



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN TERAPIA BREVE

ESTUDIO DE CASO: EL PROCESO DE LA TERAPIA BREVE EN EL
AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN UN CUIDADOR DE PACIENTE
DIAGNOSTICADO CON AFASIA

AUTOR: LIC. ANASIRIA GARZA LÓPEZ
DIRECTOR: DR. BENITO ESTRADA ARANDA

MONTERREY, NUEVO LEÓN A MARZO DEL 2013

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es determinar la eficacia de algunas técnicas de intervención psicológica cognitivo conductuales y centradas en soluciones, en la disminución del estrés percibido del cuidador primario de un paciente diagnosticado con afasia motora. Para este fin se utilizó un programa de 6 sesiones terapéuticas en un cuidador de sexo femenino. Para valorar los resultados obtenidos se realizó una evaluación antes y después del programa de tratamiento. Se encontró una reducción en el nivel de estrés percibido después de la intervención. Con esto se aportan datos que ayudan a demostrar que el uso de las distintas técnicas cognitivo-conductuales en conjunto con las de la terapia centrada en soluciones pueden funcionar al ser utilizadas de forma complementaria.

Palabras clave: estrés, afasia, cuidadores, terapia breve centrada en soluciones, terapia breve cognitivo conductual.

Abstract

This present investigation's objective is to determine some cognitive-behavior techniques in the psychological intervention on stress reduction with a motor aphasia diagnosed patient's primary caregiver. With this purpose, a 6 session program was used on the primary caregiver. In order to evaluate the results of this program, a stress perception's evaluation was administered, before and after the intervention. The obtained results indicates a reduction in the stress perceived level. With this data, the obtained conclusion demonstrates that the combination between cognitive-behavior therapy techniques and solution focused therapy can work in a complementary way, in the pursuit of effective results.

Key Words: stress, aphasia, caregiver, brief therapy, solution focused, cognitive conductal therapy.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el estrés es una de las variables psicológicas más estudiadas dentro de la psicología clínica y de la salud (Tapia, Guajardo, Quintanilla, Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García, Oblitas, 2008; Gómez, 2005). Sobre todo, se asume como un estilo de vida cotidiano por un gran porcentaje de personas de diferentes culturas, niveles socioeconómicos, géneros, grados de escolaridad, personalidad, experiencias específicas, entre otros.

En términos generales, “el estrés psicológico se considera como el resultado de la interacción entre el individuo y su entorno cuando dicha interacción se evalúa como amenazadora o desbordante de las propias capacidades de las personas para afrontarlo” (Lazarus & Folkman, 1988).

El estrés ha sido recientemente estudiado en cuidadores de pacientes crónicos, especialmente con algún tipo de demencia, un deterioro cognitivo esperado, sin embargo, esto cambia en situaciones donde el paciente sano en su capacidad conductual, cognitiva y emocional, se convierte en víctima de algún accidente cerebrovascular (los cuales representan la tercera causa de muerte en los países industrializados y la principal causa de discapacidad entre adultos), dejando como consecuencia deficiencias neurológicas y discapacidad residual significativa, como por ejemplo, el trastorno de lenguaje llamado afasia con incidencia de un 70% de acuerdo al estudio mencionado por Paixão & Silva en el 2009. Ésta es una alteración del lenguaje consecuente al daño cerebral, caracterizada por dificultades en la producción (agramatismo y/o parafasia), disminución en la comprensión y errores en la denominación (anomia) (Kertensz, 1985; Ardila & Ostrosky-Solís, 2005).

La independencia existente hasta ese momento, se ve interrumpida en algunas ocasiones mínimamente, y en muchas otras de manera severa, llegando

a generar una dependencia en alguna de las áreas de vida del paciente, resultando en consecuencias de tipo crónico y con la necesidad de requerir supervisión, ya que Alrededor del 30% a 40% de los supervivientes en el primer año no están en condiciones de volver a trabajar y requieren algún tipo de ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria (Paixão & Silva, 2009).

Es ahí donde comienza la fundamental tarea del cuidador, quien muy probablemente se convierta en la mano derecha del paciente, quien a su vez se verá en la necesidad de hacer reacomodos personales, familiares, laborales, sociales, entre muchos otros, pudiendo generar un estado de agotamiento, poca satisfacción, percepción de bienestar inadecuada, malestares físicos, culpabilidad, etcétera, generando la plataforma para que decaiga la calidad de vida de todas las personas relacionadas con el paciente, incluyendo a este (Pérez, 2006).

El estrés no solo resulta del evento original sino también de la continua combinación de cambios iniciados por los enfermos crónicos (Deví & Ruiz, 2002). Es decir, el paciente que sufre el accidente cerebrovascular se convierte en el impulsor de una serie de cambios dentro de la estructura familiar, en donde se pierde la homeostasis y se hace hasta lo imposible por recuperarla.

Atender a las necesidades de los cuidadores supone un importante desafío y requiere el desarrollo presente y futuro de procedimientos y estrategias de actuación que respondan de forma flexible y adecuada al riesgo inherente en la situación de cuidado, tanto desde la prevención como desde la intervención. (Losada, Márquez-González, Peñacoba, Gallagher-Thompson y Knight, 2007). El hacer esto, elevará en gran medida la calidad de vida tanto del paciente como de su contexto familiar inmediato, ya que es precisamente este quien ejerce un apoyo en todo el proceso de recuperación y se ve afectado en el nivel emocional y social; este punto no hay que perderlo de vista, pues de la comprensión, aceptación y adaptación de la familia a la nueva situación

debería la del paciente mismo. (Fernández, et al, 1997, citado en Arango, 2006).

