

T
E
S
I
S



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

**MODELO DE INTERVENCION PARA ADULTOS CON SINDROME
DOLOROSO MIOFACIAL DESDE LA TERAPIA RACIONAL
EMOTIVO-CONDUCTUAL.**

Para obtener el grado de Maestría en Ciencias Sociales y
Humanidades en el área de Psicología Clínica por:

ANGÉLICA CAMPOS LUÉVANO.

Tutor: Mtra. Cecilia Méndez Sánchez.

Lectores:

Mtro. Pedro Palacios Salas.

Mtra. Ma. De los Angeles Vacio Muro.

Aguascalientes, Ags., México.

Diciembre de 2008.

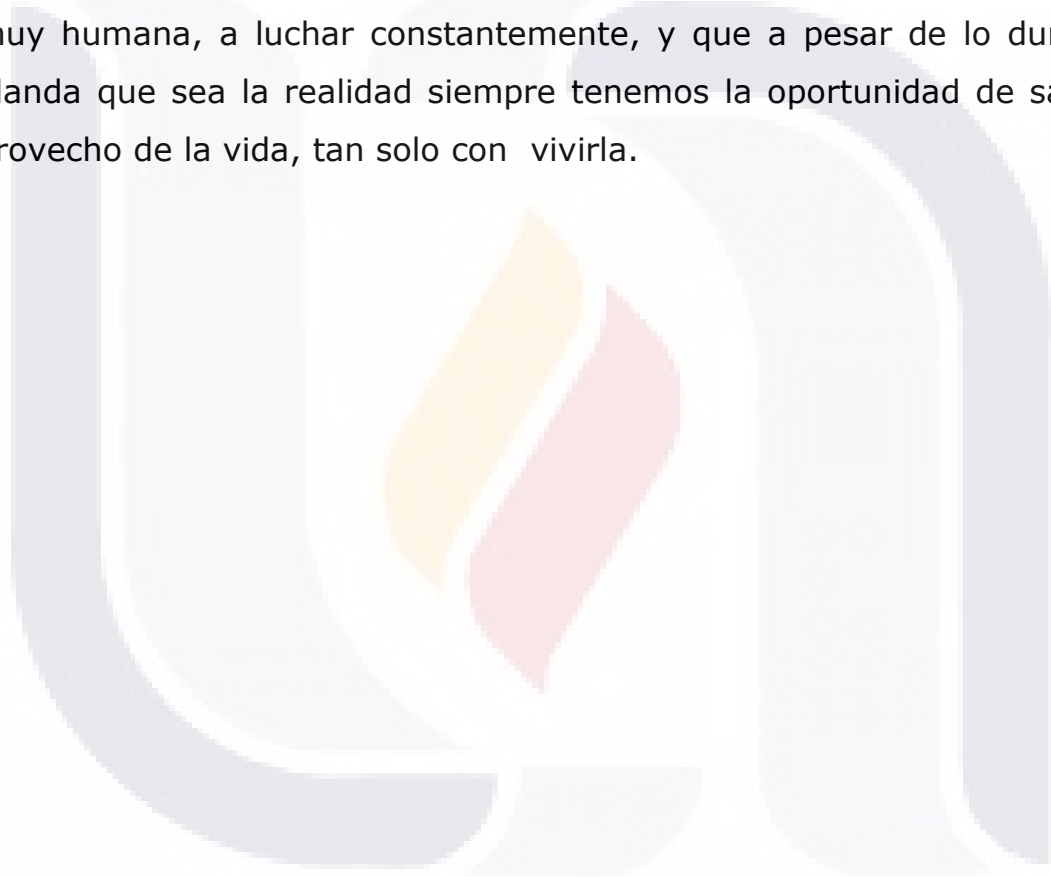
AGRADECIMIENTOS.

- ...a mi tutora por su ejemplo, paciencia, dirección y asesoría continua.
- ...a mi familia por su tolerancia, apoyo y respeto incondicional durante todo este tiempo.
- ...a quienes me asesoraron y apoyaron en el proceso académico de la maestría (maestros y amigos), por su paciencia y comprensión en el proceso.
- ...a mis pacientes en el hospital, que me brindan constantemente un terreno fértil de aprendizaje, motivación y desarrollo humano.
- ...a las autoridades en la Universidad Autónoma de Aguascalientes, por mostrar su disposición, confianza, apoyo moral y económico.
- ...a las autoridades en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo, por su pronto apoyo, por su respeto y confianza a mi trabajo, además de ayudarme a disminuir los obstáculos y colaborar en mis aprendizajes.

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo a ese ser que me mantiene viva y que hace que viva mediante un sentimiento muy conocido.

Asimismo, lo dedico a mi madre quien me ha enseñado a ser muy humana, a luchar constantemente, y que a pesar de lo dura o blanda que sea la realidad siempre tenemos la oportunidad de sacar provecho de la vida, tan solo con vivirla.





DR. DANIEL GUTIERREZ CASTORENA
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
PRESENTE.

Por medio de la presente hacemos de su conocimiento que ANGELICA CAMPOS LUEVANO egresada de la MAESTRIA EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES, AREA DE PSICOLOGIA CONDUCTUAL, ha presentado la integración final de su Proyecto Terminal titulado "UN MODELO DE INTERVENCION PARA ADULTOS CON SINDROME DOLOROSO MIOFACIAL DESDE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL".

El Proyecto Terminal en su función de trabajo recepcional, incorpora los elementos teóricos y metodológicos requeridos para su construcción y aplicación práctica, así como la presentación formal de acuerdo con lo establecido en la "Normatividad para entrega de tesis" institucional, cumpliendo con los criterios que le permiten ser defendido en el examen de grado reglamentario, dando el paso al procedimiento de los trámites correspondientes.

ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"

Aguascalientes, Ags., a 11 de diciembre del 2008.



Mtra. Psic. Cecilia Méndez Sánchez.



Mtra. Psic. Ma. de los Angeles Vacio Muro



Mtro. Psic. Pedro Palacios Salas

c.c.p. Archivo Maestría en Ciencias Sociales y Humanidades

RESUMEN

EL Síndrome Doloroso Miofacial (SDM) es un problema físico caracterizado por un conjunto de síntomas entre los que destacan el dolor frecuente y dificultad para el movimiento en el área temporomandibular, parte posterior de la cabeza, cuello y algunas veces hombros. Es más frecuente en mujeres y generalmente es asociado con alto grado de ansiedad y estrés. Actualmente se reconoce la importancia de los pensamientos ante las situaciones, su influencia en las emociones y las acciones que pueden generar alteraciones psicosomáticas (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996) en donde se ubica el SDM que provoca la presencia de dolor en el área temporomandibular, malestar muscular, sonidos en la articulación y limitación o alteración del movimiento mandibular.

Este trabajo propone un Modelo de Intervención desde la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) la cual proporciona los fundamentos teóricos para la explicación e intervención de la problemática de salud que nos ocupa, caracterizándose como un modelo activo, directivo y breve (13 sesiones).

Se intervino con cuatro casos, mujeres, atendidas en el Centenario Hospital Hidalgo de Aguascalientes, que acudieron a una pre-sesión de evaluación y a doce sesiones de intervención y una sesión de seguimiento. Este modelo propone un cambio profundo de las ideas demandantes y absolutistas (irracionales) de las situaciones antecedentes en las que se generan, buscando que se sustituyan por creencias racionales flexibles y tolerantes, promoviendo en última instancia un cambio profundo en la filosofía personal y por ende en sus actitudes (Ellis, 1996), además de brindar habilidades complementarias destaca la adecuación continua de la información a las características de los participantes a demás del uso de Material

ilustrado, Folletos informativos y Formatos de tarea que apoyan el aprendizaje de los principios de la TREC y favorecen la modificación de las creencias irracionales así como refuerzan el cambio propuesto. Finalmente se proporciona una sesión de seguimiento un mes después de finalizada la intervención.

Los resultados demuestran que las participantes presentaron cambios favorables disminuyendo sus creencias irracionales básicas así como sus respuestas ansiosas y de dolor relacionadas con el SDM de forma importante a pesar de la presencia de elementos en el ambiente que actuaban como estresores y de sus respuestas orgánicas crónicas, las que también disminuyeron progresivamente hasta un nivel más tolerable.

INDICE

INTRODUCCION.1

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE LA SITUACION.4

1.1 Antecedentes, contexto y justificación de la propuesta.4

1.2 Planteamiento de la situación problema.6

CAPITULO 2: FUNDAMENTACION TEORICA.9

2.1 Los Trastornos en la Articulación Temporal y el Síndrome Doloroso Miofacial (SDM).9

2.2 Emociones y cognición.15

2.2.1 Los trastornos psicosomáticos.19

2.2.2 Respuestas ansiosas y estrés.22

2.2.3 Vulnerabilidad a los estados de estrés y ansiedad.26

2.3 Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad.27

2.4 La Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC).32

2.4.1 Filosofía de vida de la TREC.33

2.4.2 La Teoría de la personalidad.35

2.4.5 Errores de pensamiento y la TREC.44

2.4.6 Ansiedad patológica: ansiedad del yo y ansiedad perturbadora. ...44

2.5 El Modelo psicoterapéutico del "ABC DE".46

.

