

recaída y la identificación de situaciones de riesgo y elaboración de estrategias de afrontamiento.

Resultados

Los resultados alcanzados fueron el 60 % del tratamiento establecido para la paciente, pues no culminó con dicho procedimiento.

Los objetivos alcanzados fueron la identificación, el registro y la modificación de los pensamientos automáticos, se relacionó con el modelo ABC para la explicación de cómo funcionan las distorsiones cognitivas en el malestar psicológico y el mantenimiento del Trastorno Depresivo Mayor, la activación conductual para reincorporarla a las actividades que realizaba antes y a nuevas actividades. Se realizó reestructuración cognitiva y se trabajó en habilidades sociales, área de mayor oportunidad en el caso de esta paciente y que permitiría la reducción de los rasgos del TLP. Se puede concluir que el tratamiento fue eficaz debido al cambio que refirió en cada sesión, se le empezó a ver diferente para la tercera sesión ya que se trabajó inicialmente con el nulo control de sus emociones y el registro de los pensamientos automáticos negativos que la llevaban al estado en el que se encontraba, de tal manera que la llevó a encontrar y entender la relación que existe entre los pensamientos, las emociones y las consecuencias, por lo que, una vez que empezó con la práctica fuera de terapia, empezó a ver los cambios no solo en ella, sino en la relación sentimental con su pareja, además, se permitió pedir disculpas en su trabajo debido a las reacciones que había tenido previamente, abriéndose al diálogo con sus compañeros, por lo que se concluye que una vez que la paciente se sintió mejor, tomó la decisión de abandonar la terapia sin aviso.

Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (5th ed.). Arlington: Editorial Médica Panamericana.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión (16th ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Escribano, T. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligio*, 1(1), 19.
Maero, F., Quintero, P., & Lejuez, C. (2016). Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión (1st ed.). Argentina: Akadia.

Intervención cognitivo conductual en trastorno de ansiedad social, estudio de caso clínico

Lic. María Fernanda Martínez Miwa*
Lic. Yosdi Sarahí Martínez De La Rosa*
Mtra. Karla Patricia Valdés García*
*Universidad Autónoma de Coahuila

Descriptores: Ansiedad, Social, Tratamiento, Cognitivo, Conductual

El trastorno de Ansiedad Social se caracteriza por un miedo irracional a someterse a la evaluación o juicio de las demás personas que repercute cognitiva, conductual y fisiológicamente en el paciente con síntomas de ansiedad, pensamientos intrusivos negativos y predominantemente se recurre a la evitación. Comúnmente este trastorno puede presentarse principalmente en situaciones de interacción social y en aquellas de actuación en público como entablar conversaciones con personas desconocidas, hablar ante un grupo de personas, asistir a reuniones, comer frente a otras personas, entre otras. Sin embargo, cabe destacar que de igual forma puede presentarse el Trastorno de Ansiedad Social únicamente en situaciones destinadas a la actuación en público. La prevalencia de este trastorno es de 7% y tiene incidencia tanto en hombre como en mujeres aunque es más común en estas últimas. Se ha demostrado en diversas investigaciones que el abordaje de este trastorno desde la Terapia Cognitivo Conductual da resultados positivos en la disminución de las cogniciones distorsionadas, conductas de evitación y activación fisiológica (Vidal, Ramos y Cano, 2008; Ortega