Losada, et al., (2007) describe los datos de la investigación realizada por el IMSERSO (2005), señalando que un 55.6% de los cuidadores informaba que el cuidado había afectado negativamente su salud, señalando como un 11.1% habían tenido que acudir a la consulta del psicólogo o psiquiatra por motivos relacionados con el cuidado; resultado de un mayor uso de medicamentos, una disminución en el sistema inmune, en el tiempo libre, en la interacción familiar y en la economía, generando posteriormente cuadros de ansiedad y depresión.

Igualmente Deví y Ruiz en el 2002 mencionaban que existen condiciones predisponentes, tanto en la situación como en el cuidador, que al conjuntarse, pudieran resultar en estrés, por ejemplo:

1.-Estresores primarios.- son duraderos y se intensifican. En el paciente: estado cognitivo, conducta problemática, número de actividades y nivel de dependencia; en el cuidador: recursos, control y trabajo que necesita la conducta problema y la sobrecarga.

2.-Estresores secundarios.- en el cuidador: tensiones de roles y actividades fuera de la situación de dar cuidados, tensiones intrapsíquicas, estados psicológicos afines, competencia y beneficio, así como el estilo de afrontamiento.

Asimismo, Losada, et al. (2007), han encontrado que las cuidadoras suelen expresar mayor carga que los hombres y los hijos, perciben niveles de carga superiores que las parejas; resaltando algunas variables sociodemográficas del cuidador: edad, convivencia, cargas familiares y/o actividad laboral, las cuales llegan a mejorar o disminuir significativamente la percepción de carga (interacción entre la carga física, la psicológica y la social).

En la actualidad existen diferentes recursos dirigidos a proporcionar algún tipo de atención a los cuidadores. Desgraciadamente, es importante señalar que la

disponibilidad de este tipo de intervenciones es, en el mejor de los casos, mínima. Otros tipos de intervención, como por ejemplo las psicoeducativas y/o psicoterapéuticas, no están disponibles para los cuidadores de una forma sistemática ni están en la actualidad incluidas entre los servicios ofrecidos a los cuidadores para las instituciones. (Losada, Montorio, Moreno-Rodríguez, Cigarán & Peñacoba, 2006).

Es así que el objetivo planteado fue determinar la eficacia de algunas técnicas de intervención psicológica específicas de la terapia centrada en soluciones (de Shazer, 1994; Beyebach, 2006; Estrada & González, 2007; Charles, 2010) y la terapia cognitivo-conductual (Lega, Caballo & Ellis 2008; Caballo, 2002) en la disminución del estrés percibido del cuidador primario de un paciente diagnosticado con afasia global.

MÉTODO

El caso objeto de estudio es un cuidador primario de un paciente diagnosticado con trastorno de afasia. Como criterio de inclusión debió manifestar una percepción de estrés alta e insatisfacción por su desempeño como cuidador, afectando su salud emocional.

Para la selección del candidato se aplicaron los distintos instrumentos a una población de 9 cuidadores (7 mujeres y 2 hombres con una media de edad de 53 años), quienes acuden con sus familiares de 1 a 2 veces por semana al Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE DIF Monterrey) y a la Unidad de Servicios Psicológicos (USP) de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Los 9 cuidadores firmaron una carta de consentimiento antes de contestar los diferentes test y se les pidió que los respondieran de manera sincera mientras su familiar se encontraba en terapia. Finalmente se eligió a una persona de sexo femenino de 53 años, con niveles elevados de percepción de estrés, de pensamientos automáticos y con tendencia a desarrollar síntomas

somáticos relacionados con su tarea de cuidadora de su esposo, el cual padece del trastorno de lenguaje afasia desde hace 6 años debido a un accidente cerebrovascular. Ella contó con una escolaridad de 13 años, es graduada de la carrera de comercio, casada desde hace 30 años, dedicada al hogar con trabajos ocasionales, actualmente vive con su esposo y dos hijos (una mujer de 26 años y un varón de 16 años), y su hijo mayor de 29 años es el encargado de la manutención de la familia

Se diseñó un manual de tratamiento psicológico empleando técnicas de la terapia centrada en soluciones y la terapia cognitivo conductuales, dividido en 6 sesiones, con el objetivo de realizar una terapia estandarizada, con técnicas distribuidas de la siguiente manera:

| SESIÓN | TCC | TBCS |
|---------------|---|--|
| 1.- | Análisis funcional de la variable de estrés | Pregunta pre-tratamiento, pregunta milagro, exploración de excepciones y preguntas escala. |
| 2.- | Psicoeducación sobre estrés y Relajación progresiva de Jacobson | Exploración de excepciones y escala. |
| 3.- | Reestructuración cognitiva | Exploración de excepciones y pregunta escala. |
| 4.- | Entrenamiento en asertividad | Exploración de excepciones y pregunta escala. |
| 5.- | Técnica de solución de problemas | Exploración de excepciones y pregunta escala. |
| 6.- | _____ | Prevención de recaídas, pregunta escala y re-test. |