2.5.1 El Debate (discusión) en la TREC.47

2.5.2 Dificultades en el proceso de cambio.51

CAPITULO 3: DISEÑO DEL PROYECTO.55

3.1 Método.56

3.1.1 Participantes.56

3.1.1.1 Criterios de inclusión.56

3.1.1.2 Criterios de exclusión.56

3.1.2 Instrumentos y técnicas empleadas en la intervención.57

3.1.2.1 Irrationals Beliefs Test (IBT).57

3.1.2.2 Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado.57

3.1.2.3 Escala de Evaluación de la Ansiedad de Hamilton.58

3.1.2.4 Escala Subjetiva de Dolor
y Escala Subjetiva de Ansiedad.59

3.1.2.5 Lista Cotejable de verbalizaciones irracionales.60

3.1.2.6 Observaciones durante las sesiones.60

3.1.3 Material elaborado para emplear en las sesiones.60

3.1.3.1 Folletos informativos.61

3.1.3.2 Material ilustrado.61

3.1.2.3 Formatos de tareas para casa.63

3.1.2.4 Folder tipo Fichero.64

3.1.2.5 Material empleado en los Momentos psicoeducativos.64

3.2 Propuesta de intervención.65

3.2.1 La Evaluación en el proceso.65

3.2.2 Proceso de la Intervención Correctiva.67

CAPITULO 4: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE
LA PROPUESTA DE INTERVENCION.75

4.1 Resultados CASO 1.75

4.2 Resultados CASO 2.86

4.3 Resultados CASO 3.96

4.4 Resultados CASO 4.106

CAPITULO 5: DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.117

5.1 Discusiones.117

5.2 Conclusiones.129

5.3 SUGERENCIAS.132

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.134

APENDICE 1: Material ilustrativo para las sesiones.139

APENDICE 2: Formatos de tareas para casa.140

APENDICE 3: Folletos informativos.141

APENDICE 4: Escala de Ansiedad de Hamilton adaptada.142

APENDICE 5: Lista cotejable de verbalizaciones irracionales
presentadas por la participante durante la intervención.144

APENDICE 6: Tabla de actitudes, respuestas a las tareas para casa
y sucesos importantes ocurridos a la participante en la sesión
y entre sesiones.146

APENDICE 7: Planes de sesión.147



INTRODUCCION.

El presente trabajo está conformado por cinco capítulos, los dos primeros sientan las bases teóricas de la propuesta de intervención en la situación particular para la que fue diseñada (Síndrome Doloroso Miofacial), y los tres restantes, corresponden a la propuesta de intervención y los resultados de la implementación de la misma.

De manera específica el capítulo uno pone de manifiesto cómo en los últimos años se han incrementado los estudios que demuestran las relaciones entre los estilos de respuesta y los estados ansiosos de las personas, y a su vez, aquellos que muestran la repercusión que la ansiedad tiene sobre la salud de las personas (Cano Vindel & Tobal, 1999). También se manifiesta la existencia de numerosos estudios que comprueban la influencia de los pensamientos sobre las emociones y como estas reacciones psicológicas pueden repercutir en el cuerpo como enfermedades psicofisiológicas (Buela-Casal, Caballo & Sierra, 1996). Es pues la intención de este capítulo el plantear los antecedentes y contextos de la situación problema la cual involucra a personas con Trastornos en la Articulación.

En el capítulo dos se desarrollan los principales elementos teóricos que apoyan la propuesta de intervención, entre éstos destaca el concepto de Síndrome Doloroso Miofacial (SDM) identificado por la presencia de dolor en el área Temporomandibular, malestar muscular, en ocasiones sonido en la articulación y limitación o alteración del movimiento mandibular o en casos con complicaciones, dolor intenso en la zona temporal de la cabeza, nuca, cuello pudiendo empeorar cuando se mastica, bostezo o se habla demasiado. Posteriormente se revisan las investigaciones recientes en relación con las causas psicológicas subyacentes de los Trastornos en la Articulación Temporomandibular, se explora la respuesta ansiosa y sus manifestaciones así como la comprensión y el manejo efectivo de la ansiedad como respuesta emocional-fisiológica asociada. A continuación se revisan las bases cognitivas del comportamiento, específicamente los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mecanismos que involucran la respuesta emocional, específicamente la respuesta ansiosa, además del marco de referencia del Modelo Cognitivo Conductual para finalmente revisar la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) que guía de forma medular la propuesta de intervención. En este mismo apartado se revisan los modelos teóricos validados empíricamente en diversos contextos de salud y su aplicación en problemas psicofisiológicos (Lyddon y Jones, 2002).

En el capítulo tres se presenta la propuesta de intervención que tiene como objetivo el modificar los esquemas cognitivos erróneos que propician el incremento de la ansiedad y aumentan la propensión al SDM en la población que acude a tratamiento. La propuesta es creada cuidando la accesibilidad de los participantes a ésta: se propone en 13 sesiones; propone un cambio profundo de las ideas demandantes y absolutistas (irracionales) de las situaciones antecedentes en las que se generan, buscando que se sustituyan por creencias racionales flexibles y tolerantes, promoviendo en última instancia un cambio profundo en la filosofía personal y por ende en sus actitudes (Ellis, 1996), además de brindar habilidades complementarias. La propuesta destaca la adecuación continua de la información a las características de los participantes además del uso de Material ilustrado, Folletos informativos y Formatos de tarea que apoyan el aprendizaje de los principios de la TREC y favorecen la modificación de las creencias irracionales así como refuerzan el cambio propuesto. Finalmente se proporciona una sesión de seguimiento un mes después de finalizada la intervención.

En el capítulo cuatro se presentan los resultados de la aplicación de la propuesta de *Intervención para Adultos con Síndrome Doloroso Miofacial desde la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC)* en los cuatro casos, los cuales muestran que en general las participantes presentaron cambios favorables en el sentido de que disminuyeron sus creencias irracionales básicas al igual que sus respuestas ansiosas y por consecuencia sus respuestas físicas relacionadas con el SDM. Los resultados muestran que a pesar de la presencia de elementos estresantes, que en algunos casos son

constantemente así como la presencia de respuestas orgánicas crónicas, hubo referencias de las participantes de disminución del dolor, así como las reacciones ansiosas de las participantes disminuyeron de forma importante permitiendo mayor satisfacción en su vida diaria.

Finalmente en el capítulo cinco se presentan las discusiones, conclusiones y sugerencias que se desprenden del análisis de la intervención propuesta, y que muestran su eficacia con el logro de la disminución del dolor y de la ansiedad en las participantes así como los cambios favorables en sus actitudes hacia las situaciones cotidianas, además de identificar la importancia de la práctica continua de la filosofía de la TREC por parte de las participantes, por otra parte la conveniencia de una evaluación continua en las sesiones y la utilidad de el material creado para la intervención.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE LA SITUACION.

1.1 Antecedentes, contexto y justificación de la propuesta.

El servicio de consulta externa de cirugía máxilofacial del Centenario Hospital Miguel Hidalgo (CHMH) en la consulta externa ha recibido en un lapso de siete años alrededor de 1500 personas, de las que aproximadamente un 40% presentan algún tipo de Trastorno en la Articulación Temporomandibular de tipo muscular la cual se relaciona en gran medida con respuestas psicológicas. En este porcentaje predomina la asistencia de mujeres adultas (el 93.7 %), y se calcula que en los últimos dos años, aproximadamente un 60% de estos pacientes ha sido remitido al servicio de psicología en este hospital, ya que se han detectado constantemente factores psicológicos como la actitud aprensiva, la tendencia a somatizar y el estilo de afrontamiento que influyen incrementando o bien obstaculizando la funcionalidad de los tratamientos médicos. Actualmente destaca el incremento en la conciencia de parte de los médicos al respecto de la importancia del abordaje psicológico al mismo tiempo que dan inicio al tratamiento médico. Con esto, se hace evidente la importancia de las respuestas psicológicas en los procesos de salud-enfermedad para el incremento de las posibilidades de recuperación para quienes padecen alguna enfermedad.

A partir de la solicitud y atención de personas con Trastornos en la Articulación Temporomandibular se observó que frecuentemente presentan dolor elevado en la zona mandibular (en la cabeza, en la quijada, en el cuello o los hombros) y que estos síntomas deben ser tratados oportunamente, de lo contrario se incrementan pudiendo llegar a impedir el uso del lenguaje o la masticación, además de llegar a generar dolor persistente en otras zonas craneomandibulares (como la presencia de cefaleas constantes) y a la larga resultar incapacitantes.

