gritar a sus hijos en vez salga un rato de la casa, realice la técnica de respiración profunda y regrese para que responda asertivamente tras enseñarle a que reconozca los aciertos de sus hijos como decirles “bien hijo acabaste el deber solito” y les diga que si se portan bien y acaba los deberes, pueden salir a pasear el fin de semana al parque o ir a tomar un helado juntos en familia. Esto ayudó a que tenga un tiempo libre en casa para ella, además de que controla y reduce su irritabilidad con la respiración y tras responder asertivamente. Además, ayudó a que sus hijos se independicen más, que aprendan a hacer las cosas que pueden hacer solos y que pasen tiempo en familia ya que una tristeza de Ana es que no pasaban tiempo compartiendo en familia.

Adicional, se le mandó de deber, luego de exponerle a sus preocupaciones con respecto a su pareja, que empiece a decirle a su pareja que coma con su familia en el comedor, por ende dejar de servirle la comida en la cama. Adicional, se le mandó de deber que empiece a hacerle preguntas simples a su pareja como “¿cómo te fue hoy?” para que se vuelvan a comunicar, algo que Ana anhelaba bastante. Ana comentó que al realizar los deberes con respecto a su pareja, él se mostró un poco molesto al comienzo pero luego se empezó a adaptar y pronto se sentaba en la mesa a comer con su familia y a compartir en conversaciones. Para ella esta preocupación era bastante grande ya que tenía mucho miedo que su pareja vuelva a tomar o se vuelva a ir de la casa, pero al ver que con las técnicas conductuales que ha aprendido, ha podido enfrentar las situaciones que le producían mucha preocupación de forma más asertiva y más calmada por lo tanto, Ana indicó que su irritabilidad e hostilidad bajo, que se siente menos sola, menos triste, menos cansada y

fatigada y menos ansiosa ya que se ha podido afrontar muchas situaciones que le provocaban ansiedad.

Siguiente, Ana manifestó que su relación con su pareja mejoró porque se comunicaban más, salían a pasear juntos y él a veces ayudaba a preparar el café. Con esto, comentó que quería salir a la iglesia ya que su pareja antes no la dejaba ir, quería volver a hablar con su hermana que vivía cerca, y el tema más controversial en su vida de pareja era visitar a sus padres ya que cada que ella se iba su pareja se molestaba mucho y se peleaban e iba a tomar. Para estas situaciones que le causaban mucha ansiedad y malestar a Ana, no solo se utilizó el método de exposición a la preocupación para que se imagine la peor reacción de su pareja y genere habilidades de afrontamiento, pero también exposición gradual a las situaciones tras primero exponerse en terapia utilizando el método de juego de roles para de igual forma generar habilidades de afrontamiento y alternativas a la situación (Brown et al., 2001). Se le explicó que sus derechos y gustos también son importantes el cual también se trató en la reestructuración cognitiva. Adicional, se mandó de deber a que se exponga en vivo a situaciones similares donde tiene que defender sus derechos y gustos como una situación donde Ana fue al colegio de su hijo a defender a su hijo que una profesora no le dio de comer porque él no hizo un deber.

Cuando se sintió preparada para enfrentar las situaciones que le provocaban mayor ansiedad, Ana comenzó por la que menos le daba ansiedad que es decirle a su pareja que quiere ir a la iglesia. Se le comentó que ella le exponga las razones por las cuales quiere ir para que su pareja entienda. Ana comentó que su pareja le dijo que la iglesia no sirve, pero si quiere que vaya por lo que para ella fue un gran alivio y felicidad ya que su pareja no se enojó ni ella reaccionó hostilmente, en vez aprendió a dialogar asertivamente aprendiendo de las técnicas conductuales que realizó en terapia. Siguiente, Ana sentía más confianza en decirle a su pareja que va a ver a su hermana y posteriormente a sus padres el cual su

pareja le dejó llevar a sus hijos y aunque él no fue, esto fue la exposición en vivo más grande que Ana logró en una situación y que le funcionó brindándole así la confianza en sí misma, recuperando su auto valía, su autoestima y liberándose de sus preocupaciones más grandes de ese momento.

Finalmente, dentro de la terapia se utilizó la técnica de exposición prolongada mediante la imaginería para los traumas que Ana tuvo en su niñez y adultez. Esta técnica se utilizó para que imagine vívidamente por un tiempo prolongado en este caso 20-30 minutos de la sesión cada trauma e imagine lo que sentía, pensaba y sus respuestas somáticas y su entorno (Bados y García, 2011). Al exponerse a su trauma tras revivirlo en imaginación, Ana aprendió a afrontar su ansiedad, culpa e hostilidad que le provocaba de acuerdo a la situación y logró un proceso de adaptación a estos (Bados y García, 2011). En terapia se le preguntaba a Ana cada diez minutos cual era su nivel de ansiedad del 0 al 100%, y cuando ella denotaba que su ansiedad bajo al 50% o menos, se terminaba la exposición; y usualmente los últimos 20 minutos de terapia se analizaba lo que experimentó y como lo superó para que interiorice las habilidades de afrontamiento y reduzca su ansiedad, culpa e hostilidad que venía acarreado todos esos años (Bados y García, 2011).

Ana se dio cuenta que las imágenes de los eventos temidos que le daban ansiedad y evitaba preocupándose constantemente, eran sobre generalizados, polarizados, con falacia de control y catastróficos. Adicional se dio cuenta que con las habilidades de afrontamiento aprendidas, las habilidades de solución de problemas, la delegación de responsabilidades, exposiciones múltiples y habilidad de relajarse, se sentía menos vacía, menos ansiosa, menos preocupaba, menos irritable y más valiosa (Bados y García, 2011; Brown et al., 2001). Además, logró entender que podía perdonarse a sí misma y a los

demás al igual que podía defender sus derechos y gustos con el diálogo y no con hostilidad e irritabilidad.

Al finalizar la terapia, Ana demostró más confianza, más fluidez en las conversaciones, una reducción en porcentaje de la intensidad y frecuencia de sus pensamientos y emociones negativas y más habilidad de crear reacciones alternativas a situaciones que provocan ansiedad.

Ana indicó que luego de la terapia quería reforzar más la comunicación con su pareja tras compartir más tiempo juntos ya que el maltrato doméstico cesó completamente antes de comenzar terapia (inclusive cuando se le hizo el seguimiento seis meses después de finalizar la terapia), con su hermana que vivía cerca, con su otra hermana que fue a su casa a vivir un tiempo con ella para estudiar y con sus padres para visitarlos más seguido. Adicional, quería seguir asistiendo a su iglesia con su hermana, organizándose mejor en el trabajo, y hacer de las salidas en familia algo regular. A largo plazo Ana quería mantener su calma y bienestar tras cuidar de ella misma y poder afrontar asertivamente nuevas situaciones que le produzcan ansiedad en vez de evitarlas tras usar las nuevas herramientas cognitivas y conductuales que aprendió en terapia.

ANÁLISIS DE DATOS

Análisis de resultados

Detalle de las pruebas.