- Una combinación de la entrevista cognitivo-conductual breve y centrada en soluciones: en donde el objetivo fue realizar el análisis funcional breve de la variable de estrés, así como la exploración de excepciones; una vez hecho, se utilizó la pregunta de cambio pre-tratamiento: para evaluar cualitativamente la mejoría entre el momento que se le dio la cita y la primera entrevista; etapa de psicoeducación, por medio de la explicación de la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman; la pregunta milagro: para generar una descripción de pequeños indicadores descritos en términos concretos, interaccionales y en positivo, consiguiendo objetivos trabajables. Así como al final de la sesión la pregunta escala: donde se le pidió al paciente que valorara del 0 al 10 la gravedad de su problema, para a partir de ahí trabajar sus mejorías y sus recursos, definir objetivos y concretar metas intermedias (Beyebach, 2006).
- La exploración de excepciones: preguntar de manera presuposicional, marcar: mostrar interés o curiosidad por la mejoría, ampliar: hablar de la mejoría el mayor tiempo posible y con lujo de detalles, anclar: que los cambios sean percibidos por los consultantes como algo que pueden repetir, que no han ocurrido por casualidad, sino que depende de ellos mantenerlos (conductual, cognitiva, emocional y relacionalmente) y seguir: una vez elicitado el siguiente cambio pretratamiento, se vuelve a marcar, ampliar, atribuir control (Beyebach, 2006), en todas las sesiones para mantener la visión del paciente enfocada al futuro y la solución.
- La técnica de relajación progresiva de Jacobson, que de acuerdo a Caballo (2002) consistió en el adiestramiento de la paciente para la realización de ejercicios físicos de contracción-relajación, permitiéndole tener conocimiento del estado de tensión de cada parte de su cuerpo y tener recursos para relajar dichas zonas cuando fuera necesario.
- La reestructuración cognitiva: identificando, analizando, y modificando las interpretaciones o los pensamientos erróneos (Beriso, Plans, Sánchez-

Guerra y Sánchez, 2002) que pudiese estar experimentando en determinadas situaciones o que tiene sobre otras personas” (Sparrow, 2007). Esto en apoyo de mejorar la interpretación del problema y por ende la evaluación de los recursos propios.

- Entrenamiento en asertividad, para reducir la reacción de estrés, con la finalidad de mejorar su capacidad para expresar los sentimientos, deseos y necesidades de manera libre, clara e inequívoca ante los demás, dirigida al logro de sus objetivos, respetando los puntos de vista de los demás (Obst, 2008).
- La técnica de solución de problemas, ilustrando al cuidador en una estructura de 5 fases, D’Zurilla & Goldfried (1971), para decidir cuáles son las alternativas más adecuadas para dar resolución a algún conflicto.
 - a) Identificación y descripción del problema de forma clara, rápida y precisa.
 - b) Buscar varias posibles soluciones o respuestas que puede tener el problema considerándolo desde distintos puntos de vista.
 - c) Llevar a cabo un procedimiento de análisis de las distintas alternativas de respuesta para decidir la solución más idónea a ese problema y lo que vamos a realizar.
 - d) Elegir los pasos que se darán para su puesta en práctica y llevarlos a cabo.
 - e) Evaluar los resultados obtenidos al llevar a cabo la solución elegida. Si no son positivos, es necesario volver a anteriores pasos. (Sparrow, 2007).
- Y por último, la prevención de recaídas, de acuerdo a Beyebach (2004), con el propósito de crear un método de autocontrol que ayude a anticipar su respuesta ante una situación conflictiva, brindándole las herramientas para

reconocer y prevenir factores que pudieran llevarlo a reincidir (González, 2003).

Antes de dar inicio al programa de tratamiento psicológico que se diseñó para disminuir el estrés, se comenzó con la evaluación del estrés percibido, pensamientos automáticos negativos, síntomas psicósomáticos y evaluación visual de estrés.

Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizaron a) Patient Health Questionnaire, diseñado por Kroenke, Spitzer y Williams (2002) como una medida de la intensidad o severidad de los síntomas somáticos y para la identificación de pacientes potenciales de desarrollar sintomatología clínicamente manifiesta, b) la Escala de Estrés Percibido (PSS) de Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983), en su versión para México de González y Landero (2007) para medir el estrés percibido antes de iniciar el programa y al finalizarlo para comprobar diferencias en los niveles y síntomas de estrés, c) el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ) de Hollon y Kedall (1980) adaptado por Cano y Rodríguez (2002) evaluando cuatro factores: autoconcepto negativo, indefensión, mala adaptación y autorreproches, y d) Pregunta sobre el estrés percibido, en formato de escala visual analógica con recorrido de 0 a 100; así como un registro al inicio y final de cada sesión basado en la pregunta escala, donde se realizará la siguiente pregunta: Del 0 al 10 considerando 10 como el mayor nivel de estrés, ¿Cómo se siente en este momento?, la cual servirá como punto de partida para marcar el avance obtenido a lo largo de las sesiones. Y al inicio de cada sesión, se usará la pregunta escala de seguimiento: Del 0 al 10, siendo 10 el máximo, ¿Qué tanto le ayudó esta semana lo aprendido en la sesión anterior a manejar su estrés?

PROCEDIMIENTO

Sesión 1.-

Tras la aplicación de los diferentes instrumentos que midieron estrés y después de la fase social, se comenzó la sesión explicándole a la Sra. Estela (su nombre y el de su esposo se modificaron para conservar su anonimato) los resultados de sus encuestas, para generar mayor nivel de empatía y al mismo tiempo generar un mejor nivel de adherencia al programa propuesto.

Se le preguntaron algunos datos familiares, personales y acerca del diagnóstico de su esposo, en donde ella se describe como una persona dependiente emocional y económicamente, que solía “aguantar” los desplantes de su esposo, quien sufre en diciembre del 2005 un accidente cerebrovascular de tipo hemorrágico dejando como secuela la afasia motora, hemiparesia, utilización de palabras mal sonantes para comunicarse, humor cambiante, agresividad y pérdida de su rol como padre y esposo, de éstos Estela menciona el comportamiento y actitud agresiva de su esposo como el principal problema que la ha llevado al cansancio, a no querer aguantarlo más y no saber qué hacer con él. Esta situación lleva 6 años, reportando que este incidente sucedió en un momento donde la relación como pareja y familiar estaban bien y fortaleciéndose, siendo llevadera en un inicio, pero con el paso de los años ha ido empeorando por el constante comportamiento agresivo del Sr. Roberto, creando conflictos familiares, en donde los hijos han expresado tener sentimientos encontrados hacia su padre, como enojo, compasión, molestia, lastima, dejando de tomarlo en cuenta, por lo que Estela discute usualmente con ellos para intentar mantener el respeto de estos hacia su padre, situación que ha incrementado el estrés en ella.