De acuerdo con Edouarzin (1992) y McGrusson (2003), el tratamiento médico de los Trastornos en la Articulación Temporomandibular identifica tres grupos de factores que según ellos la pueden originar y es

conveniente que sean evaluados y tratados: a) los factores predisponentes que aumentan el riesgo y crean un ambiente adecuado para la disfunción; b) los factores precipitantes que incluyen micro y macrotraumatismos y c) los factores perpetuantes que mantienen el problema y dificultan el tratamiento. Las respuestas psicológicas se ubican en estas últimas, por lo que el abordaje psicológico en el marco multidisciplinario resulta necesario para generar las condiciones psicológicas óptimas que disminuyan el problema y favorezcan el tratamiento médico.

A lo largo de estos años se ha intervenido con varios de los pacientes con trastornos en la Articulación Temporomandibular, especialmente los que presentan el SDM y la Disfunción Temporomandibular (DTM) en consulta psicológica y se han observado características en sus respuestas psicológicas constantes que en su mayoría afectan directamente su recuperación: como lo son el apretamiento de dientes asociado a estados de tensión en los pacientes, preocupaciones constantes que les llevan a descuidar su tratamiento, aprensividad a los acontecimientos externos, el estilo de afrontamiento disfuncional, entre otros. Al evaluar la atención psicológica que se imparte en instituciones como el CHMH y el Hospital General de Zona 1 del IMSS (HGZ1), se observó la demanda de atención y la ausencia de programas de intervención específicos ya elaborados, por lo que resulta necesario estructurar y validar una intervención propia para quienes presentan este tipo de trastornos. Con esta inquietud se analizaron los expedientes de veinte pacientes que acudieron durante el año 2005 a psicoterapia y que habían sido diagnosticados en el CHMH con Trastornos de Articulación Temporomandibular: trece con SDM y siete con DTM siete, todos los casos DTM fueron mujeres entre 18 y 50 años (65%), el porcentaje más alto eran casadas (65%), con un rango entre uno y cuatro hijos (35%), eran amas de casa (50%) y tenían una escolaridad primaria (30%). Se encontraron como motivos adjudicados a su trastorno, las dificultades económicas (35%), la sensación de constante tensión, la sensación de nervios o la tendencia a ser "apuronas" (35%) y las dificultades de relación familiar (30%). Es importante mencionar que la

anterior información coincide en varios puntos con las investigaciones exploratorias relacionadas con los Trastornos en la Articulación Temporomandibular. Aunado a lo anterior, a través de entrevistas con el cirujano máxilofacial en el HGZ1 del IMSS el SDM se presenta tanto en hombres como en mujeres, aunque predomina la incidencia en mujeres; se ha observado muy evidente la influencia de los factores psicológicos entre los que destacan el estilo de respuesta aprensiva y trastornos ansioso-depresivos que influyen en el tipo de respuestas de los pacientes obstaculizando o favoreciendo su recuperación.

Tanto en el CHMH como en el IMSS se encuentra que una característica constantemente observada es la respuesta ansiosa originada por una actitud aprensiva, la cual se observa muy condicionada por la forma de pensar acerca de lo que les ocurre, y a aunque no se han realizado estudios más específicos al respecto en estos pacientes, se hace muy notoria su influencia en las respuestas ansiosas. Al indagar más acerca de las respuestas ansiosas y sus consecuencias se encuentran relaciones con las respuestas de tensión muscular la cual para algunas personas es descargada en la zona temporomandibular (Andreu, Galdón, Durá y Ferrando, 2005; Larkin, 2005; Pál-Hegedüs y Baldioceda, 1996).

1.2 Planteamiento de la situación problema.

A partir de los datos anteriores se observa que existe la necesidad de una atención psicológica dentro de un grupo multidisciplinario especializado para los Trastornos en la Articulación Temporomandibular, específicamente para los pacientes que presentan una influencia directa entre la ansiedad que es descargada muscularmente. Desde el punto de vista psicológico se parte de la influencia que tiene el conjunto de evaluaciones que las personas hacen de sí mismas, de sus relaciones interpersonales, de las situaciones que experimentan, y de lo que ocurre en el mundo que les rodea, que en su mayoría están basadas en las creencias disfuncionales desarrolladas a lo largo de la vida (Ellis, 1979; Lazarous, 1991; Bandura, 1980) teniendo como consecuencia respuestas ansiosas que por lo general son automáticas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y persistentes, tomando en cuenta que para estos pacientes la descarga ansiosa se presenta en forma de tensión muscular en la zona temporomandibular (Eduarzin, 1992; Boering, 2005), provocando a mediano y largo plazo lesiones en la Articulación Temporomandibular, especialmente SDM (González y Martínez, 2001); por lo tanto, se plantea que con la disminución de la respuesta ansiosa se *tiene* como consecuencia una mejoría sintomática y física de los pacientes.

Sin embargo, al considerar que se trabaja con adultos y que sus respuestas psicossomáticas conllevan hábitos arraigados, se pretende no sólo detener y/o disminuir el incremento de la problemática que implican estos trastornos sino promover la modificación de los hábitos de respuesta ansiosa de forma permanente, interviniendo en la raíz de las respuestas ansiosas: modificando las actitudes evaluadoras de sí mismos, de los demás y de su entorno para que de manera progresiva sean más capaces de manejar adecuadamente sus respuestas emocionales y conductuales (Ellis y Abrahams, 1987).

De los Trastornos en la Articulación Temporomandibular es el SDM el objetivo principal de abordaje ya que, de acuerdo con los estudios al respecto, es el que ha mostrado contener los elementos diagnósticos que contemplan la influencia comprobada de las respuestas psicológicas, especialmente cognitivas y emocionales en su evolución y tratamiento (Castillo, Reyes, González y Machado, 2001; Hernández y Hernández, 2000). A partir de estos conocimientos y los datos que el ambiente médico nos proporciona, se ve necesaria una propuesta de intervención desde el enfoque cognitivo-conductual, dentro del ámbito clínico interdisciplinario, con una intervención psicológica eficaz; tomando en cuenta las características de la población: las etapas de desarrollo de los participantes (adultos jóvenes, intermedios y maduros), de escasos recursos, principalmente casados y con hijos, con diversas exigencias sociales y laborales (con múltiples responsabilidades y en un entorno social que brinda poco apoyo y múltiples tensiones). A partir de las condiciones socioeconómicas del contexto ambiental de los pacientes se requiere una

intervención breve, ordenada y eficaz para los pacientes con SDM, que favorezca el abordaje interdisciplinario y proporcione el seguimiento que garantice su mejoría.



CAPITULO 2: FUNDAMENTACION TEORICA.

2.1 Los Trastornos en la Articulación Temporal y El Síndrome Doloroso Miofacial (SDM).

Dentro del marco de los trastornos psicósomáticos pueden considerarse algunos de los Trastornos en la Articulación Temporal: los de origen anatómico, ocasionados por traumatismos en la zona y los desencadenados por la descarga muscular continua, son éstos últimos los considerados en el SDM el cual se entiende como un síndrome complejo que como tal esta conformado por un conjunto de síntomas muy variados que pueden confundirse con los indicadores de otros problemas que involucran cabeza y cuello. El SDM se manifiesta por la presencia de un dolor consistente en el área temporomandibular, malestar muscular, sonido en la articulación y limitación o alteración del movimiento mandibular. La definición del SDM ha sido difícil ya que los síntomas son subjetivos y se manifiestan principalmente en los músculos masticatorios confundiendo con los de la Disfunción Temporomandibular, de ahí que en múltiples ocasiones se diagnostique así. En el SDM se presenta un dolor adormecedor, muy intenso, ubicado frecuentemente alrededor de la oreja el cual puede extenderse hacia la zona temporal de la cabeza, nuca, cuello y puede empeorar cuando se mastica, bosteza o habla demasiado. Para algunos pacientes esto se ve reflejado en la dificultad para abrir la boca, el notar la presencia de sonidos de chasquido (semejantes al tronar de los dedos) y de crepitación (como ruido arenoso o de trituración, semejantes al de pisar azúcar o vidrio) en las articulaciones temporo-mandibulares, además de la posible presencia de áreas blandas en los músculos de la mandíbula.

Al revisar las fuentes teóricas actuales sobre los Trastornos en la Articulación Temporomandibular, se encuentra que recientemente se ha reconocido una nueva relación entre el estrés y los tipos más comunes de dolor facial. Originalmente, el término que se utilizaba era *Síndrome de la Articulación Temporomandibular (ATM)*, porque se pensaba que el problema era de carácter artrítico, y afectaba la articulación inferior de la mandíbula.