y Climent, 2004). El objetivo del presente trabajo es mostrar un estudio de caso clínico con un paciente masculino de 21 años estudiante de la Licenciatura en Derecho. El paciente acude inicialmente a terapia debido a que manifiesta preocupación por su futuro laboral ya que considera que le será muy complicado conseguir trabajo una vez que egrese pues cree que es inaceptable que un abogado tenga problemas de seguridad al hablar en público o frente a compañeros, como él las tiene. Describe que esto le ha representado problemas sociales, escolares y laborales. En lo social pues se ha alejado de algunas de sus amistades debido a estas dificultades, dentro de lo escolar ya que por la licenciatura que estudia el tener facilidad de palabra, hacer presentaciones públicas, debatir y dar opiniones certeras de forma frecuente es algo que debe tener y considera que no posee ninguna de estas habilidades. Similar a lo anterior, en lo laboral le ha afectado puesto que tiene problemas al tener que exponerse constantemente a hablar en público, juicios orales, careos, comunicarse con otras personas especialmente abogados, jueces y personas de altos cargos. Incluso el sólo hecho de asistir a entrevistas laborales le causa de ansiedad intensa, rumiaciones, problemas de concentración e inquietud semanas antes de la fecha; en muchas ocasiones ha dejado de asistir por estos síntomas o para evitar que ser rechazado. Asimismo, describe algunos síntomas de ansiedad cuando debe enfrentarse a estas circunstancias. Para realizar la evaluación se aplicaron los siguientes instrumentos de medición: Test de creencias de Ellis, ISRA, SCL-90, SCID-II y BDI. Estos instrumentos arrojaron resultados que permiten descartar la presencia de depresión. Además, se encuentran síntomas que se activan cuando el paciente se enfrenta a situaciones temidas específicamente interpersonales y de evaluación, los cuales son: ansiedad moderada de tipo cognitivo, indicando la presencia de pensamientos intrusivos, bloqueos mentales y rumiaciones, junto con activación fisiológica, como sudoración, taquicardia, cefaleas y contracturas musculares. También se obtuvo datos acerca de la presencia de rasgos de evitación y obsesivo compulsivo, reforzando los resultados anteriores sobre intrusión de pensamientos y rigidez de creencias y acerca de la tendencia del paciente a huir a estímulos percibidos como amenazantes. Dentro del Test de creencias de Ellis las creencias número tres, ocho y dos arrojaron puntajes significativos siendo esta última “se debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que se emprende” la más alta y la cual predominantemente limita al chico en muchas circunstancias de su vida, mientras que las creencias restantes, número tres “ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas” y número ocho “se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo” limitan al sujeto en ciertas situaciones determinadas. Lo anterior aunado a la indagación realizada en la entrevista inicial permite diagnosticar al paciente con Trastorno de Ansiedad Social (300.23) específicamente de actuación de acuerdo con los criterios del DSM-V.

La intervención se plantea a través de técnicas cognitivo-conductuales incrementar conductas eficaces que a su vez estén destinadas a disminuir la activación fisiológica, modificar los pensamientos y creencias negativas por otros más , reducir las creencias desproporcionadas de amenaza ante situaciones sociales y de actuación para que el paciente se desenvuelva de manera más funcional en su vida diaria. Algunas de las técnicas empleadas son las técnicas relajación, solución de problemas, exposición, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales. El tratamiento se enfocó principalmente en la flexibilización, resignificación y control de las creencias y pensamientos distorsionados y en la exposición del paciente a situaciones vistas como amenazantes. Esto debido a que, de acuerdo con lo recabado en la entrevista y resultados de las pruebas, aunque el paciente presentaba síntomas físicos, la actividad cognitiva como rumiaciones eran mucho más predominantes. Así, al hacer la reestructuración de esos pensamientos y creencias para después exponer al joven, facilitaba que las nuevas formas de pensamiento fueran aceptadas y adoptadas por el joven. Los resultados obtenidos tras doce sesiones fueron, en lo cognitivo, la modificación y control de diversos pensamientos intrusivos negativos, rumiaciones y cambios en las valoraciones desproporcionadas de amenaza a las situaciones de actuación pública. Además, se alcanzó la disminución de los síntomas de ansiedad; el paciente manifestó que las cefaleas y contracturas musculares disminuyeron casi por completo, mientras que la taquicardia y sudoración aún seguían presentes, aunque sólo en los momentos inmediatamente previos a enfrentarse a los estímulos temidos, sin embargo, no en la misma intensidad que al inicio del tratamiento aunado a que el paciente ya se percibía capaz de controlarlos. En lo conductual se expuso al paciente a enfrentarse a diversas situaciones dedicadas al aumento de habilidades sociales de interacción y