Para verificar el diagnóstico de la paciente se usó la prueba de diagnóstico SCL-90-R (ver Anexo C). Adicional, se usó la prueba de *test* de tipos de apego (Brenlla y cols., 2001) (ver Anexo D) que es una adaptación de los estilos de apego adulto de Bartholomew (1994 citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011) basado en el estudio de Apego Romántico de Hazan & Shaver (1987 citado en Brenlla y cols., 2001) que se adaptó de los estilos de apego infantil de Ainsworth et al. (1978 citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011) formados a partir de la teoría de apego de Bowlby (1969, 1988 citado en Yárnoz-Yaben y Comino, 2011); como una fuente de explicación de su TAG adquirida en la niñez y de ser víctima de maltrato físico por parte de su pareja en la adultez.

Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R).

Resultados.

Pre terapia.

Se aplicó a la paciente en la primera sesión terapéutica la prueba diagnóstica SCL-90-R (Derogatis, 1994). Los resultados obtenidos a través de la calificación de las respuestas de la paciente demuestran que ocho de las nueve dimensiones se encuentran dentro del rango clínico de riesgo ($T \geq 63$). Estas son: obsesión-compulsión ($T=65$), sensibilidad interpersonal ($T=70$), depresión ($T=77$), ansiedad ($T=80$), hostilidad ($T=80$), ansiedad fóbica ($T=67$), ideación paranoide ($T=73$) y psicoticismo ($T=80$). La dimensión de somatizaciones se encuentra dentro del rango normal ($T < 63$): ($T=60$).

Los valores de los índices globales demuestran que los tres se encuentran dentro del rango clínico de riesgo ($T \geq 63$): El índice de severidad global ($T=80$), total de

síntomas positivos (T=80) y el índice de malestar sintomático positivo (T=70).

Post terapia.

Se volvió a aplicar a la paciente en la última sesión terapéutica la prueba diagnóstica SCL-90-R (Derogatis, 1994). Los resultados obtenidos a través de la calificación de las respuestas de la paciente demuestran que ninguna dimensión se encuentra dentro del rango clínico de riesgo ($T \geq 63$). Las nueve dimensiones se encuentran dentro del rango normal ($T < 63$): somatizaciones (T=45), obsesión-compulsión (T=47), sensibilidad interpersonal (T=47), depresión (T=37), ansiedad (T=43), hostilidad (T=30), ansiedad fóbica (T=60), ideación paranoide (T=47), psicoticismo (T=50).

Los valores de los índices globales demuestran que los tres se encuentran dentro del rango normal ($T < 63$): El índice de severidad global (T=43), total de síntomas positivos (T=50) y el índice de malestar sintomático positivo (T=30).

Análisis de resultados.

En la comparación de los resultados de la prueba tomada antes de la terapia y después de la terapia (ver tabla 1 y figura 1), la paciente mostró una disminución en todas las dimensiones de la prueba SCL-90-R donde obtuvo un rango clínico de riesgo ($T \geq 63$). La dimensión de obsesión-compulsión disminuyó 18 puntos, la dimensión de sensibilidad interpersonal disminuyó 23 puntos, la dimensión de depresión disminuyó 40 puntos, la dimensión de ansiedad disminuyó 37 puntos, la dimensión de hostilidad disminuyó 50 puntos, la dimensión de ansiedad fóbica disminuyó 7 puntos, la dimensión de ideación paranoide disminuyó 26 puntos y la dimensión de psicoticismo disminuyó 30 puntos. La dimensión de somatizaciones aunque no estuvo dentro del rango clínico de riesgo en la

prueba tomada antes de la terapia con $T=60$, aun así disminuyó 15 puntos en la prueba tomada después de la terapia con $T=45$. Adicional, El índice de severidad global disminuyó 37 puntos, el total de síntomas positivos disminuyó 30 puntos y el índice de malestar sintomático positivo disminuyó 40 puntos.

Los resultados indican que la paciente exageró sus síntomas en la primera sesión que se le tomó el SCL-90-R ya que se puede ver que el total de síntomas positivos era mayor a $T=60$ lo cual indica una tendencia a exagerar sus patologías por lo que explica porque las dimensiones tenían valores tan elevados en la primera sesión. Sin embargo, al ver la disminución de puntajes en todas las dimensiones que entraban en el rango clínico de riesgo ($T \geq 63$) al igual que en la dimensión que se mantuvo en el rango normal ($T < 63$), indica que durante la terapia, la paciente bajo la intensidad y frecuencia de sus síntomas. En caso de la dimensión de obsesión-compulsión la paciente redujo sus síntomas de pensamientos recurrentes excesivos que le parecían incontrolables, además redujo su ansiedad en cuanto a terminar los quehaceres domésticos en su casa y trabajo a la perfección y dejar de lado sus necesidades básicas para terminar todo en un día. En la dimensión de sensibilidad interpersonal, Ana redujo sus sentimientos de inferioridad como el sentirse que no es valiosa ni suficiente para su pareja y sociedad. En la dimensión de depresión Ana redujo sus sentimientos de tristeza y vacío por falta de comunicación con su pareja, sus padres, hermanos/as y eventos pasados en su vida que sentía culpabilidad. En la dimensión de ansiedad, Ana redujo su tensión, agitación y ansiedad sobre acontecimientos o situaciones del futuro. En la dimensión de hostilidad, Ana redujo sus sentimientos de ira, irritabilidad y hostilidad hacia sus hijos y pareja, además de la reducción de su resentimiento con su pareja porque le fue infiel. En la dimensión de ansiedad fóbica, Ana redujo sus miedos a consecuencias, situaciones y personas que quería afrontar en el presente al igual que en el futuro. En la dimensión de ideación paranoide, Ana redujo sus

sentimientos de suspicacia que tenía con sus vecinos por lo que redujo su síntoma de hiper vigilancia. En la dimensión de psicoticismo, Ana redujo sus síntomas de soledad por que se aislaba del mundo pensando que era malo. En la dimensión de somatización, Ana se mantuvo en la media normal más redujo el puntaje por lo que indica que sus síntomas de fatiga, sueño no reparador y malestares menores se redujeron. Finalmente, El índice de severidad global por lo que los síntomas de Ana ya no estaban dentro del rango clínico de riesgo ($T \geq 63$), la reducción en el total de síntomas positivos indica que Ana ya no percibe a sus síntomas como graves por lo tanto ya no exagera sus síntomas, y la reducción del índice de malestar sintomático positivo indica que Ana redujo la severidad de su malestar en general.

Los resultados en base a la reducción de los puntajes de las dimensiones mencionadas en el SCL-90-R indica que el tratamiento cognitivo-conductual fue exitoso en reducir significativamente los síntomas y malestar general que Ana presentaba al comienzo de la terapia.