Los estudios actuales han estado demostrando que el problema en realidad afecta los músculos involucrados en la zona mandibular (Castillo, Reyes, González, y Machado, 2001), por lo que el término actual más empleado para describir este problema es de *Síndrome de Dolor Miofacial (SDM)*, aunque pueden encontrarse escuelas que aún rechazan esta postura por su anterior asociación y continúan diagnosticándolos como Disfunción Temporomandibular (DTM). Una vez delimitado el término como SDM, se ha incrementado la comprensión de las causas del problema y por ende, el desarrollo de alternativas más efectivas de psicoterapia, aunque aún se emplean como sinónimos para describir estas problemáticas sin distinguir adecuadamente el cuadro completo de la disfunción como lo son: la Disfunción de la Articulación Temporomandibular, Síndrome de Disfunción de la Articulación Temporomandibular con Dolor Miofacial, Síndrome Temporomandibular, Síndrome de la Articulación Temporomandibular y DTM. En el caso de los pacientes diagnosticados con DTM en el CHMH se observa que este diagnóstico está muy condicionado a la perspectiva del cirujano máxilofacial y la escuela en la que se ha formado, a pesar de que hasta hoy se tienen pacientes diagnosticados con la DTM, y aún no hay acuerdos entre especialistas e investigadores para delimitar el alcance físico de estos trastornos. Para fines de actualización, y de mayor apego a la sintomatología, se manejará como SDM sin descartar las investigaciones y consideraciones hacia los pacientes que son diagnosticados con DTM y que en realidad reúnen todos los criterios de un SDM, que es más amplio y no incluye la deformación anatómica inicial considerada en el DTM.

Al revisar el SDM, se encuentra que los factores etiológicos que justifican su presencia son variados y no han sido definidos totalmente. Después de los factores anatómicos (de origen traumático o no) se incluyen los relacionados con la falta de armonía en la oclusión y los asociados a factores psicofisiológicos como los que involucran los estados de ansiedad y estrés (Andreu, Galdón, Durá y Ferrando, 2005; Casas, 2005). En relación con los factores psicofisiológicos se encuentra que los hábitos orales parafuncionales (relacionados con el masticar o mover la mandíbula) pueden

originar problemas temporomandibulares secundarios debidos a la hipertonicidad de los músculos masticatorios o indirectamente por las modificaciones oclusales que producen y que afectan el funcionamiento del sistema. El caso de la protracción lingual es un ejemplo en el que generalmente se provoca mordida abierta e impide la existencia de una guía anterior correcta con desoclusión posterior inmediata justificando hasta cierto punto, que la mayoría de sus portadores presenten alteraciones temporomandibulares, dichas alteraciones son afectadas por todo lo que pueda producir sobrecarga muscular repetitiva como la frustración, ansiedad y la ira expresadas por los hábitos orales parafuncionales principalmente.

Ramford (1987) plantea que los hábitos oclusales (dentro del grupo de los hábitos orales parafuncionales) tienen un fondo psicógeno bien definido y sirven como desahogo de la tensión emocional. Los factores precipitantes pueden ser el exceso de trabajo, la preocupación, la tensión premenstrual o tensiones de otro tipo. Sin embargo, estas condiciones no tienen necesariamente asociación con la desarmonía oclusal. El único efecto indirecto de las interferencias oclusales sobre estas condiciones es posiblemente un aumento de la tonicidad muscular promovido por muchas interferencias oclusales que están presentes como una vía de escape para la tensión emocional acumulada como los son el apretamiento, el rechinar y la mordedura de labios, lengua, palillos u otros objetos. En este trabajo se le presta especial interés al apretamiento y el rechinar y la mordedura de labios por ser indicadores frecuentes de estados ansiosos de la población con la que se trabaja.

En la exploración de los diferentes estudios al respecto de las disfunciones de articulación temporal se encuentra que Maglione (1986); Edouarzin (1992) y Salazón, Corona, Rey, Arias, y Perdomo (2006) encontraron que la DTM moderada aparece en porcentaje de un 51% de la población estudiada, en donde se observa que la mujeres son las mayormente afectadas entre un 59 y un 68%. Según Maglione (1986), la mayor afectación en las mujeres suele deberse a ese cierto grado de

inestabilidad emocional que las caracteriza a diferencia de los hombres, aunque se podría considerar que la mujeres suelen buscar asistencia médica más rápidamente y más a menudo que los hombres, aunque este último criterio no es tan sólido debido a que las muestras de los estudios no fueron seleccionadas aleatoriamente. Al respecto de la edad predominante en la que se presenta la Disfunción Temporomandibular no se encuentra un patrón específico llegando a concluir que los factores que la provocan son múltiples, pueden ser alteraciones psíquicas, físicas u oclusales, o bien combinaciones de éstas; sin embargo, se encuentra que hay consenso en admitir que dichas alteraciones disminuyen con el avance de edad y por el contrario se ha reportado que se ha incrementado la prevalencia e incidencia en los jóvenes (Casas, 2005), refiriendo que estas alteraciones y sus tejidos integrantes suelen comenzar en etapa prepuberal y puberal estando muy relacionados con el bruxismo que es adquirido en la niñez, es importante resaltar que tanto en el bruxismo como en la etapa prepuberal y puberal la ansiedad es un elemento predominante.

Al igual que en las investigaciones de la Disfunción Temporomandibular, en los resultados de la revisión de las poblaciones bajo el diagnóstico de SDM, se encuentra que afecta más a las mujeres que a los hombres, y que a pesar de que puede presentarse en cualquier rango de edad, su predominio oscila entre los 20 y los 40 años (Laskin, 2005; Hernández & Hernández, 2000).

En las disfunciones de articulación temporal independientemente del grado de severidad en las poblaciones estudiadas, se encuentra que los estudiantes, obreros y amas de casa son los más afectados, aunque no se profundiza en las causas. El dolor a los movimientos suele prevalecer en las mujeres y en general el síntoma de dolor muscular afecta a casi el 95% de los pacientes con trastorno disfuncional. Los estados estresantes destacan en su mayoría estando presentes en el 55% de las poblaciones. Los antecedentes de hábitos como el bruxismo son menores pero presentes en un 30% de las poblaciones. Las dificultades de relación con la familia y

compañeros de trabajo son mencionadas y aunque no se especifican y su porcentaje oscila entre un 25 a 30% (Laskin, 2005; Andreu et al., 2005).

Se ha encontrado que las personas que sufren de SDM presentan dificultades para manejar las situaciones de estrés o bien no tienen una expresión emocional adecuada (Laskin, 2005; Hernández & Hernández, 2000) y la consecuencia es el incremento de la tensión en sus músculos, especialmente los masticadores. Estos datos coinciden en cierto grado con la investigación de Castillo, Reyes, González y Machado (2001), con una muestra conformada por cien pacientes entre los 15 y los 50 años de edad, de ambos sexos. La mitad de ellos (grupo estudio) presentaban signos y síntomas de DTM que los llevó a acudir a consulta en busca de tratamiento, y el resto de la muestra (grupo control) no presentaba alteraciones funcionales indicadoras de DTM. Los niveles de ansiedad los determinaron mediante el inventario de ansiedad rasgo-estado (STAI), ideado por Spielberger en 1966. Los hábitos parafuncionales analizados fueron: el apretamiento y el rechinar dental, la mordedura de lengua, labios, palillos u otros objetos, la onicofagia, la masticación unilateral y la protracción lingual. De ellos, el apretamiento y el rechinar dental fueron los más significativamente asociados a la disfunción temporomandibular, seguidos de la masticación unilateral y la mordedura de labios, lengua y palillos.

Respecto a la ansiedad, se destaca que entre las personas con Disfunción Temporomandibular fueron más frecuentes los niveles altos de ansiedad, sobre todo de la ansiedad como rasgo de la personalidad. Este resultado es congruente con el mecanismo explicativo que afirma que la ansiedad puede activar el dolor al aumentar la contracción sobre un músculo que está acortado debido al contacto oclusal interoceptivo, confirmando el efecto de los factores psicológicos sobre los centros nerviosos y que desencadena, por vías neuronales complejas, una hiperactividad muscular refleja y crea un mecanismo de retroalimentación positiva dolor-contracción-dolor que conduce a la parafunción y demás disturbios funcionales (Díaz, 1996; Casas, 2005; Laskin, 2005).