Se exploró la pregunta cambio pre-tratamiento a la cual contestó haber sentido esperanza y curiosidad de que alguien la pudiera ayudar, ya que decía haber perdido la fuerza para seguir. En seguida se le explicó en qué consistiría el programa para afrontamiento de estrés y se le dio una explicación sencilla acerca del tema, ya que eran términos desconocidos para ella. A continuación se realizó

el análisis funcional breve, donde se observó que la paciente tiene un locus de control externo, ya que responsabilizaba a su esposo y a la situación de las cosas que había dejado de hacer, le costó trabajo enumerar pensamiento, emoción y acción acerca de su persona. Durante esta sesión se manejó como excepción el interés y disposición de ella por salir adelante y asistir a la cita, al igual que la fortaleza que ha demostrado tener a lo largo de estos 6 años y se utilizó una analogía acerca de una palmera, las cuales son muy fuertes y flexibles a la vez, con la que mencionó sentirse identificada.

Al finalizar se realizó la “pregunta escala de percepción de bienestar” y una complementaria para medir el estrés percibido relacionado con su rol como cuidadora, se dieron elogios y como tarea se encargó la pregunta milagro.

Análisis funcional breve:

a) Sistemas de respuestas

Cognitivo: “ahora no me siento fuerte”, “anhelo que suceda algo que no sea lo mismo”, “no me cansa su enfermedad, me cansa su actitud”, “no me interesa”, “no tengo ganas”, “he sido su madre”, “no me entregaron a mi esposo”, “siempre me vio como su pendejita”, “siempre me vio fiel”, “¿por qué lo voy a cuidar?”, “mi sueño de ser psicóloga no se cumplió”, “me enfoqué en él y no en mis hijos”, “él me va a apoyar siempre”, “el derrame llegó cuando más estaba disfrutando la madurez de mi esposo”.

Conductual: posponer actividades por economía o por motivación, quedarse quieta ante un evento estresante, dejar de organizarse, dejar sus planes de estudiar, pelear con hijos porque estos ya no quieren que apoye a su papá, gritarle a su esposo, empujarlo.

Emocional/ fisiológico: tristeza, cobardía, frustración porque el ACV ocurrió en un momento en donde como familia y pareja estaban teniendo un despunte para mejorar, temor y miedo por fraude de parte de su cuñado, ya que él es la única persona que entiende de los negocios de su esposo, fastidiada con la vida y con los hijos; llorar, temblor de manos, respiración agitada, cansancio, halitosis, náusea, diarrea, vomito, puntos rojos.

a) Recursos

Fortaleza, al principio se organizó con la familia para leer junto con el Sr. Roberto, fe, responsabilidad, persistencia, lealtad, sabe marcar reglas dentro de su familia, motiva a sus hijos.

b) Intentos de solución

Eficaces: salir a caminar.

Ineficaces: llorar, pedirle a sus hijos que respeten a su padre y terminar discutiendo fuertemente, empujar y gritarle a su esposo, postergar actividades, dejar de lado sus metas para dedicarse a su esposo.

Listado de objetivos (*operacionalizados*):

- Disminuir su nivel de percepción de estrés
- Reducir la aparición de pensamientos automáticos negativos.
- Aprender a convivir con su esposo, aceptando la situación actual.
- Mejorar la relación con sus hijos.
- Retomar sus objetivos.

Pregunta Escala Bienestar/ estrés percibido: 5/ 2 (en donde el 0 es equivalente a lo peor y el 10 a lo mejor en ambas escalas).

Tareas: Tarea fórmula, lista mental de cosas que quiere continuar haciendo.
Pregunta milagro.

Sesión 2.-

Se comenzó la sesión preguntando acerca de las cosas que habían sido diferentes durante los últimos días, en donde se encontraron varias excepciones, como: darse el tiempo de disfrutar al salir a caminar, en una ocasión se comunicó con su esposo por medio del canto (preguntando y diciéndole cosas, como: ¿por qué eres así?, logrando cambiar la pauta), en otra ocasión habló con él describiéndole su necesidad de que mejorara, estas excepciones se marcaron, se diferenciaron y se atribuyó control. Posteriormente se le preguntó cómo se había sentido con estas diferencias, a lo que respondió que había sentido como si la fuerza le estuviera regresando, y dijo sentirse a la vez triste por darse cuenta que antes había sido sumisa y cobarde, por lo que se le habló acerca de las etapas por las que atraviesan las parejas, así como darle mayor importancia al proceso y no

al resultado, re-encuadrando la naturalidad de tener dificultades como esposos y disfrutar este nuevo momento por el que ella se encuentra pasando, que le está permitiendo prestarse más atención, como un campo fértil sobre el cual poner nuevas metas, y se hizo énfasis en la diferencia que existe entre la información que sabemos (hechos) y la que creemos (sin evidencia), ya que Estela reportaba dirigirse principalmente hacia su esposo en función a lo que ella creía de él, dificultando una adecuada relación y generando mayor desgaste al apoyarlo.