Tabla 1. Tabla de resultados SCL-90-R

Dimensiones	Pre Terapia T1	Post Terapia T2	Diferencia Puntaje (T1-T2)
Somatización	60	45	15
Obsesión-Compulsión	65	47	18
Sensitividad Interpersonal	70	47	23
Depresión	77	37	40
Ansiedad	80	43	37
Hostilidad	80	30	50
Ansiedad Fóbica	67	60	7
Ideación Paranoide	73	47	26
Psicoticismo	80	50	30
Índice de Severidad Global	80	43	37
Síntomas Positivos	80	50	30
Índice de M.S.P	70	30	40

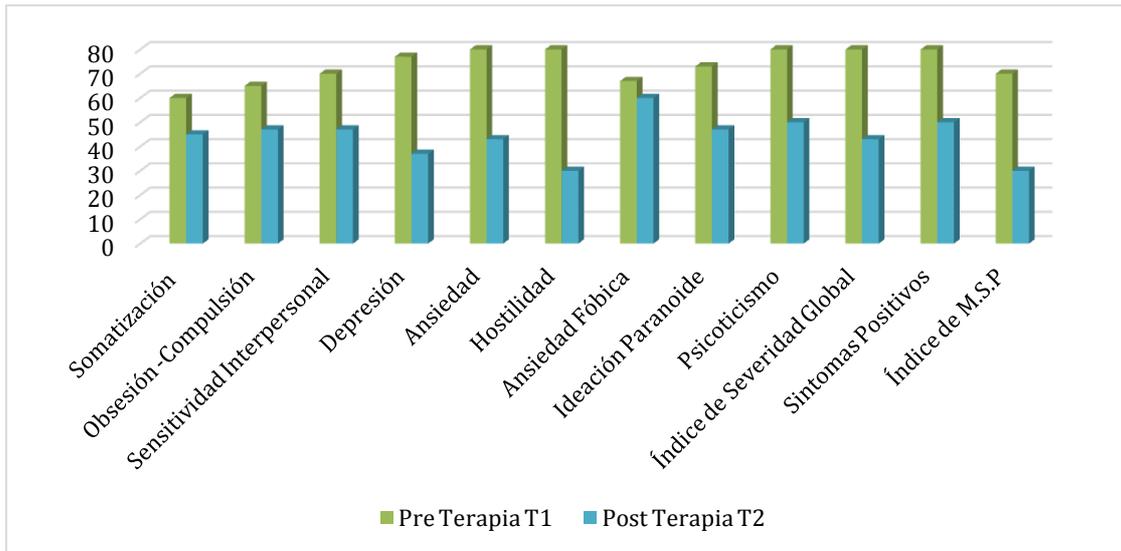


Figura 1. Resultados del SCL-90-R

Test de tipos de apego.

Resultados.

Se aplicó a Ana el *test* de tipos de apego. Según el análisis de los resultados (Ver tabla 2 y figura 2), Ana obtuvo como puntaje de tipo de apego seguro un total de 11 puntos que comprenden la suma del puntaje obtenido de los ítems # 1, 8 y 12 en la columna perteneciente a la frase “Responda pensando en sus amigos, parientes, o relaciones no románticas”, que lo llamaremos Columna 1, más la suma del puntaje obtenido de los ítems #1, 8 y 12 en la columna perteneciente a la frase “Responda pensando en una relación romántica que tenga, haya tenido o desee” que lo llamaremos Columna 2. Adicional, Ana obtuvo como puntaje de tipo de apego ansioso un total de 14 puntos que comprende la suma del puntaje obtenido de los ítems #3, 6 y 10 en la Columna 1 más la suma del puntaje obtenido de los ítems #3, 6 y 10 en la Columna 2. Ana obtuvo como puntaje de tipo de apego temeroso un total de 17 puntos que incluye la suma del puntaje obtenido de los ítems #2, 5 y 9 en la Columna 1 más la suma del puntaje obtenido de los ítems #2, 5 y 9 en la Columna 2. Finalmente, Ana obtuvo como puntaje del tipo de apego evitativo un total

de 13 puntos que incluye la suma del puntaje obtenido de los ítems #4, 7 y 11 en la Columna 1 más la suma del puntaje obtenido de los ítems #4, 7 y 11 en la Columna 2.

Para evaluar qué tipo de apego tiene más influencia en la paciente se escoge el que salió con mayor puntaje. En el caso de Ana el de mayor puntaje es el tipo de apego temeroso. Este tipo de apego indica que Ana tiene problemas confiando en el resto en especial a su pareja ya que obtuvo en la suma de los ítems de la Columna 2 un puntaje alto de 12. Adicional, indica que tiene temor a ser rechazada y siente que se lo merece en especial por parte de su pareja. Por lo tanto, este tipo de apego la tiene constantemente con pensamientos recurrentes de temor y preocupación.

Tabla 2. Resultados de tipos de apego

ITEMS	TIPOS	PUNTAJE		TOTAL
		R. No Románticas	R. Románticas	
1,8,12.	seguro	3	8	11
3,6,10.	ansioso	6	8	14
2,5,9.	temeroso	5	12	17
4,7,11.	evitativo	5	8	13

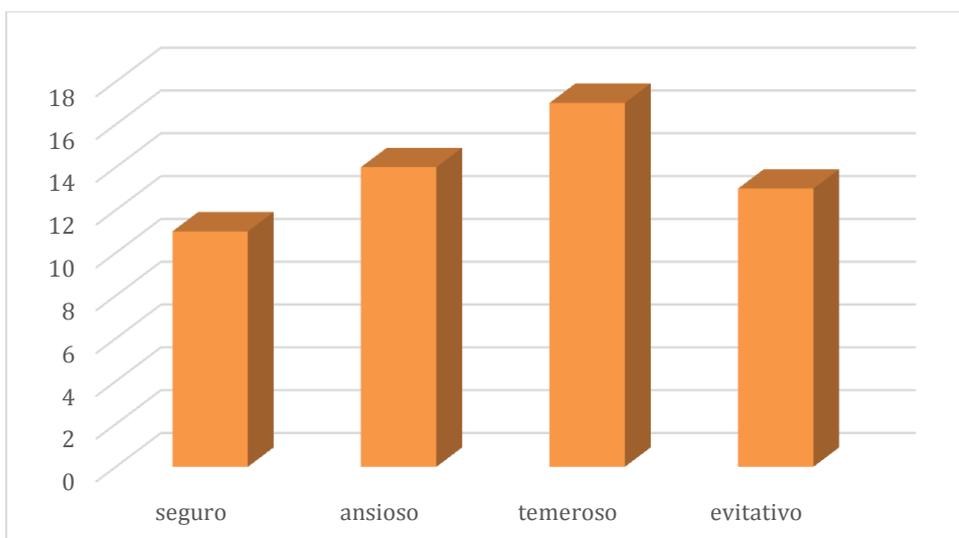


Figura 2. Resultados de tipos de apego

Importancia del estudio

En un estudio hecho por Andrews, Sanderson, Slade & Issakidis (2000) se analizó el impacto en la productividad en un año de las personas que padecen solamente el TAG y los que padecen el TAG más otro trastorno comorbido. Encontraron que de 375 personas con TAG aproximadamente el 60% no terminó la secundaria. Adicional, observaron que las personas con TAG conjunto con otro diagnóstico reportaban una media de más días de discapacidad en un mes que los que solamente padecían de TAG (4.5 días a comparación de 1.6 días); sin embargo ambos se encontraban en el rango moderado de discapacidad.