En el manejo de la ansiedad interpretada por los pacientes como tensión, algunas personas desarrollan hábitos para experimentar alivio como el apretar los dientes -también conocida como bruxismo- el cual resulta perjudicial para el movimiento de la mandíbula. El bruxismo es una afección que consiste en hacer rechinar o apretar los dientes, especialmente los de la parte posterior. Cuando se aprietan los dientes se ejerce presión sobre los músculos, los tejidos y otras estructuras que rodean la mandíbula, lo cual puede llevar a que se presente dolor e inflamación de la mandíbula, dolores de cabeza, dolores de oído, daño en los dientes y otros problemas. Estos síntomas pueden causar trastornos en la articulación temporomandibular (ATM) pues las personas pueden apretar y rechinar los dientes de forma inconsciente durante el día y durante la noche, aunque el mayor problema puede ser el bruxismo nocturno, ya que es más difícil de controlar. Aún no se ha llegado a un acuerdo sobre la causa exacta del bruxismo, pero en muchas personas el agente desencadenante de esta afección puede ser la ansiedad experimentado durante el día. Algunas personas probablemente aprietan sus dientes y nunca tienen síntomas, esto tiene que ver con una serie de factores como el nivel de estrés que se experimente, la fuerza y duración del hábito de apretar y rechinar los dientes, si los dientes están desalineados, la postura, la capacidad de relajación, la dieta, los hábitos al dormir entre otros, por lo que en cada persona es diferente. Se sabe que es la más prevalente de las parafunciones orales, puede darse en niños, adolescentes y adultos, y por las implicaciones que tiene en términos de dolor, deterioro dental y costo económico, es evaluado y tomado en serio por la profesión odontológica. Se ha establecido una relación importante entre el bruxismo y los niveles de estrés, con énfasis en la ansiedad, siendo los dientes y los músculos las estructuras más afectadas por el rechinar y el apretamiento respectivamente (Casas, 2005; Eduarzin, 1992).

Tanto en el diagnóstico de bruxismo como en el de SDM y el de Disfunción Temporomandibular la temprana intervención es importante para evitar que el espasmo muscular produzca desviación de la mandíbula y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cambios artríticos en la articulación mandibular ya que si esto ocurre, se debe optar por formas más complejas de tratamiento, incluyendo la cirugía. Para eliminar los síntomas del doloroso espasmo muscular en la mandíbula, se utiliza una terapia inicial que incluye el uso de calor y relajación muscular, masajes, medicamentos para el dolor, y dietas suaves no masticables. Esta terapia dura por lo menos una o dos semanas. Para los pacientes con hábitos de bruxismo, y con SDM el dentista puede a veces confeccionar un aparato de plástico (guarda) que evite que los dientes se junten. Este aparato es particularmente útil para los individuos que aprietan sus dientes inconscientemente mientras duermen.

Además del tratamiento médico se sugiere a la par una intervención psicológica, pues es muy importante la comprensión por parte del paciente de la relación de su enfermedad y los factores psicológicos así como la adquisición de herramientas que les permitan frenar el daño en la zona temporomandibular. Los métodos de relajación, biofeedback, uso de benzodiazepinas y antidepresivos tricíclicos, han sido moderadamente efectivos para tratar la enfermedad, y, aunque aún no se han efectuado abordajes específicos con la Terapia Racional Emotivo-Conductual, se pueden tomar las referencias exitosas del tratamiento de los trastornos de ansiedad generalizada y algunos problemas psicosomáticos, en especial en relación a problemas gastrointestinales (Simon, 1996) para considerar el empleo de esta terapia.

2.2 Emociones y cognición.

Las emociones son las respuestas básicas de supervivencia del ser humano; su presencia tiene como objetivo el propiciar respuestas fisiológicas, orgánicas, cognitivas y conductuales que preserven a la persona (Diez, 1976; Reeve, 1994), son alarmas que indican necesidades por cubrir, que representan respuestas básicas para la supervivencia: como lo son la huida, la protección, la afiliación, la agresión y el aislamiento entre otras. Las emociones se presentan en general de forma automática ya sea por instinto biológico o por condicionamiento temprano (aprendizaje a temprana

edad). Toda respuesta emocional es un conjunto de fenómenos y procesos que involucran cuatro dimensiones: los aspectos cognitivos-subjetivos, los aspectos fisiológicos, los aspectos de tipo expresivo y los aspectos de tipo funcional; esto resulta difícil de captar y estudiar pues varían en el mismo sujeto y de un sujeto a otro (Reeve, 1994) principalmente debido a que cada persona tiene un conjunto de parámetros cognitivos bajo los cuales evalúa las situaciones. Sin la intención desechar las otras dimensiones que involucran a la respuesta emocional, para este trabajo destaca la dimensión cognitiva-subjetiva de la manifestación emocional, ya que cuando se evalúa la importancia de la influencia de las ideas en las respuestas emocionales y de comportamiento integral sobre los procesos patológicos, resulta necesaria la comprensión del conjunto de parámetros o esquemas cognitivos bajo los cuales se efectúan las valoraciones de las situaciones que están apoyadas de forma considerable por una serie de creencias y valores muy arraigados que son propiciados generalmente por la cultura, los valores sociales y económicos, y las creencias religiosas que están plagadas de pensamientos o deducciones erróneas (Lega, Caballo y Ellis, 1997; Eynsek y Derakshan, in press; Hammond, 2003).

En el estudio de la emoción como proceso se debe contemplar la estrecha interacción entre las cuatro dimensiones ya que todas y cada una parecen estar relacionadas con la mayor o menor propensión a experimentar un proceso disfuncional, un desajuste, una enfermedad e incluso la muerte. Los cambios corporales son insuficientes para la comprensión de la experiencia de la emoción, es necesario evaluar previamente la situación para que el sujeto experimente la emoción, por lo que se afirma que el primer paso en la secuencia emocional es la valoración cognitiva de la situación (Lazarus, 1984, Eynsek, 1983; Ellis, 1996). La actividad cognitiva es una precondition necesaria para la emoción, ya que, para experimentar una emoción, un sujeto debe saber que su bienestar está implicado en una transacción a mejor o a peor. Si bien los cambios fisiológicos son una parte necesaria en el proceso emocional, su significación es modulada por los factores cognitivos por lo que la cognición se hace imprescindible en el

proceso emocional. Los cambios fisiológicos pueden tener una distinta categorización emocional para un sujeto dependiendo de la evaluación que dicho sujeto realice del estímulo y de las variables contextuales en las que ocurre ese estímulo, es por ello que mientras que algunas personas responden con gran intensidad a una situación hay otras que no se inmutan ante el mismo estímulo (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996; Eysenk, 1997; Tesser, 2003).

Al revisar la relación entre la emoción y la cognición se encuentra de forma nuclear lo que es llamado como el proceso de autorregulación emocional que es entendido como un mecanismo del ser humano que mantiene constante el balance psicológico -o autorregulación psicológica integral- para lo cual necesita de un sistema de retroalimentación de control que le permita mantener el estatus en relación a una señal de control (Higgins, Grant y Shah, 1999; Sandin y Chorot, 1996).

Algunos modelos de regulación emocional más predominantes son el de Bonano, conocido como El Modelo Secuencial de Autorregulación Emocional que se centra en el control, anticipación y exploración de la homeostasis emocional (Bonano, 2001). Otro modelo destacado es El Modelo Autorregulatorio de las Experiencias Emocionales propuesto por Higgins, Grant & Shah en 1999, que propone que las personas prefieren algunos estados más que otros y que la autorregulación permite la ocurrencia de los estados preferidos más que de los no preferidos; de acuerdo con este mecanismo se estaría dando pie a que las respuestas que se emiten sean en la búsqueda de la evitación del dolor o bien de la satisfacción sin que esto garantice respuestas funcionales a corto, mediano o largo plazo. Finalmente el Modelo de Gross de Autorregulación Emocional de Barret y Gross (2001), desarrolla los procesos de Inteligencia Emocional y describe formas de modificar el curso de la generación de emociones o la forma de autorregularse emocionalmente.

Volviendo al modelo de Bonano, el control, anticipación y exploración de la homeostasis emocional es entendida en forma de metas de referencia pertenecientes a frecuencias, intensidades o duraciones ideales de canales

experienciales, expresivos o fisiológicos de respuestas emocionales lo que significa que para el logro del equilibrio emocional las respuestas que se dan son reguladas de acuerdo a experiencias previas y a los patrones de respuesta dependiendo de la frecuencia, intensidad y duración de la situación se presentarán diferentes mecanismos. (Bonano, 2001). En este sentido, Vallés y Vallés (2003) señalan que puesto que las emociones tienen tres niveles de expresión (conductual, cognitivo y psicofisiológico), la regulación del comportamiento emocional afectará a estos tres sistemas de respuesta.

Por tanto, la autorregulación emocional no es sino un sistema de control que supervisa que nuestra experiencia emocional se ajuste a nuestras metas de referencia.

Este modelo señala tres categorías generales de actividad autorregulatoria: la primera es la Regulación de Control que consiste en comportamientos automáticos e instrumentales dirigidos a la inmediata regulación de respuestas emocionales que ya habían sido provocadas y que incluyen los mecanismos de disociación emocional, supresión emocional, expresión emocional y la risa. La segunda es la Regulación Anticipatoria que se da cuando la homeostasis está satisfecha en el momento, entonces sigue el anticipar los futuros desafíos y las necesidades de control que se puedan presentar, emplea los mecanismos de expresión emocional como la risa, el evitar o el buscar personas, sitios o situaciones, y el adquirir nuevas habilidades como la revaloración y el escribir o hablar acerca de sucesos angustiosos. Finalmente la tercera es la Regulación Exploratoria que se da cuando no se tienen necesidades inmediatas o pendientes y esto permite involucrarse en actividades exploratorias que permitan adquirir nuevas habilidades o recursos para mantener la homeostasis emocional, como pueden ser el entretenimiento y actividades recreativas.