Enseguida se dio el proceso psicoeducativo acerca del estrés, causas, tipos de respuestas (conductuales, cognitivas, emocionales y fisiológicas), haciendo un desglose de los diferentes sistemas de los que estamos formados los seres humanos, dando la pauta a observar una dificultad como una excepción de un estado de bienestar. Estela mencionó no tener conocimiento sobre este tema y se mostró cooperativa y curiosa por entenderlo, a la vez que se iba identificando con los diferentes síntomas, dando la oportunidad para que ella mencionara su manera personal de sentirse estresada, por ejemplo molestias en el estómago, hombros, temblor de manos, mal aliento, cuerpo cansado y sueño, y normalizando las reacciones fisiológicas. Una vez comprendida la información, se le invitó a realizar la técnica de Jacobson de tensión – relajación progresiva, explicándole en qué consistía y la terapeuta realizando la actividad a manera de modelarla para su mejor entendimiento, para este fin se le explicó y enseñó la respiración diafragmática, se hicieron 2 rondas y al terminar se le pidió que describiera su sensación del ejercicio, a lo que contestó que cuando tensó los ojos comenzó a ver las imágenes de cuando su esposo estuvo internado, cuando los relajaba se desvanecía la imagen y sentía expectativa y esperanza, se le explicó a la paciente como esta sensación de tensión por medio de la memoria dependiente de estado provocaba el recordar esos momentos donde se sintió más tensa y volver a revivirlos momentáneamente, lo que pudiera estar manteniendo su percepción de estrés, recalcando la importancia de darse un momento para relajarse y darse la oportunidad de aclarar su mente para estar abierta a nuevas posibilidades.

Al finalizar se realizó la pregunta escala de percepción de bienestar y una complementaria para medir el estrés percibido relacionado con su rol como cuidadora, se dieron elogios y tareas.

Pregunta Escala Bienestar/ estrés percibido: 9/3 (en donde el 0 es equivalente a lo peor y el 10 a lo mejor en ambas escalas).

En la pregunta de bienestar se le cuestionó específicamente qué tan bien se sentía después de conocer esta nueva información, elevando hasta un 9 su puntuación y argumentando que era porque su esperanza era más firme y se había revitalizado.

Tareas:

- Tarea fórmula, estar pendiente de los cambios que habría durante la semana.
- Hacer el ejercicio de relajación mínimamente 1 vez al día y ella podía escoger qué momento era el ideal.

Sesión 3.-

Después de la fase social, se le preguntó a Estela qué diferencias había notado después de la última sesión a lo que mencionó que sus hijos habían discutido con el Sr. Roberto y que esta vez, ella se mantuvo como espectadora, en comparación con ocasiones pasadas en donde intervenía y terminaba formando parte de la discusión, lo logró respirando profundo, tranquilizándose, a pesar de que la volteaban a ver, esperando el momento en que ella intentara mediar la situación y esto la hizo sentir bien, como respuesta ellos se terminaron cansando y la única intervención que hizo Estela fue “vamos a comer” y todos la obedecieron y se sentaron en la mesa de manera habitual; en otro momento su hija y su esposo se disponían a pelear, cuando Estela (quien generalmente defiende a su esposo) se puso enfrente de él y le pidió que la dejara en paz, sus dos hijos se pusieron a lado de ella, como muestra de apoyo y de unión, a lo que el Sr. Roberto pareció

reaccionar favorablemente, ya que se retiró del momento; también compartió que se había sentido con más fuerza, con la intención de hacer y retomar cosas, y que gracias a ello estaba empezando a organizar sus tiempos de nueva cuenta; otra excepción fue que los ejercicios de relajación los hizo junto con su esposo en un momento en que estuvieron solos, reporta haberse dirigido a él de manera tranquila y esto logró que él aceptara y realizara la actividad con motivación y gusto, ella enriqueció el ejercicio con instrucciones más concretas, como por ejemplo: “pones los ojos como si estuvieras muy enojado (tensión)... y ahora ya estas feliz (relajación), ahora los hombros como si no sabes (tensión)... Y ahora ya sabes y te sientes mejor (relajación), etcétera”, esto generó como reacción en el Sr. Roberto que se acercó más con ella e intentó darle un beso, a lo que no supo cómo reaccionar y se le re-encuadró utilizando –oxímoron—(palabra compuesta que proviene del griego oxy que significa astuto y moron que significa tonto o estúpido, se refiere a una frase contradictoria, Tellez, 2010), diciéndole que su experiencia le estaba ayudando a reaccionar de manera cautelosa, y que en algún momento ella podría aprender a ser cariñosamente-cautelosa, a lo que reaccionó favorablemente y dijo que eso sonaba muy bien y que no lo había pensado antes, también se utilizó el ser determinadamente- flexible, para favorecer la reacción ante su esposo, que eventualmente ayude a mejorar su interacción y relación de pareja; como última excepción Estela expresó haber preparado el desayuno y haberlo compartido de buena gana con su esposo, haciéndola recordar los momentos en que se encontraban bien.

Después de marcar, diferencias y atribuir control a las excepciones, y relacionándolo con una de ellas, se prosiguió a enseñarle cómo los pensamientos, emociones y conductas están relacionados, de manera que un evento no es ni bueno ni malo, sino que depende de la interpretación que ella misma haga, acerca de los pensamientos automáticos.

Se reencuadró la situación y se dieron al final elogios y tareas.

Pregunta Escala: 5

Tareas:

Darse cuenta que hace los días en que no aparecen las ganas de desmayarse.