La importancia de este estudio, se da a través de que profesionales y/o estudiantes conozcan cómo estos trastornos comorbidos afectan a las personas que lo padecen y que terapia se muestra efectiva para estos. Por lo tanto, sirve de gran utilidad para que analicen e implementen las herramientas de la TCC válidas para pacientes que sufren del TAG y/o víctimas de violencia física repetitiva en pareja; así aportan no solamente al beneficio del paciente más al beneficio de la economía y productividad del país. Adicional, este estudio es de gran utilidad para que profesionales y/o estudiantes aprendan sobre los vínculos de apego y cómo estos afectan a las personas en el transcurso de su vida en especial como una razón para la predisposición de ser víctima de maltrato doméstico y padecer el TAG. Además, este estudio de caso puede ser de gran ayuda a las personas que sufren o han sufrido del TAG y/o víctimas de maltrato doméstico y quieran aprender sobre las herramientas de la TCC para auto ayudarse. De igual forma puede ayudar a cualquier individuo que le interese saber cómo funcionan los vínculos de apego y cómo estos afectan a su imagen de sí mismos, los otros y sus relaciones interpersonales en la adultez. Finalmente, las presunciones que se confirmarán son que la TCC usada en este estudio sea eficaz para reducir los síntomas de TAG y de ser víctima de maltrato doméstico en la

paciente; además de que los estilos de apego puedan explicar la predisposición a contraer el TAG y ser víctima de maltrato doméstico.

Resumen de experiencia y sesgos del autor

Se pudo dar el sesgo de que el terapeuta confirmó que la paciente redujo sus síntomas porque desde el principio se tiene la expectativa de que disminuyan. Sin embargo, con la prueba diagnóstica de SCL-90-R que tomó la paciente se pudo confirmar con validez empírica que sí redujeron en efecto los síntomas por lo tanto fue un resultado verdadero y no solo una expectativa del terapeuta. Adicional, se pudo dar el sesgo de que el diagnóstico no sea el correcto debido a que el terapeuta no identificó bien la problemática del paciente y pudo que otro trastorno explique mejor los síntomas de la paciente. Sin embargo, el terapeuta controló este sesgo tras analizar con el DSM IV TR los criterios inevitables que concluyen que pertenece a un diagnóstico.

CONCLUSIONES

Respuestas a las preguntas de investigación

Ante la pregunta de investigación: ¿Cómo y hasta qué punto las intervenciones de la terapia cognitivo conductual disminuirán los síntomas de su trastorno de ansiedad generalizada y los síntomas de ser víctima de maltrato físico en Ana?

Se pudo observar tras el análisis de los resultados pre y post terapia de la prueba diagnóstica SCL-90-R que la TCC parece haber sido significativamente efectiva en reducir los síntomas del TAG y el de ser víctima de maltrato físico en Ana. Se le aplicó a Ana las herramientas de la TCC de auto-monitoreo, reestructuración cognitiva, exposiciones múltiples, respiración profunda, entre otras, que ayudaron a Ana a modificar sus esquemas cognitivos disfuncionales y su conducta ansiosa e hostil, tras aprender que los pensamientos y creencias son solo ideas aprendidas y que pueden ser des aprendidas gracias a las intervenciones cognitivas conductuales realizadas. Al aprender nuevas habilidades de afrontamiento, alternativas de pensamiento y creencias más funcionales, reales y adaptativas, Ana vio resultados en su estado emocional, conductual y cognitivo tras indicar que sus pensamientos aprensivos y recurrentes habían disminuido considerablemente. Específicamente se sentía menos ansiosa, ya no reaccionaba con una conducta hostil o irritable, ya no se atribuía la culpa por situaciones o eventos externos a ella e indicó que se sentía segura, valiosa y querida en su familia y entorno. Además, se notó un cambio físico positivo en Ana ya que se veía más arreglada, femenina y sonriente.

Para lograr los resultados finales que Ana indica, se necesitó 30 sesiones terapéuticas el cual se repartieron en 11 meses. Las primeras 20 sesiones Ana fue constante y venía cada semana, más en las ultimas 10 sesiones venía cada 15-20 días hasta que decidió que quería finalizar la terapia porque estaba contenta con los resultados obtenidos.

Estas diez sesiones adicionales a las recomendadas por la TCC, ayudaron a que

Ana ponga en práctica las herramientas aprendidas en su vida diaria con más seguridad ya que se hizo un proceso de reestructuración cognitiva adicional y varias exposiciones a los eventos temidos primero en terapia (mediante exposición a la preocupación, imaginación y juego de roles) y luego en vivo donde Ana pudo enfrentar las situaciones que más temía exitosamente.

Ante la pregunta de Investigación: ¿Cómo y hasta qué punto el estilo de apego inseguro-temeroso es un predictor de recibir maltrato físico recurrente en una paciente ansiosa?

Tras el análisis de la revisión de la literatura y del *test* de tipos de apego tomado por Ana, se puede corroborar que Ana tiene un estilo de apego inseguro-temeroso el cual es uno de los tipos de apegos más comunes en las víctimas de maltrato doméstico y de los individuos que presentan un trastorno de ansiedad como el TAG (en el TAG solo se expone el estilo de apego inseguro) (McVay, 2012; Borkovec et al., 2004 citado en Behar et al., 2009). Por lo tanto, el *test* de tipos de apego donde Ana obtuvo el mayor puntaje en el estilo de apego temeroso indica que Ana era muy dependiente de su pareja y tenía miedo a ser rechazada por lo que era bastante complaciente con su pareja en lo que el necesitaba y por ende permanecía en la relación violenta (Bartholomew, 1994 citado en Brenlla y cols., 2001; McVay, 2012).

Discusión

Según Brown et al. (2001) el TAG es una de las más difíciles de tratar y la TCC ha dado los mejores resultados en reducción de síntomas para este trastorno tras implementar varias herramientas en conjunto como la reestructuración cognitiva, respiración y/o relajación, auto-monitoreo y técnicas de exposición (Borkovec, 1994; Craske, Barlow, &

O'Leary, 1992 citado en Brown et al., 2001). Adicional, muchos estudios corroboran la eficacia de la TCC en víctimas de maltrato doméstico (Sax, 2012). Por ende, los resultados del SCL-90-R arrojaron que el TCC si fue efectivo para reducir los trastornos de la paciente.

En los resultados se puede ver que la dimensión de obsesión-compulsión redujo a niveles normales ($T < 63$) por lo que disminuyó los pensamientos recurrentes y excesivos el cual afectaba la funcionalidad de Ana ya que le producía un malestar cognitivo, físico y emocional constante debido a que se preocupaba la mayor parte del día, casi todos los días y percibía que no podía controlar su preocupación hacia eventos futuros (British Columbia. CARMHA, 2007; APA, 2000). Adicional, hubo una disminución en la dimensión de sensibilidad interpersonal, por lo que redujo sus sentimientos de inferioridad que es mala, inútil y no es valiosa para su pareja ni la sociedad y que por lo tanto se merecía el maltrato físico por parte de su pareja (FPP, 1999). Además, en la dimensión de depresión, se pudo ver que Ana redujo sus sentimientos de tristeza y culpa que tenía por tener una mala relación con su pareja, con sus padres y por sentirse culpable de la infidelidad por parte de su pareja, el maltrato hacia ella y el irse de la casa de sus padres sin su bendición. Por lo que sus distorsiones cognitivas de culpabilidad, pensamiento dicotómico de que todo lo malo es por su culpa y de etiqueta global de que es mala, se modificaron a pensamientos más sanos y redujeron su impacto en Ana. Esta reducción de síntomas fue el resultado de reestructuración cognitiva y los deberes de exposición de restablecer comunicación y una relación con su pareja e padres (FPP, 1999; Beck, 1995; Bados y García, 2011).