Por su parte Higgins, Grant y Shah (1999), en el Modelo Autorregulatorio de las Experiencias Emocionales, mencionan tres principios fundamentales implicados en la autorregulación emocional el primero es la anticipación regulatoria el cual afirma que basándose en la experiencia

previa las personas pueden anticipar el placer o malestar futuro, de manera que imaginar un suceso placentero futuro provocará una motivación de acercamiento, mientras que imaginar un malestar futuro provocará una motivación de evitación. El segundo principio es la Referencia regulatoria en donde se refiere que ante una misma situación, se puede adoptar un punto de referencia positivo o negativo. Por ejemplo, si dos personas desean casarse, una de ella puede anticipar el placer que significaría estar casados, mientras que la otra persona podría imaginar el malestar que les produciría no casarse; la motivación sería la misma, pero una de ellas estaría movida por un punto de referencia positivo y la otra por un punto de vista negativo de esto, aunado al conjunto de aprendizajes previos y el estilo interactivo de la persona (patrón de respuesta), se desprenderían la explicación del porqué ante las mismas circunstancias las personas responden de diferente forma ante una misma situación Higgins et. al. (1999).

Apoyándose en el modelo de Gross, se ha escrito mucho sobre las posibles consecuencias a varios niveles de la autorregulación emocional. Gross (2002) señala que las estrategias de "reappraisal" entendido como son a menudo más efectivas que la supresión emocional. El "reappraisal", reduce la experiencia emocional y también la expresión conductual, mientras que la supresión reduce la expresión pero falla en reducir la experiencia emocional. Las distintas investigaciones indican que la supresión podría estar afectando a la salud física (depresión del sistema inmune, mayor riesgo coronario, progresión del cáncer, etc.), y en definitiva que las consecuencias de las estrategias centradas en los antecedentes (reappraisal) serían preferibles en este sentido a las centradas en la respuesta (Barret y Gross, 2001).

2.2.1 Los trastornos psicósomáticos.

En lo que respecta a la salud física, la autoregulación emocional juega un papel predominante en la psicopatización, principalmente porque las investigaciones han dejado ver qué estrategias empleadas por la persona que somatiza generalmente resultan ineficaces o no congruentes con las demandas del entorno (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996; Bayés,

1991). En las revisiones del mecanismo psicosomático se sabe que todas las emociones son sensaciones que acompañan a los cambios que se operan en los órganos internos y en los tejidos, no se separan de éstos ya que son la conexión con los acontecimientos exteriores y los procesos internos los cuales por si solos no provocan la emoción; son los acontecimientos externos los detonantes mientras que los procesos cognitivos son los filtro sevaluadores que desencadenan respuestas, las cuales muchas veces son identificadas a edad temprana. Las sensaciones al ser interpretadas y posteriormente evaluadas de acuerdo con patrones de pensamiento y expectativas aprendidas previamente, originan y desencadenan una serie de reacciones físicas, emocionales y comportamentales que retroalimentan la intensidad y duración en que las emociones son expresadas y dirigiendo el comportamiento integral (Bayés, 1991). Un ejemplo de ello es el de algunos trastornos de ansiedad tales como la ansiedad generalizada, los trastornos de angustia y el estrés postraumático, en donde las primeras señales físicas o fisiológicas provocan respuestas intensas que se vuelven automáticas sin que la persona se percate de la valoración que se hizo previamente de la situación.

Por su lado Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996) comentan que los estímulos emocionales pueden producir las mismas alteraciones funcionales y orgánicas que provocan a su vez estímulos crónicos de origen infeccioso, traumático o tóxico. Debe tenerse presente, en cuanto a las respuestas del organismo, que los procesos psicológicos no difieren básicamente de los orgánicos, pues quizás la única diferencia radica en que éstos se captan subjetivamente y pueden expresarse con palabras. Los estímulos emocionales intensos no sólo provocan trastornos agudos, también pueden producir marcadas alteraciones neurovegetativas relacionadas con la respuesta ansiosa en un sujeto sano, estas reacciones desaparecen una vez pasada la fase aguda, posteriormente se recobra el equilibrio; sin embargo, bajo la constante influencia de este tipo de estímulos los sujetos predispuestos presentan trastornos funcionales neurovegetativos, los cuales al ser persistentes pueden causar, a la larga, alteraciones morfológicas

comprobables como en el caso de los sujetos predispuestos a la neurosis gástrica que evolucionan hasta una úlcera en donde se sabe hay una hiperreactividad psicofisiológica a los eventos ambientales estresantes que es descargada en sistema gastrointestinal (Simon, 1996); o los sujetos con patrón de personalidad tipo A que comprende disposiciones conductuales como ambición, agresividad, competitividad e impaciencia, con tensión muscular, alerta continua y estilo de vida acelerado que los caracteriza y que influye considerablemente en la posibilidad de presentar infartos (Del Pino, 1996); y en el caso del SDM la descarga muscular producida por tensión emocional pueden exacerbar el dolor e inclusive hasta provocar la inmovilización de la zona (McGrusson, 2003).

Se afirma entonces, que los estímulos crónicos pueden causar una enfermedad orgánica en los sujetos predispuestos o vulnerables a un trastorno funcional y que además de la predisposición de algunos sujetos a los trastornos psicósomáticos, existe un patrón de inhibición en la expresión afectiva aprendida previamente y reforzada por un conjunto de creencias, en el que predomina una constante tendencia a no exteriorizar sus emociones mediante reacciones motoras generando un círculo vicioso: en cuanto menos se expresa la emoción en forma motora, más se perturbará el sistema neurovegetativo (Diez, 1976; Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996). De acuerdo con esta postura, la emoción que no se libera adecuadamente mediante una reacción dirigida hacia el mundo exterior, puede transformarse en un factor crónico perturbador que provoca irregularidades funcionales y neurovegetativas inicialmente, posteriormente síntomas psicósomáticos y finalmente una lesión estructural irreversible.

Los mecanismos presentes en los problemas psicósomáticos resultan difíciles de discriminar, sin embargo como se mencionó al hablar de autorregulación emocional, las respuestas emotivo-conductuales están muy ligadas a la manera en que la persona evalúa y como consecuencia afronta las demandas de su entorno, estas respuestas pueden ser funcionales o disfuncionales para su vida y pueden, al no ser funcionales, incrementar el

daño orgánico dependiendo de la vulnerabilidad a determinadas enfermedades.

Finalmente, en una visión integral la evaluación de los trastornos psicosomáticos, permite ver que la enfermedad física es propiciada, sostenida o perpetuada por diferentes factores psicológicos que van desde los distintos estilos de respuestas emocionales básicas para la supervivencia, las cogniciones reflejadas en patrones de pensamiento, creencias y valores, así como algunos factores ambientales como lo son los estilos de vida que incluyen alimentación, acciones por la salud física y mental así como condiciones medioambientales.

2.2.2 Respuestas ansiosas y estrés.

Al hablar de ansiedad surgen asociaciones frecuentes con el estrés por lo que se hace necesaria una delimitación que comienza con la revisión de algunos conceptos y finalmente, para clarificar los objetivos, la depuración del concepto sobre el que se apoyarán las relaciones entre las variables relacionadas con el SDM.

Los conceptos de estrés y ansiedad frecuentemente son tomados como sinónimos, inclusive algunos autores como Buena-Casal, Caballo, Sierra, (1996) & Lazarus (1991) dan por sentado que al hablar de estrés se suponen los estados ansiosos acompañados.

Por principio, resulta importante diferenciar el concepto de estrés, entendido como un constructo multidimensional que involucra la interacción persona-situación, las contingencias ambientales y las características propias de la persona (Caballo y Blas, 1996; Caballo, Buena-Casal y Carroble, 1996). A diferencia del concepto de ansiedad, entendida como una manifestación emocional y física que puede formar parte del estrés o bien puede manifestarse como una respuesta individual condicionada a ciertos estímulos o eventos. Como parte de la manifestación del estrés, la respuesta ansiosa también está constituida por las características propias de la persona y condicionada por las contingencias ambientales sin el elemento cognitivo-evaluador ni el elemento conductual consciente presente en la respuesta del estrés. Se entiende entonces que en este trabajo se ha

separado el concepto de estrés del de ansiedad con la finalidad de tener un acercamiento más específico a la respuesta predominantemente emocional y de esta forma poder medirla apoyada en el concepto de ansiedad de Eynsenck, (1997), Lazarus (1991) y Spielberger (1975), para clarificarlo aún más se efectúa a continuación un análisis en el que se comentan las características de la respuesta ansiosa.