Sesión 4.-

Desarrollo de la sesión: comenzó la sesión preguntándose acerca de las excepciones, a lo cual Estela mencionó que en una reciente pelea familiar, cambió el patrón interaccional, ya que respiro hondo, se mantuvo firme, se daba autoinstrucciones como “ya se acabó”, “me relajo”, “tengo la opción de quedarme aquí o salir del pozo”, dijo tener la sensación de “estar caminando” y de que las cosas valían la pena. Se pudo observar un cambio, cuando mencionó que antes ponía pretextos (locus de control externo), y que ahora prefería superar los problemas, “hacerse cargo”, y que incluso tuvo ganas de llorar, esta vez de felicidad por ella. Se le reencuadró la poca actividad, compartiéndole que cada paciente tiene su tiempo subjetivo y que probablemente ella se encontraba en el tiempo de observar y planear, antes de empezar la acción. También expuso haber tenido una plática con su hijo por iniciativa propia, “vamos a sentarnos”, “pros/contras”, “negociación” de la decisión de él de dejar la preparatoria, señalando que antes habría discutido y no hubiera aceptado argumentos. “estoy cayendo en la decisión”, manteniendo esto con: 1)ejercicio de relajación, 2) estrategia cautelosa, se recostó más cerca de su esposo y éste reaccionó bien, 3) apoyando a su esposo, 4) teniendo contacto visual con él, 5) diciéndole que haga las cosas que puede, 6) con pensamientos como: “no quiero dejar de apoyarlo” (antes hubiera “tirado la toalla”), “ahora pienso en mí” (antes me dejaba de atender yo), 7) pidiéndole a su hija que “destanteara” a su papá pidiéndole las cosas por favor.

En seguida se prosiguió a dar la información referente a el tema de asertividad, explicándole las maneras de reaccionar ante una acción, pasiva, agresiva o asertivamente, se le leyeron algunos de los derechos y en cada uno de los tipos de interacción se le fueron poniendo ejemplos de su vida cotidiana.

Una vez hecho esto se procedió a hacer la pregunta escala, situándose en un 7, se utilizó como intervención, preguntando que sería necesario que hiciera para ubicarse en un 8 la siguiente sesión, respondiendo que a) practicar la asertividad, b) relajación junto con su esposo, c) utilizando la estrategia “cautelosamente-cariñosa” con ella misma, hijos y esposo. Y se le reencuadró para que usara su terquedad como un recurso a favor de su esposo.

Pregunta Escala: 7

Tareas:

- practicar la asertividad,
- relajación junto con su esposo,
- utilizar la estrategia “cautelosamente-cariñoso”

Sesión 5.-

Desarrollo de la sesión:

Se comenzó con las excepciones, a lo que Estela comentó que ahora tenía la capacidad para observarse a ella misma, qué hace y cómo siente las cosas, que ahora además de tener intención, tiene acción, que ahora tenía ganas (cosa que había dejado de sentir), que se ponía en su posición de respetarse a ella misma y utilizando la estrategia de cautelosamente-cariñosa y podía observarse en ella un cambio drástico. Fue capaz de verse desde afuera, notándose más tranquila, echándole más ganas, equilibrándose (ya que antes la prioridad era él, y se olvidó de ella misma), ahora dijo estar más organizada. Todo esto tuvo un impacto en el desempeño del Sr. Roberto, debido a que comenzó a hacer ejercicio, dejó de gritar y decir palabras mal sonantes, cocinar, además de que su hijo le enseñó a poner películas.

En seguida se procedió a explicar la técnica de solución de problemas, tomando como base su actividad diaria para desarrollar una estrategia de salida para su dificultad.

Después se le preguntó la escala situándose en un 8.

Tareas:

- Utilizar la estrategia de solución de problemas
- Tarea formula, que siga haciendo lo que le ha funcionado.

Sesión 6.-

La sesión comenzó preguntándole a la Sra. Estela acerca de las excepciones que había observado a lo largo del programa terapéutico, respondiendo que había llegado sintiéndose desmoralizada y que ahora había cambiado el foco de atención hacia ella misma (locus de control interno), reportando que se quería más y pensaba más en ella misma. Mencionó que durante el transcurso del programa se sintió enojada, y que posteriormente se fue tornando en una sensación de querer salir adelante. Comentó que su dialogo interno era distinto, ya que ahora se daba auto-instrucciones como “voy a disfrutar”, “puedo preveer situaciones”, “voy a acercarme a mi esposo”, etc. Inclusive la relación con su esposo se vio beneficiada, ya que ahora ella es capaz de acercarse a él y mostrarle expresiones de cariño. Usa un lenguaje preferencial con mayor frecuencia. Dijo que su miedo se había difuminado, sintiéndose con libertad y sin cargas; expresó que la técnica que más le había servido era la de solución de problema.

En seguida se le explicó la técnica de prevención de recaídas, en donde ella tuvo que mencionar y dar ejemplos acerca de qué obstáculos serían los que podrían llegar a impedir su bienestar y se le orientó a dar respuestas operacionalizadas.

En seguida se hizo la pregunta escala y se le pidió que volviera a contestar los test, para tomar la medida en relación al estrés, en que sería dada de alta.

Pregunta Escala Bienestar/ estrés percibido: 9/7 (en donde el 0 es equivalente a lo peor y el 10 a lo mejor en ambas escalas)

Tareas: Continuar haciendo lo que le había estado funcionando. Seguir poniendo en práctica las técnicas utilizadas.