Siguiente, se pudo ver con la reducción de la dimensión de ansiedad que Ana disminuyó su tensión, agitación y ansiedad en reacción a eventos presentes y futuros; por lo que se puede ver que empezó a interpretar de manera más objetiva a los eventos en los que antes sobre dimensionaba la amenaza de peligro (Beck et al., 2005). Además, al notar

en los resultados que la dimensión de hostilidad bajó se puede concluir que los sentimientos de ira, irritabilidad y hostilidad hacia sus hijos y pareja disminuyeron. Las técnicas de respiración profunda, el auto-monitoreo de sus sensaciones fisiológicas y el hecho de que empezó a entablar una relación más positiva con su pareja, ayudaron a que Ana pueda procesar sus emociones de mejor manera y a concientizar otras maneras alternativas de actuar que sean más asertivas (Brown et al., 2001; Behar et al., 2009).

Al ver que la dimensión de ansiedad fóbica también disminuyó significativamente, Ana redujo sus miedos a las consecuencias y situaciones futuras por lo que indica que las exposiciones múltiples como exposición a la imaginación, exposición gradual, exposición en vivo, entre otros le ayudó a que pueda enfrentar situaciones que puedan producirle ansiedad y a situaciones que antes tenía miedo y las evitaba (Falsetti, 2000; Bados y García, 2011). Adicional, al ver una reducción en la dimensión de ideación paranoide, Ana redujo su híper vigilancia de que sus vecinos la chequean y que hablan de ella lo cual es una reacción de defensa natural; más se vuelve distorsionada cuando se percibe a la situación más amenazante de lo que es como en el caso de pacientes con TAG (Beck et al., 2005; Brown et al., 2001). Por tanto, dejó de importarle si sus vecinos hablan de ella o la chequeaban, así pudo salir con su familia a pasear sin vergüenza ni a la defensiva.

Siguiente, se vio en los resultados que se redujo la dimensión de psicoticismo a los niveles de normalidad ($T < 63$), por lo que Ana disminuyó sus sentimientos de soledad, dejó de aislarse y empezó a ir a la iglesia con su hermana. La relación con su pareja y padres mejoró, con lo que se empezó a sentir más valorada, querida y acompañada. Algo que ella no había sentido en mucho tiempo ya que desde que su pareja le maltrataba y posteriormente le fue infiel, Ana sentía que sus necesidades y derechos no significaban nada (FPP, 1999).

Finalmente, los resultados indicaron que los índices globales de severidad y síntomas positivos disminuyeron al rango normal ($T < 63$) por lo que Ana ya no sentía el malestar que no le dejaba funcionar adecuadamente en su trabajo, casa y círculo social por lo que se comprueba la eficacia de la TCC en pacientes con TAG y víctimas de maltrato doméstico (Brown et al.; Sax, 2012). Sin embargo, la probabilidad de remisión total del trastorno del TAG en especial si tiene comorbilidad con otro trastorno, es baja (38%) en un lapso de cinco años y el 27-39% de pacientes que han tenido remisión total y/o parcial después de la TCC han vuelto a recaer totalmente después de tres años post terapia (Yonkers, Dyck, Warshaw & Keller, 2000). Por lo tanto, Ana puede volver a recaer si no practica las herramientas de la TCC constantemente y está siempre monitoreando su estado de ánimo, conducta y pensamientos para que sepa que situaciones y personas le afectan; así puede implementar las habilidades de afrontamiento y alternativas de pensamiento que aprendió en terapia.

Además, en relación al resultado del *test* de tipos de apego (Brenlla y cols., 2001) donde Ana obtuvo un estilo de apego temeroso, se describe que los individuos con este estilo de apego desean tener un círculo social pero no confían de los demás; además son muy dependientes y no quieren ser rechazados (Bartholomew, 1994 citado en Brenlla y cols., 2001). Por lo que puede ser la explicación de por qué Ana permaneció en la relación como víctima de maltrato por parte de su pareja porque temía ser rechazada y dependía de él. Adicional, puede ser la razón por la cual Ana no tenía amigas/os comenzando además por el estilo de apego inseguro que probablemente formó con sus padres porque ellos no estaban disponibles para ella emocionalmente y vivió su primer evento traumático de ver a su padre pegar a su madre; por lo tanto no tuvo un entorno familiar que le brindó seguridad ni confianza (Ainsworth et al., 2014). Bowlby (1969) indicó que la conducta de apego puede durar toda la vida, por lo que modelos de funcionamiento interno inseguros creados

en la infancia conllevan a que en la adultez, el individuo cree vínculos de apego inseguros (Bowlby, 1982 citado en Brenlla y cols., 2001). Adicional, la teoría de que el estilo de apego de un individuo es influenciado mayormente por los estilos de apego de sus padres (debido al estilo de crianza y traumas como el maltrato doméstico) demuestra que hay evidencia de que el vínculo de apego puede ser intergeneracional (DeLozier, 1982 citado en McVay, 2012). Por lo tanto, Ana al presenciar el maltrato físico por parte de su padre hacia su madre y adicionalmente haber desarrollado un vínculo inseguro con sus padres por su inaccesibilidad, la hizo más propensa a ser víctima de maltrato físico por parte de su pareja (McVay, 2012). Finalmente, se cree que Ana respondía hostilmente a su pareja debido a que se trataba de defender del maltrato físico que esperaba de su pareja, por lo que se anticipaba al evento y por miedo al rechazo que sentía cuando su pareja la maltrataba físicamente, Ana se auto protegía (McVay, 2012). Por lo tanto, la creencia errónea que Ana tenía de que ella era la culpable por provocarlo se modificó mediante la reestructuración cognitiva al generar nuevas alternativas de pensamiento y creencias que estipulaban que Ana era la víctima que se defendía más no la culpable que se merecía el maltrato.

Limitaciones del estudio

La información obtenida en la revisión de la literatura se basa en investigaciones hechas en países extranjeros por lo que el contexto cultural, económico y social es diferente, por lo tanto puede no representar adecuadamente a la paciente ecuatoriana en este estudio de caso.

Los estudios de caso sirven para aprobar o debatir los resultados obtenidos teórica o empíricamente a través de la aplicación en un caso único por lo que pueden aparecer resultados nuevos que no han sido aún estudiados y que posteriormente a través de formar

nuevas hipótesis o preguntas de investigación, se pueden probar científicamente (Lowman & Kilburg, 2011). Sin embargo, en este estudio de caso, no se encontró teorías nuevas ya que había bastante información sobre los síntomas de ansiedad generalizada y síntomas de ser víctima en maltrato doméstico. Adicional, se encontró que había información sobre la relación de los estilos de apego con la predisposición de contraer estos trastornos por lo que tampoco fue algo innovador.

Adicional, los estudios de caso no son completamente objetivos por lo que tienen interpretaciones subjetivas del terapeuta (Lowman & Kilburg, 2011). En el caso de este estudio, la terapeuta y el paciente desarrollaron una relación de empatía, seguridad y de apoyo por lo que la transferencia y la contra transferencia es muy probable ya que están construyendo conjuntamente el desarrollo de la terapia, por lo tanto los esquemas mentales subjetivos del terapeuta pueden influenciar en la interpretación del estudio de caso como en el paciente (Prasko et al., 2010).