La ansiedad es identificada comúnmente como un estado de inquietud o zozobra del ánimo (Larousse, 1999), es un estado de tensión de la psique frente a un peligro indeterminado y experimentado como inminente que se acompaña por un sentimiento de inseguridad, suele ser identificada como la "angustia" que acompaña a muchas enfermedades.

Desde el punto de vista fisiológico la ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad.

La ansiedad es un acompañante cotidiano pues se presenta en todas las personas, en condiciones normales, nos permite mejorar el rendimiento y la adaptación al entorno familiar, social, laboral o escolar. La función más importante de la ansiedad es la ser el primer indicador de la necesidad de respuestas integrales para movilizarse frente a situaciones que de alguna forma nos confrontan a la acción o a la decisión y que pueden resultar amenazantes o preocupantes. De esta manera el organismo hace lo necesario para superar el riesgo que experimenta, neutralizarlo y afrontarlo adecuadamente.

En un estudio de Skinner en 1941 (citado por Skinner, 1979), el estado de ansiedad es más un efecto sobre la conducta que una verdadera respuesta por sí misma. Se trata de un estado emocional más que una actividad instrumental. En sus estudios se hace evidente que la ansiedad es un proceso aprendido, condicionado, de índole emocional que tiene como

consecuencia alterar la conducta del organismo en una situación dada, y alterarla en el sentido de una variación de su energía.

Para Wolpe (1993) la ansiedad es básicamente una respuesta o conjunto de respuestas en que domina el sistema nervioso autónomo, con las que la persona reacciona de una forma característica a estímulos nocivos o dolorosos.

Tabla 1. Diferencias entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica.

	ANSIEDAD NORMAL	ANSIEDAD PATOLÓGICA
CARACTERÍSTICAS GENERALES	Episodios poco frecuentes. Intensidad leve o media. Duración limitada.	Episodios repetidos. Intensidad alta. Duración prolongada.
SITUACIÓN O ESTÍMULO ESTRESANTE	Reacción esperable y común.	Reacción desproporcionada.
GRADO DE SUFRIMIENTO	Limitado y transitorio.	Alto y duradero.
GRADO DE INTERFERENCIA EN LA VIDA COTIDIANA	Ausente o ligero.	Profundo.

Si bien la ansiedad nos permite funcionar mejor (ansiedad normal) cuando rebasa la funcionalidad entonces se vuelve patológica (Mateos & Caballo, 1999). Cuando se trata de una ansiedad patológica se hace relevante la consideración de los sesgos cognitivos, destacando la atención selectiva y el sesgo interpretativo, al respecto Eynsenck & Deraksham (in press) opinan que el grado de influencia del procesamiento de sesgos cognitivos del individuo sobre el sistema emocional depende del estado de ansiedad previo. Los sesgos cognitivos se incrementan en la medida en que el estado de ansiedad aumenta, lo que lleva a un mecanismo que se retroalimenta positivamente ya que los sesgos cognitivos aumentan el estado de ansiedad que a su vez incrementa la influencia de los sesgos cognitivos, que nuevamente incrementa el estado de ansiedad, y así

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sucesivamente. Este mecanismo es común en la ansiedad estado y rasgo, especialmente como esquema representativo de la manera en que la ansiedad repercute en el incremento del SDM o en su mantenimiento. La Tabla 1 permite identificar entre una respuesta ansiosa normal y una respuesta ansiosa patológica.

Para fines de evaluación de la ansiedad se retoma el concepto de Spielberger (1975) pues hace una distinción entre la ansiedad estado y rasgo, que resulta útil en la evaluación de las respuestas inmediatas de ansiedad y las que se establecen como un patrón de respuesta muy reforzado (estilo interactivo).

Este autor refiere la Ansiedad Estado como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos concientemente percibidos, con un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Según este autor, los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. En pocas palabras la ansiedad estado es una respuesta ante situaciones estímulo estresantes.

La Ansiedad Rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables en la propensión a la ansiedad: son respuestas de ansiedad generalmente elevadas ante las situaciones percibidas como amenazantes. Se hace énfasis en los motivos como disposiciones latentes hasta que las señales de una situación los activan y se muestran en las disposiciones conductuales adquiridas que involucran residuos de experiencias pasadas y que predisponen a la persona a ver el mundo en forma especial y a manifestar tendencia de respuestas objeto-consistentes de manera que ante una situación o estímulo la persona siempre tiene la misma respuesta ansiosa (Spielberg, 1975). La ansiedad rasgo implica las diferencias entre las personas en su disposición para responder a situaciones de tensión con cantidades variables de ansiedad estado. La ansiedad rasgo es una respuesta común y sostenida como un rasgo de personalidad ante distintos estímulos.

Para Eysenck (1983), la ansiedad es un impulso a la acción y a la vez es un refuerzo cuando se logra reducirla. En sus estudios de personalidad, sitúa la ansiedad como un trastorno que se relaciona con la introversión y el neurotismo (distimia). La ansiedad tiene efectos sobre procesos internos y de acuerdo al estilo ansioso o no ansioso tiene repercusiones en sus respuestas que al ser comparadas, dejan ver diferencias entre los estilos de respuesta de las personas con ansiedad estado y ansiedad rasgo encontrando que se perturba más el aprendizaje de las personas con alta ansiedad que los de baja ansiedad (Eysenck, 1983, 1997), permitiendo la comprensión del reforzamiento que experimentan las personas con ansiedad estado en la dificultad de aprender otras formas de afrontamiento, a esto se le une un componente importante identificado en varios trastornos de ansiedad, que parece un sesgo de atención centrada en la información potencialmente amenazadora del entorno, muchas investigaciones de los trastornos de ansiedad hacen hincapié en este mecanismo especialmente en los trastornos de ansiedad generalizada (Lyddon y Jones, 2002., Bowen, Baetz, Hawkes y Bowen, 2006., Mateos y Caballo 1999., Silverman y Kurtines, 2003).

2.2.3 Vulnerabilidad a los estados de estrés y ansiedad.

En relación a la disposición se encuentra el concepto de vulnerabilidad manejado actualmente en el abordaje de los estados estresantes y los problemas psicosomáticos referidos frecuentemente por autores que trabajan en la medicina conductual (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996; Lega, Caballo y Ellis, 1997; Buendía, 1996). La vulnerabilidad incluye mecanismos moleculares y genéticos, transmisores y receptores bioquímicos, procesos neurofisiológicos y de desarrollo neurológico, procesos de desarrollo y maduración psicológicos tales como predisposiciones de la personalidad y/o mecanismos cognitivos, incluyendo procesos de evaluación y de atribución. Para Buceta, Bueno y Mas (2000), la vulnerabilidad se refiere a las características de los factores de la persona y a su capacidad para soportar experiencias estresantes. Estos autores postulan que existe un patrón general de interacciones vulnerabilidad-estrés

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

a través de diferentes categorías psicopatológicas. Plantean que diferentes tipos de vulnerabilidad denotan diferentes estrategias de valoración de los acontecimientos estresantes y que es la interacción entre estos sucesos y las estrategias de valoración, los que forman la base de los acontecimientos disfuncionales incluyendo la propensión a los problemas psicosomáticos. La vulnerabilidad trata con las características de las personas, por lo tanto está relacionada con el concepto de personalidad (ansiedad rasgo). Desde el punto de vista cognitivo, especialmente en el cognitivo conductual, el problema radica en que existen errores en la representación y en la interpretación de la información socio-ambiental apoyados en aprendizajes previos y en creencias erróneas que pueden producir emociones y conductas disfuncionales provocando fuertes reacciones en el ambiente social. En el caso de las personas vulnerables a los trastornos de ansiedad se puede presentar excesiva sensibilidad a los estímulos interoceptivos (Hogan, 2000) de tal forma que una respuesta al estrés puede hacer que se experimenten con fuerza las reacciones del cuerpo, interpretando la información de manera equivocada, como indicadora de una dolencia meramente somática como en el caso del SDM.

En el caso del SDM y la DTM los eventos externos son evaluados de forma negativa, con exageración o imposición que lleva a descargar la tensión experimentada en la zona temporomandibular que al ser repetitiva ocasiona la disfunción. Como consecuencia la respuesta ansiosa aumenta aún más, fomentando el incremento de interpretaciones catastróficas que a su vez, hacen más profunda la activación fisiológica hasta que se presenta una verdadera disfunción física (Simon, 1996; Del Pino, 1996; McGrusson, 2003).

2.3 Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad.

Todos las terapias cognitivo-conductuales enfatizan la importancia a los procesos cognitivos en la explicación de las emociones y conductas que experimentan los sujetos donde el pensamiento juega un papel primordial.