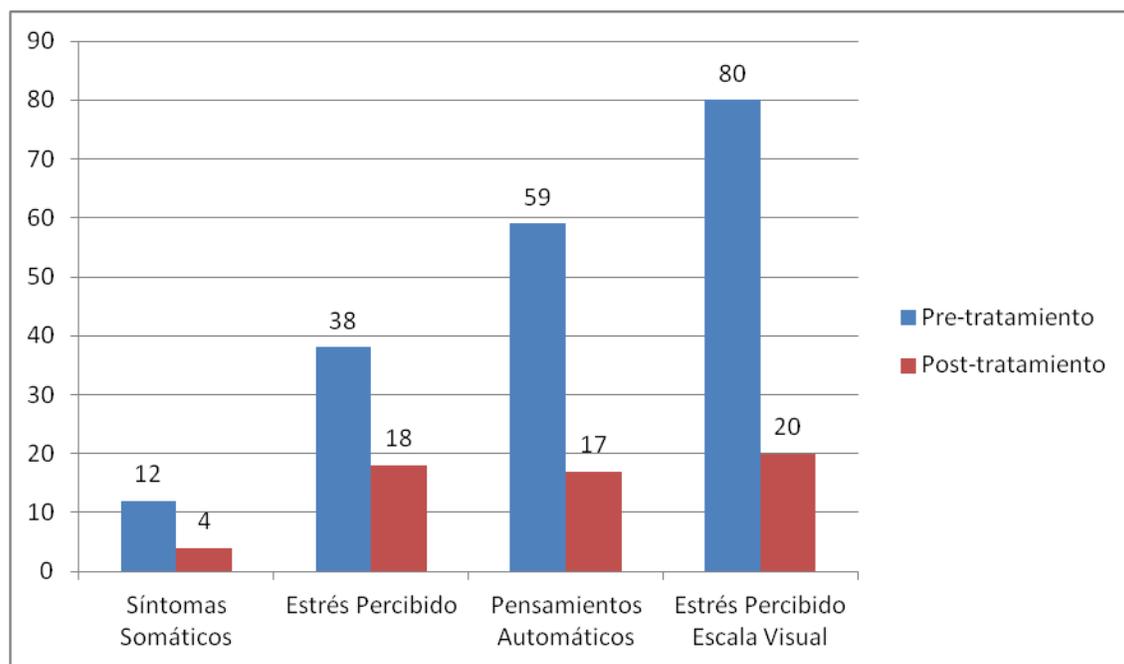
Resultados

| | Pre-tratamiento | Post-tratamiento |
|--|-----------------|------------------|
| Síntomas Somáticos | 12 | 4 |
| Estrés Percibido | 38 | 18 |
| Pensamientos Automáticos | 59 | 17 |
| Estrés Percibido en Escala Visual | 80 | 20 |

Al finalizar la intervención de 6 sesiones y con la aplicación de los diferentes cuestionarios, se encontró que disminuyeron los síntomas somáticos como taquicardias, sensación de falta de aire, problemas durante las relaciones sexuales y sensación de cansancio, desapareciendo dolores de cabeza y mareos. En cuanto al nivel de estrés percibido, la Sra. Estela reportó una reducción en su sensación de ser afectada por algo ocurrido inesperadamente, su sentido de tensión, su atención hacia los pendientes, aumentando su sentido de control de su vida, su capacidad de manejar problemas personales, su sensación de que las cosas van bien y de afrontarlas, su organización para pasar el tiempo, así como su percepción de superar dificultades. Al mismo tiempo se observó una baja en pensamientos negativos relacionados con el autoconcepto negativo e indefensión.

Su opinión con relación a su salud física, la cual consideraba algo peor comparada a la de hace un año, al concluir el programa, terminó percibiéndola como buena.

Gráfica 1. Comparación entre resultados obtenidos



Discusión

Los eventos que llegamos a catalogar como amenazantes forman parte del día a día y de acuerdo a cómo se responda se irán generando estrategias de afrontamiento, no necesariamente correctas, cuando pasa esto, se tiende a repetir de manera automática una respuesta (en este caso negativa), hasta llegar a convertirse en un estilo de vida, pasando desapercibido e inclusive no considerándolo como un problema, hasta que se empiezan a presentar dificultades de salud física, psicológica, emocional, familiar, laboral, entre otras. En este caso en particular la psico-educación jugó un papel muy importante, ya que la paciente refirió no saber qué significaba el término “estrés”. Sin embargo, al momento de explicarle la definición teórica del estrés (Lazarus & Folkman, 1988), la paciente logró darse cuenta que había estado viviendo los síntomas desde

hacía años, una vez elaborada esta intervención, se observó una mejor adherencia al programa y las técnicas propuestas posteriormente.

El abordaje psicológico se dirigió a modificar específicamente la cantidad de estrés percibido desde el punto de vista de un cuidador, en donde la paciente resultó con mejorías a nivel cognitivo, por ejemplo, la paciente inicio su tratamiento ubicando la razón de su malestar de manera externa, es decir a la situación vivida (ACV de su esposo), así como al comportamiento de éste, lo cual la privaba de emprender acciones correctivas que optimizaran su calidad de vida. Al finalizar el programa ella mostró haber desarrollado un locus de control interno, de manera que ahora las causas de su éxito/fracaso, se las atribuía a ella misma en primer lugar, permitiéndole hacer una organización de sus actividades dejando de postergarlas. Inclusive sus auto-instrucciones se fueron tornando más saludables, ya que las hacía en términos de preferencia en lugar de verlas como un deber, al mismo tiempo que se asociaron con estados emocionales y físicos más adecuados, por ejemplo como felicidad, aceptación, fortaleza, desapareciendo dolores de cabeza, desmayos, sensación de falta de aire, entre otros. Llevándola a nivel conductual a mejorar hábitos personales como dedicarse tiempo a ella misma, a nivel familiar entablando negociaciones con hijo menor, conversaciones con hija mayor, resuelta a hacer frente a dificultades económicas y en relación a pareja, observándose un cambio favorable en la manera de interactuar con su esposo, siendo más paciente, amable, clara verbal y analógicamente.

Dentro del proceso se encontró que la Sra. Estela aprendió a diferenciar entre pensamiento, emoción y acción, lo que le permitió elaborar modificaciones en su conducta, ya que al seccionar los diferentes sistemas de respuesta supondría una oportunidad para iniciar cambios pequeños y contundentes.