Siguiente, los estudios de caso comienzan con una teoría que sigue los datos del caso, por lo que se puede dar el sesgo de no probar otras teorías que puedan tener un mejor acoplamiento para los datos del caso (Lowman & Kilburg, 2011). En este estudio de caso, se utilizó el DSM-IV-TR y el SCL-90-R además de los síntomas que la paciente reportaba para elaborar un diagnóstico, sin embargo, los síntomas pudieron ser exagerados (como en el caso del SCL-90-R) y/o mal interpretados por el terapeuta ya que es un estudiante en entrenamiento y no tiene la suficiente experiencia para diagnosticar y aunque estuvo supervisado, de todas formas el estudiante era el que daba la terapia. Por lo tanto, no se optó por probar otra teoría que pudiera acoplarse mejor.

Adicional, el estudio de caso no contempla el hecho de que puede haber más teorías que apoyen al estudio de caso y ayuden en su interpretación (Lowman & Kilburg, 2011). En este estudio de caso, se pudo pasar por desapercibido que posiblemente tenga rasgos de

otros tipos de trastornos debido a que se pudo correlacionar erróneamente los datos del caso a la teoría y la revisión de la literatura (Lowman & Kilburg, 2011). Adicional, pudo haber faltado un análisis más profundo del paciente debido que para elaborar un estudio de caso, se reduce su experiencia mental, sentimental y conductual a una teoría, solo que el ser humano en sí, es muy complejo para encapsularlo a un diagnóstico 100% preciso.

Siguiente, los estudios de caso promocionan un método o herramienta por lo que puede haber otras herramientas y métodos que sirvan igual o mejor (Lowman & Kilburg, 2011). En este estudio de caso, se utilizó la herramienta de diagnóstico SCL-90-R que es muy popular para evaluar síntomas y rasgos de diagnósticos, más la literatura enfatiza que hay una controversia en su validez de diferenciar entre las dimensiones de sintomatología (excepto por la depresión y ansiedad) por lo que pudo sesgar los resultados (Derogatis et al., 1976; Derogatis, 2000; Koeter, 1992, en Holi, 2003). Por lo tanto, a este estudio de caso, le faltó otra prueba diagnóstica para medir la sintomatología de la paciente para que el diagnóstico tenga más soporte y validez.

Recomendaciones para futuros casos, estudios e intervenciones

Como se denota en la revisión de la literatura, la tasa de remisión del TAG con otro trastorno comorbido es baja (Yonkers et al., 2000). Adicional, la tasa de remisión según del curso natural del TAG con o sin otro trastorno fue de 30% aproximadamente en el momento del estudio (Andrews et al., 2000). Por lo tanto se recomienda primero estudiar el curso natural del TAG solo y en conjunto con otro trastorno para así elaborar un plan terapéutico donde se toma en cuenta no solamente los picos de sintomatología del trastorno y el alivio temporal de estos, más ver al trastorno en toda su dimensionalidad y trayectoria a largo plazo. Adicional, se recomienda que se haga planes de prevención en los colegios

y en instituciones organizacionales y clínicas para informar sobre el TAG que es uno de los trastornos más comunes y el ser víctima de maltrato doméstico; así los adolescentes y gente interesada aprende sobre las herramientas de prevención y de afrontamiento en caso de que empiecen a experimentar síntomas de estos.

Adicional, se recomienda para futuros estudios, utilizar la TCC para pacientes con TAG y que sean víctimas de maltrato doméstico en terapias grupales, ya que este tipo de terapia se demuestra más efectiva para las víctimas de maltrato doméstico que la terapia individual. Por ende, sería interesante ver si la TCC grupal sería más efectiva o no que la TCC individual para la reducción de los síntomas del TAG cuando se agrupa con las herramientas de reducción de síntomas de las víctimas de maltrato doméstico. Además, se recomienda hacer más estudios en el Ecuador a pacientes ansiosos y víctimas de maltrato doméstico para saber si las herramientas de la TCC utilizadas en este estudio de caso pueden ser de igual beneficio para ellos. Para así, tener estudios parecidos donde no hay sesgo por la cultura, lenguaje, nivel socioeconómico ya que la mayoría de estudios son extranjeros y puede que no se acoplen a la población del Ecuador como se esperaría. Finalmente, se recomienda a estudiantes y profesionales elaborar más estudios sobre cómo los vínculos de apego afectan en contraer trastornos mentales al igual que desarrollar herramientas terapéuticas para tratar estilos de apego inseguros.

Resumen general

Ana buscó ayuda en los servicios psicológicos gratuitos de la Universidad San Francisco de Quito porque sentía ansiedad, irritabilidad, hostilidad, fatiga, tristeza y sentía que no podía controlar sus pensamientos excesivos y recurrentes. Se le diagnosticó con el uso del DSM-IV-TR, TAG y víctima de maltrato doméstico por parte de su pareja. Adicional, mediante el *test* de tipos de apego, se pudo ver que Ana tenía un vínculo de apego

inseguro-temeroso el cual puede ser un causante de sus trastornos conjunto con los eventos traumáticos que Ana vivió a lo largo de su vida. Al aplicar la TCC a Ana, se logró ver una reducción significativa de sus síntomas a través de los resultados del SCL-90-R, además de que físicamente y emocionalmente Ana reportó sentirse mejor. Al finalizar la terapia, Ana pudo exponerse a situaciones y personas que le provocaban ansiedad y angustia, además se sentía más segura con su entorno, redujo su hostilidad, irritabilidad, sentimientos de inutilidad y culpabilidad que se había atribuido y pudo entablar una relación positiva con su familia. Adicional, reportó una mejora en su ansiedad al tener todo perfecto en el trabajo tras llevar una agenda y poner prioridades del día. La terapia demostró su eficacia cuando Ana pudo generar pensamientos alternativos a sus pensamientos disfuncionales por lo tanto redujo su ansiedad aprensiva y tenía las habilidades de afrontamiento para exponerse a futuras situaciones.

REFERENCIAS

- Ainsworth, M., D., S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (2014). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation Psychology*. New York, NY: Psychology Press. (Reimpreso De Lawrence Erlbaum Associate, Inc., 1978).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author
- American Psychological Association (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Obtenido el 20 de abril del 2015 en <http://www.apa.org/ethics/code/?item=13#1001>
- Andrews, G., Sanderson, K., Slade, T. & Issakidis, C. (2000). Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. *Bulletin of the world Health Organization*, 78(4), 446-454. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862000000400006>
- Angst, J., Vollrath, M. (1991). The natural history of anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(5), 446-452. (23 Aug 2007). doi: 10.1111/j.1600-0447.1991.tb03176.x
- Bados López, A. & García Grau, E. (2011). *Técnicas de Exposición*. (20 jun.). Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología: Universidad de Barcelona. Obtenido el 10 de abril del 2015 en <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/18403>
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. (unabridged 1985, 2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, NY: Basic Books.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, NY: Guilford.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011–1023. doi:10.1016/j.janxdis.2009.07.006
- Brenlla, M. E., Carreras, M. A., & Brizzio, A. (2001). Evaluación de los estilos de apego en adultos. *Ficha de la Cátedra de MM Casullo, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. [Links]*
- British Columbia. The Centre for Applied Research in Mental Health and Addictions (CARMHA) (2007). *Cognitive Behavioral Therapy. Core Information Document [electronic resource]*. ISBN 0-7726-5598-7. Obtenido el 5 de marzo del 2015 en

http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/MHA_CognitiveBehaviouralTherapy.pdf