principalmente a la actuación en público comenzando por entablar conversaciones con personas desconocidas, dar un pequeño discurso o plática a grupos reducidos de personas, hacer comentarios, responder o formular preguntas a los maestros o compañeros dentro de clases, realizar exposiciones en su salón de clase frente a sus compañeros y maestros, participar en debates dentro de su universidad, para por último llevar al paciente a aplicar en convocatorias de concursos de su interés y a tomar un papel activo en casos legales como parte de sus prácticas profesionales que implicaban subirse a un escenario además de hablar frente a un grupo grande de personas. Asimismo, el joven por su propia cuenta, de acuerdo con sus intereses laborales, buscó vacantes y aplicó para las mismas; en tres de ellas asistió a las entrevistas laborales en las cuales de forma general describe haberse sentido satisfecho de su desempeño. Lastimosamente hacia el final del plan de tratamiento en donde se planeó un post test para medir la eficacia del tratamiento, el joven desertó de la terapia. Inicialmente las cancelaciones se hicieron con días de anticipación y paulatinamente dejó asistir. De esta manera sólo se cuenta con lo obtenido por medio de la observación y discurso del paciente. Asimismo, con los únicos datos objetivos que se cuenta para la efectividad de este tratamiento es con la disminución de creencias de devaluación evaluadas por medio del registro de pensamientos. Al inicio del tratamiento el paciente le otorgaba un 100% de creencia al pensamiento “como me pongo nervioso al exponer, nunca seré un buen abogado”, “si me equivoco, los demás pensarán que soy un mal profesionalista”, “soy inferior a los demás por no saber hacerlo” en las últimas sesiones ese pensamiento pasó a un 20% de creencia y se reestructuró a “no por el hecho de que me ponga nervioso o me equivoque al exponer en público me hace inferior a los otros” y “cometer un error no me convierte en un mal profesional, tengo otros atributos que me hacen competente”.

Separación materna aleatoria provoca hiperfagia y mayor ganancia de peso corporal a largo plazo

Dra. Alma Gabriela Martínez Moreno*
*Universidad de Guadalajara

Descriptores: Separación materna, Privación materna, Hiperfagia, Peso corporal, Ratas

La relación madre e hijo durante los dos primeros años es fundamental para el desarrollo psicológico del ser humano. Probablemente, la mayoría de las teorías psicológicas refieren que una relación madre-hijo adecuada es la clave para desarrollar individuos psicológicamente saludables (Betancourt, Rodríguez, & Gempeler, 2007). Es evidente que la ocurrencia de periodos de separación materna puede involucrar afectaciones positivas o negativas en la niñez, adolescencia, e incluso en la adultez (Lehmann, Stör, & Feldon, 2000).

En el campo de la psicología experimental, tradicionalmente se ha considerado a la separación materna como un complejo estresor, capaz de producir alteraciones conductuales a largo plazo (Lehmann & Feldon, 2000) Por lo anterior, las asociaciones entre el estrés generado por la separación materna y la dieta son particularmente complejos. Por un lado, el estrés se ha asociado con cambios biológicos que podrían generar la disminución en la ingesta de alimentos, por lo menos a corto plazo (McIntosh, Anisman, & Merali, 1999). Por otro lado, investigaciones en animales han producido evidencia que afirma que el efecto principal en la conducta alimentaria refiere hiperfagia y polifagia en respuesta al estrés (Ryu et al., 2008).

Esta inconsistencia resulta de interés para evaluar conductualmente el efecto de la separación materna sobre el consumo de alimento. Posiblemente, las diferencias metodológicas de estos estudios podrían ser la clave para entender estos cambios. Una de las variables que podría afectar los resultados es el procedimiento en la aplicación de la separación materna que incluya el tiempo y la continuidad. Es decir, el número de días en los que se manipula esta variable así como su persistencia. Probablemente los cambios no sean los mismos si la separación materna es fija o aleatoria (McIntosh et al., 1999).