Es importante mencionar que aunque a nivel de pareja, el programa realizado no contenía ningún objetivo a lograr, fue precisamente este punto uno de los más beneficiados durante el tratamiento, muy posiblemente debido a la constante

reestructuración cognitiva y exploración de excepciones, durante las cuales Estela tuvo la ocasión para entender la distancia existente entre los hechos reales y la interpretación de los mismos, anclando esta información con situaciones vividas recientemente.

Se utilizaron 90 minutos durante cada sesión haciendo uso de la terapia centrada en soluciones principalmente para identificar los cambios o diferencias observadas entre citas, donde se puso especial énfasis a la atribución de control, esto a su vez permitió que Estela se adhiriera con éxito al programa y tuviera la suficiente apertura para practicar dentro del cubículo las distintas técnicas cognitivo-conductuales para posteriormente efectuarlas en casa e inclusive invitar a su esposo a acompañarla.

La fase de psico-educación fue altamente productiva, debido a que se encontró que Estela tenía la sensación de sentirse mal, sin embargo no conocía hasta ese momento que sus síntomas pudieran controlarse, de manera que esta parte funcionó como normalizador de las conductas presentadas.

Ella mencionó que la técnica de solución de problemas fue la que más le había gustado y funcionado, ya que con esta se dio la oportunidad para empezar a formular posibles respuestas a las cosas o eventos que había venido postergando por falta de percepción de control en sus acciones.

Una vez realizada la intervención y logrando el objetivo primordial a través de un abordaje conjunto de técnicas cognitivo-conductuales y centradas en soluciones, se puede concluir que el grado de efectividad de esta combinación es amplio, ya que además de alcanzar el objetivo inicial, el aprendizaje se llegó a consolidar de tal manera que Estela comenzó a llevarlos a otros contextos, generalizando cambios y repercutiendo en una mejoría en la percepción de bienestar, todo esto logrado en un total de 6 sesiones.

Referencias bibliográficas

- Arango, J.C. (2006). *Rehabilitación Neuropsicológica*. México: Manual Moderno.
- Ardila, A. y Ostrosky-Solís F. (2005). *Diagnóstico del daño cerebral: enfoque neuropsicológico*. México: Trillas.
- Beriso, A., Plans, B., Sánchez-Guerra, M., y Sánchez, D. (2002) *Cuadernos de terapia cognitivo-conductual. Una orientación pedagógica e integradora. 1. Estrategias cognitivas para sentirse bien*. Madrid, España: Editorial EOS.
- Beyebach, M. (2006). *24 Ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., y Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Caballo, V. E. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Siglo XXI de España Editores.
- Cano, F. y Rodríguez, L. (2002). Evaluación del lenguaje interno ansiógeno y depresógeno en la experiencia del dolor crónico. *Apuntes de psicología*, 20 (3), 329-346.
- Charles, R. (2010). *Soluciones para parejas y padres. Terapia breve sistémica, guías para una práctica exitosa*. Monterrey, México: editorial CREE-SER.
- Cohen, S., Kamarak, T., Y Mermelstein, R. (1983). Global Measure of Perceived Stress. *Journal of health and social behaviour*, 24, 385-396.

Deví, J. y Ruiz, I. (2002). Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12(1), 31-37.

Eguiluz, L. (2004). *Terapia familiar, su uso hoy en día*. México: Editorial Pax.

Estrada, B. y González M. (2007). *Terapia centrada en las soluciones*. Argentina: Editorial Vergara.

Gómez, V. (2005). Richard Stanley Lazarus 1922-2002. *Revista Iationamericana de psicología*, 37 (001), 207-209.

González, M. y Landero, R. (2010). Evaluación del estrés y el impacto de la fibromialgia después de autoaplicar técnicas cognitivo-conductuales. *Psicología desde el Caribe*, 26, 119-141.

González, E. (Comp.) (2003). *Prevención y procesos colectivos, Capítulo 13*. Montevideo: Editorial Fucot (Federación de comunidades terapéuticas).

González, M. y Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1), 199-206.

Obst, J. (2008). *La Terapia Cognitiva*. Bs. Aires: CATREC (Centro Argentino de Terapia Racional Emotiva y Cognitiva Conductual).

Lazarus, R. y Folkman, S. (1988). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Editorial Martínez Roca.

Lega, L., Caballo, V., y Ellis, A. (2008). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. México, D.F.: Siglo XXI editores.

Losada, A., Márquez, M., Peñacoba, C., Gallagher, D., y Knight, B. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual*, 15 (1), 57-76.

Losada, A., Montorio, I., Moreno, R., Cigarán, M. y Peñacoba, C. (2006). Análisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con demencia. *Informaciones psiquiátricas*, 184(2), 173-186.

Moral, J., González, M., y Landero, R. (2011). Estrés percibido, ira y burnout en amas de casa mexicanas. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), 123-143.

Paixão, C. y Silva, L.D. (2009). Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería. *Revista electrónica cuatrimestral de enfermería*. Núm.15.

Perez, A. (2006). El cuidador primario de familiares con dependencia: calidad de vida, apoyo social y salud mental. Salamanca. DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA.

Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L., Oblitas, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15 (1), 43-73.

Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16 (2), 85-112.

Sparrow, C. (2007). *Terapia cognitivo conductual*. Recuperado de http://www.conductitlan.net/terapia_cognitivo_conductual.ppt

Tapia, A., Guajardo, C., Quintanilla, A. Estilos cognitivos en el bienestar y el estrés. *Revista Mexicana de Psicología*, Número Especial, 388-389.

Téllez, A. (2010). *Hipnosis clínica, un enfoque ericksoniano*. México: Editorial trillas.

Turró-Garriga, O., Soler, O., Garre, J., López, S., Vilalta, J., y Monserrat, S. (2008). Distribución factorial de la carga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 46 (10), 582-588.