- Brown, T. A., O’Leary, T. A., Barlow, D. H. (2001). Generalized Anxiety Disorder. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (3rd ed.): *A Step-by-Step Treatment Manual* (p. 154-208). New York, NY: Guilford Publications.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. I, Attachment*. Londres: Hogart, 1969 (Trad. cast. de M. Valcarce, *El apego y la pérdida – I. El apego*. Buenos Aires: Paidós, 1998).
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. J. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 108–116. doi:10.1016/j.janxdis.2007.01.002
- Derogatis, L. R. (1994). SCL-90: Symptom checklist 90-R. *Minneapolis: MN National Computer systems Inc.* (Adaptación USFQ, 2011).
- Falsetti, S. A. (2003). Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Primary Psychiatry*, 10(5), 78-83. Obtenido el 20 de abril del 2015 en <http://primarypsychiatry.com/cognitive-behavioral-therapy-in-the-treatment-of-posttraumatic-stress-disorder/>
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. London, UK: Karnac Books Ltd.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2013). Comorbidity of Personality Disorders in Anxiety Disorders: A Meta-Analysis of 30 Years of Research. *Journal of Affective Disorders* 145(2), 143-155. doi:10.1016/j.jad.2012.07.004
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of Psychological Assessment* (5th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Guijarro, S. A., & Cano Vindel, A. C. (1999). Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información. *Psicologia.COM [Online]*, 3 (1), 145 párrafos. Obtenido el 15 de abril del 2015 en http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/art_6.htm
- Hirschfeld, R. M. A. (2001). The comorbidity of major mepression and anxiety disorders: recognition and management in primary care. *Primary Care Companion To The Journal Of Clinical Psychiatry*, 3(6), 244–254. PMID: Pmc181193. Obtenido El 20 De Abril Del 2015 En [Http://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pmc/Articles/Pmc181193/](http://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pmc/Articles/Pmc181193/)
- Holi, M. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90* (Academic dissertation, Helsinki University). Obtenido el 1 de abril del 2015 en <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/holi/assessme.pdf>

- INEC: Instituto nacional de estadística y censos (2011). *Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. Obtenido el 14 de mayo del 2015 en http://www.inec.gob.ec/sitio_violencia/
- Lowman, R. L., & Kilburg, R. R. (2011). Guidelines for case study submissions to *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. 63(1), 1-5. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021242>
- McVay, K. D. (2012). *Using Attachment Theory to understand Intergenerational Transmission of Intimate Partner Violence and Implications for use in Treatment and Policy Reform* (Doctoral Dissertation, University of Pittsburgh). Obtenido el 25 de abril del 2015 en http://dscholarship.pitt.edu/13502/1/mcvay_thesis2012.pdf
- O'Donohue, W. T. & Fisher, J. E. (Eds.). (2008). *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in your practice* (2nd ed.). NJ, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M. & Deacon, B. J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *The Psychiatric Clinics of North America* 33(3), 557–577. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.002
- Prasko, J., Divekya, T., Grambala, A., Kamaradovaa, D., Mozyne, P., Sigmundovaa, Z., Slepeckyf, M., Vyskocilovac, J. (2010). Transference and Countertransference in Cognitive Behavioral Therapy. *Biomedical Papers of the Medical Faculty of the University of Palacký, Olomouc Czechoslovakia*, 154(3), 189–197. doi:10.5507/bp.2010.029
- Ruiz, J. J. & Imbernon, J. J. (1996). *Sentirse mejor. Como afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva*. ESMD-UBEDA
- Sanchis, F. (2008). *Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes*. (Doctoral dissertation, Tesis de doctorado. Universidad Ramón Llull). Obtenido el 2 de marzo del 2015 en <http://hdl.handle.net/10803/9262>
- Sax, K. (2012). Intimate partner violence: A group cognitive-behavioral therapy model. *The Group Psychologist*, November 2012. Obtenido el 5 de marzo del 2015 en <http://www.apadivisions.org/division-49/publications/newsletter/group-psychologist/2012/11/partner-violence.aspx>
- Yáñez-Yaben, S., & Comino, P. (2011) Evaluación del Apego Adulto: Análisis de la Convergencia entre diferentes instrumentos. [Assessment of adult attachment: Analysis of the convergence between different instruments]. *Acción Psicológica*, 8(2), 67-85. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.8.2.191>
- Yonkers, K. A., Dyck, I. R., Warshaw, M., & Keller, M. B. (2000). Factors predicting the clinical course of generalised anxiety disorder. *The British Journal of Psychiatry: The journal of mental science*, 176(6), 544-549. doi: 10.1192/bjp.176.6.544

ANEXO A: ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD: CONSENTIMIENTO INFORMADO

COPIA PARA LA PERSONA QUE ACEPTA RECIBIR CONSULTAS SICOLÓGICAS

CONSENTIMIENTO

Fecha: _____

Yo _____ acepto voluntariamente venir a consultas sicológicas con el/la estudiante de último año de Psicología Clínica _____ (NOMBRE DE LA ESTUDIANTE EN PRÁCTICA)

Sé que puedo retirarme en cualquier momento.

Me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a cancelarlas telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación.

El/la a estudiante que me atiende será directamente supervisado/a por un profesor/a durante todo este proceso.

Acepto que se filme, se grave o se tome notas de las sesiones terapéuticas y que se converse sobre las mismas con fines académicos únicamente.

Acepto que mi caso sea utilizado académicamente como parte de una tesis de grado.

Sé que se guardará absoluta reserva sobre mi identidad, de manera que cualquier información que se comparta no permitirá mi identificación.

Sé que el/la estudiante que me atiende, romperá la confidencialidad en el caso de que yo revele información que me ponga directamente en riesgo físico a mí o los que me rodean o si intento cometer algo contra la ley.

Sé que las consultas son gratuitas.

Si tengo algún inconveniente, sé que puedo acudir a Teresa Borja (2971700 ext 1264, 099803001), coordinadora del departamento de Sicolología de la USFQ.

Yo _____ estudiante de último año me comprometo a seguir las normas éticas de la APA para sicólogos clínicos.

También me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a **cancelarlas telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación.**

Firma de la persona que recibe atención sicológica

Firma de el/la practicante de último año de psicología Clínica de la USFQ

-----CORTE AQUÍ-----

COPIA PARA EL ESTUDIANTE DE ÚLTIMO AÑO DE SICOLOGÍA CLÍNICA

CONSENTIMIENTO

Fecha: _____

Yo _____ acepto voluntariamente venir a consultas sicológicas con el/la estudiante de último año de Psicología Clínica _____ (NOMBRE DE LA ESTUDIANTE EN PRÁCTICA)

Sé que puedo retirarme en cualquier momento.

Me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a cancelarlas telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación.

El/la a estudiante que me atiende será directamente supervisado/a por un profesor/a durante todo este proceso.

Acepto que se filme, se grave o se tome notas de las sesiones terapéuticas y que se converse sobre las mismas con fines académicos únicamente.

Acepto que mi caso sea utilizado académicamente como parte de una tesis de grado.

Sé que se guardará absoluta reserva sobre mi identidad, de manera que cualquier información que se comparta no permitirá mi identificación. Sé que el/la estudiante que me atiende, romperá la confidencialidad en el caso de que yo revele información que me ponga directamente en riesgo físico a mí o los que me rodean o si intento cometer algo contra la ley.

Sé que las consultas son gratuitas.

Si tengo algún inconveniente, sé que puedo acudir a Teresa Borja (2971700 ext 1264, 099803001), coordinadora del departamento de Psicología de la USFQ.

Yo _____ estudiante de último año me comprometo a seguir las normas éticas de la APA para psicólogos clínicos. También me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a **cancelarlas telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación.**

Firma de la persona que recibe atención psicológica

Firma de el/la practicante de último año de psicología Clínica de la USFQ

ANEXO B: REGISTRO DE PENSAMIENTOS

		AUTOMÁTICOS/REACTIVOS		REFLECTIVOS		RESULTADO
SITUACION	PENSAMIENTOS % CREENCIA EN PENSAMIENTO INTENSIDAD 0 - 100 (NADA) (MAXIMO)	SENTIMIENTOS OS INTENSIDAD 0 - 100 (NADA) (MAXIMO)	DISTORSIONES COGNITIVAS	PENSAMIENTOS RACIONALES % CREENCIA EN PENSAMIENTO INTENSIDAD 0 - 100 (NADA) (MAXIMO)	SENTIMIENTOS	INTENSIDAD 0 - 100 (NADA) (MAXIMO)
		Comportamientos Antiguos				
		Creencias & Pensamientos implícitos				

ANEXO C: INVENTARIO DE SÍNTOMAS 90 REVISADO (SLC-90-R)

SCL90 Test de Síntomas L. R. Derogatis.

Adaptación USFQ 2011.

Nombre _____

Edad _____

Fecha de hoy _____

Sexo: Mujer Hombre

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Superior incompleto

Primario completo Secundario completo Superior completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a Casado Separado En pareja

Ocupación: _____

Lugar de nacimiento: _____

Lugar de residencia actual: _____

A continuación hay una lista de problemas que tiene la gente.

Lea y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se ha sentido o en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado

durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA ÚNICAMENTE (7 días).					
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Critico a los demás.					
7. Siento que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Siento que otros son culpables de lo que me pasa.					

9. Tengo dificultad para memorizar cosas.					
10. Estoy preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Me siento enojado/a, malhumorado/a.					
Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA ÚNICAMENTE					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Me siento con muy pocas energías.					
15. Pienso en quitarme la vida.					
16. Escucho voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Pierdo la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tengo ganas de comer.					
20. Lloro por cualquier cosa.					
21. Me siento incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Me siento atrapada/o o encerrado/a.					
23. Me asusto de repente sin razón alguna.					
24. Exploto y No puedo controlarme.					
25. Tengo miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Me siento culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No puedo terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Me siento solo/a.					
30. Me siento triste.					
31. Me preocupo demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tengo interés por nada.					
33. Tengo miedos.					
34. Me siento herido en mis sentimientos.					
35. Creo que la gente sabe lo que estoy pensando.					
36. Siento que no me comprenden.					
37. Siento que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Me siento inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Siento que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tengo problemas para dormirme.					
45. Tengo que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tengo dificultades para tomar decisiones.					
47. Tengo miedo de viajar en tren, bus, metro o subterráneos.					
48. Tengo dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tengo que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					

51. Siento que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tengo un nudo en mi garganta					
Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
durante la última semana (7 días).					
54. Pierdo las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Siento flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Me siento muy nervioso/a, agitado/a					
58. Siento mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pienso que me estoy por morir.					
60. Como demasiado.					
61. Me siento incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tengo ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesito golpear o lastimar a alguien.					
64. Me despierto muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repito muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Duermo con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesito romper o destrozarse cosas.					
68. Tengo ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estoy muy pendiente de lo que los otros puedan pensar de mí.					
70. Me siento incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Siento que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tengo ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Me siento mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Me meto muy seguido en discusiones.					
75. Me pongo nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Siento que los demás no me valoran como merezco.					
77. Me siento solo/a aún estando con gente.					
78. Estoy inquieto/a; No puedo estar sentado/a sin moverme.					
79. Me siento un/a inútil.					
80. Siento que algo malo me va a pasar.					
81. Grito o tiro cosas.					
82. Tengo miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Siento que se aprovechan de mí si lo permito					
84. Pienso cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Siento que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tengo imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Siento que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Me siento alejado/a de las demás personas.					
89. Me siento culpable.					
90. Pienso que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

ANEXO D: TIPOS DE APEGO

Facultad de Psicología.
 Universidad de Buenos Aires.
 Cátedra: M.M. Casullo. 2001.

TIPOS DE APEGO

Lea las siguientes frases. Marque su respuesta pensando en su forma de ser y sentir. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sea sincera/o al responder. Coloque los números correspondientes (1,2,3,4,) al lado de cada frase sobre la base de las puntuaciones siguientes:

- 1.** Casi nunca. **2.** A veces. **3.** Con frecuencia. **4.** Casi siempre.

RESPONDA PENSANDO EN SUS AMIGOS, PARIENTES, O RELACIONES NO ROMANTICAS	RESPONDA PENSANDO EN UNA RELACION ROMANTICA QUE TENGA, HAYA TENIDO O DESEE
1. Me es fácil comprometerme emocionalmente con otra persona.	1. Me es fácil comprometerme emocionalmente con mis parejas.
2. Aunque quiera, es difícil para mí confiar en otra persona.	2. Aunque quiera, es difícil para mí confiar en mi pareja.
3. Deseo relacionarme afectivamente con alguien, pero en general me siento rechazado.	3. Deseo relacionarme románticamente con alguien, pero en general me siento rechazado.
4. Me siento bien cuando evito compromisos emocionales con otra persona.	4. Me siento bien cuando evito compromisos emocionales románticos con otra persona.
5. Pienso que las relaciones afectivas pueden lastimarme.	5. Pienso que las relaciones afectivas románticas pueden lastimarme.
6. Siento que los demás no me valoran como yo los valoro a ellos.	6. Siento que mis parejas no me valoran como yo las valoro a ellas.
7. Necesito sentirme independiente, sin compromisos afectivos.	7. Necesito sentirme independiente, sin compromisos afectivos.
8. Me preocupa poco estar sola/o, sin relaciones sentimentales estables.	8. Me preocupa poco estar sola/o, sin relaciones sentimentales estables.
9. Comprometerme en relaciones afectivas me da miedo.	9. Comprometerme en relaciones románticas afectivas me da miedo.
10. Me siento mal cuando no tengo relaciones afectivas duraderas.	10. Me siento mal cuando no tengo relaciones románticas afectivas duraderas.
11. Me incomoda depender emocionalmente de otra persona y que dependan de mí.	11. Me incomoda depender emocionalmente de mi pareja y que esta dependa de mí.
12. Me preocupa poco sentirme rechazado/a por otra persona.	12. Me preocupa poco sentirme rechazado/a por mi pareja.

Edad.....Sexo..... Lugar donde vive.....

Educación Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Terciaria incompleta Terciaria completa Ocupación.....

Actualmente tengo pareja estable: Si No