Las terapias Cognitivo-Conductuales plantean el sistema cognitivo es representado de la siguiente manera:

$S \rightarrow P \rightarrow R$ donde:

"S" es el estímulo o situación. Ejemplo: el escuchar el grito de un hijo que juega en la calle.

"P" es el sistema y procesamiento cognitivo (pensamientos). Ejemplo pensar: "le pasó algo, quizás lo atropelló un carro"

"R" es la respuesta o reacción emocional. Por ejemplo tensar el cuerpo y buscarlo rápidamente. De manera integrada podemos decir que la explicación del cuerpo tenso y la conducta de buscar al hijo no es debida al niño que juega en la calle si no al pensamiento de que algo sucedió por lo tanto el objeto de la intervención es P dado que es la causa de R y no S.

Es por eso, que a partir de este sistema se trabaja con la identificación de P para valorar la funcionalidad de las respuestas que produce.

Estas terapias se apoyan tanto en intervenciones conductuales por medio de modificación de conducta como en intervenciones cognitivas por medio de la disminución de conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento de las personas (Lega, Caballo y Ellis, 1997; Caballo, 1995). Parten de la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas principalmente, por lo que toma en cuenta los sucesos, pero su objetivo primordial consiste en modificar la valoración que la persona hace de la situación y con esto lograr reducir el malestar o la conducta problema por medio de un desaprendizaje de lo aprendido y proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, que sean más adaptativas.

De ello se derivan las principales características de la Terapias Cognitivo-Conductuales que de acuerdo con Caballo (1995) y Lega, Caballo y Ellis (1997) son las siguientes:

1.-Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales.

2.-Los objetivos específicos de algunos procedimientos o técnicas son cognitivos.

3.-Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente de las variables cognitivas.

4.-Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar las cogniciones.

5.-Se pone un notable énfasis en la verificación empírica de las cogniciones.

6.-La terapia es de duración breve.

7.-La terapia es una colaboración entre terapeuta y paciente.

8.-Los terapeutas cognitivos-conductuales son directivos.

A estos ocho puntos le podemos agregar uno más, el papel activo del paciente como parte fundamental de su propio tratamiento. De acuerdo con Mahoney (1983) se encuentran tres clases principales de terapias cognitivo-conductuales:

1.- Las Terapias de Reestructuración Cognoscitiva: como la Terapia Racional Emotiva propuesta por Ellis en 1958. La Terapia Cognitiva propuesta por Beck en 1963. El entrenamiento en Autoinstrucciones propuesto por Meichenbaum en 1971. La Terapia de Conducta Racional propuesta por Maultsby en 1975. La Terapia Cognitivo-Estructural propuesta por Guidano & Liotti en 1983. La Terapia de Valoración Cognitiva propuesta por Wessler & Hankin-Wessler en 1986 y la Terapia Cognitiva centrada en los esquemas propuesta por Yung en 1990. Todas estas propuestas parten de la suposición de que los problemas emocionales son consecuencia de pensamientos mal adaptativos, de tal manera que buscan establecer patrones de pensamiento más adaptativos.

2.- Las Terapias de Habilidades de Afrontamiento como el Entrenamiento en el manejo de ansiedad (EMA) propuesto por Suinn & Richardson en 1971. El Entrenamiento en la inoculación de estrés propuesto por Meichenbaum en 1973. La Reestructuración racional cognitiva propuesta por Golfried en 1974, y el Entrenamiento en Autoeficacia propuesto por Bandura en 1982. Estos autores tratan de explicar como se

desarrolla un repertorio de habilidades para ayudar al paciente a afrontar adecuadamente una serie de situaciones estresantes.

3.-Las Terapias de Solución de Problemas como la Terapia de Solución de problemas propuesta por D"Zurilla & Goldfriend en 1971. Terapia de Solución de problemas propuesta por Spivack & Shure en 1971. Y finalmente, la Terapia de autocontrol propuesta por Rehm en 1977. Estas terapias resultan ser una combinación de la Terapia de Reestructuración Cognoscitiva y Las Terapias de Habilidades de Afrontamiento centrándose en desarrollar estrategias generales para tratar un amplio rango de problemas personales.

Se propone la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) como el tratamiento psicológico de elección porque responde a las características necesarias en el abordaje de los problemas de índole psicósomática como la DTM ya que propicia el cambio en los patrones de respuesta por medio de la modificación de las cogniciones y su respectiva consecuencia emocional y conductual, aunado a que estos cambios se efectúan desde los valores, creencias y expectativas de los participantes, repercutiendo en su filosofía de vida a corto mediano y largo plazo; esta terapia proporciona entonces, elementos de tipo correctivo y preventivo en las intervenciones. En la búsqueda de un modelo terapéutico que fuese efectivo para la intervención con las personas con SDM se encontraron estudios empíricamente comprobados relacionados con el manejo de la ansiedad, entre los que destacan el Modelo cognitivo para el trastorno de ansiedad generalizada (Lyddon y Jones, 2002) propuesto por Clark en 1986, que se basa en la proposición de que las crisis de angustia ocurren cuando los individuos perciben ciertas sensaciones somáticas como bastante más difíciles de lo que en realidad son, las interpretaciones que le sigue es tomarlas como indicadores de que no podrán manejarlas. Estas interpretaciones catastróficas erróneas pueden surgir no sólo del temor si no también del enojo u otros estímulos como la tensión muscular o la hiperactividad. A continuación se presenta un círculo vicioso que culmina con una crisis de ansiedad que se desarrolla cuando el estímulo que se percibe como

amenazante crea sentimientos de aprensión. Las sensaciones somáticas que le acompañan a este estado de aprensión se interpretan de modo erróneo como signo de catástrofe o imposibilidad el sujeto experimenta aumento de aprensión, una elevación de las sensaciones somáticas y así sucesivamente hasta que la respuesta provoca disfunción.

Los componentes del tratamiento con fundamento empírico más representativos son los propuestos por Woody & Sanderson 1998 (Lyddon y Jones, 2002), quienes en estudios controlados han demostrado que las siguientes intervenciones son efectivas solas o en "paquete": Psicoeducación, Reestructuración cognoscitiva, Control respiratorio, Entrenamiento en relajación, Visualización y Exposición con un 70% de efectividad en los primeros 3 meses posteriores a la aplicación.

Los modelos seleccionados como apoyo en la intervención más destacados (Lyddon y Jones, 2002) son el de Black, Wesner, Browsers & Gabel propuesto en 1993, que manejan la corrección de atribuciones incorrectas, ejercicios de respiración, afirmaciones positivas, técnicas de reenfoque y aplicación de técnicas en vivo. Los resultados muestran el 40% de los pacientes presentaron mejoría, y el 25% estuvieron libres de los síntomas en cuatro semanas y el 93% mejoría parcial y 53% libres de los síntomas en 8 semanas.

Otro modelo que destaca es el de Côté, Gauthier, Laberge, Cormier y Plamondon en 1994 trabajaron inicialmente con la fundamentación del tratamiento e información sobre el TA, seguida por el entrenamiento en técnicas de manejo de ansiedad, relajación muscular progresiva, estrategias de distracción y autoafirmaciones de afrontamiento. A continuación con "Terapia cognitiva" (TC), para posteriormente realizar la exposición a señales internas y externas de ansiedad y señales de angustia. El tratamiento es de 17 semanas si es dirigido por terapeuta o bien puede ser de contacto reducido con 7 reuniones programadas de forma irregular y 8 llamadas breves de forma irregular. La eficacia de esta propuesta se muestra inicialmente favorable en las primeras aplicaciones (Lyddon y Jones, 2002).

Finalmente en lo que respecta a las intervenciones cognitivo-conductuales con comprobación empírica es importante destacar que no se encontró ninguna referencia validada empíricamente del uso primordial de la TREC en el manejo de ansiedad y su relación psicofisiológica, tal como la propone su autor Albert Ellis, en los casos de problemas como el SDM y la DTM.

2.4 La Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC).

La Terapia Racional Emotivo Conductual o TREC fue denominada originalmente con el nombre de Terapia Racional por su autor Albert Ellis, inicialmente en 1955, después la llamó Terapia Racional Emotiva y su nombre actual fue corregido en 1994 como Terapia Racional Emotivo-Conductual (Ellis, 1996). La TREC es una terapia que ofrece cambios profundos y duraderos pues su objetivo es llegar a la raíz de las creencias promoviendo que éstas sean racionales realizando modificaciones en sus patrones de respuesta por medio del **ABC, D, E.**

Albert Ellis realizó un gran recorrido antes de desarrollar constantemente su propuesta terapéutica, fue contador, escritor, después estudio un postgrado en psicoanálisis al que le dedico más de seis años, y al no encontrar respuestas satisfactorias a las necesidades de sus pacientes comenzó a explorar el terreno conductual, no convencido del todo busca respuestas en las filosofías de los antiguos Estoicos, Griegos y Romanos , especialmente Epícteto, Marco Aurelio y Hadas, y a las propuestas orientales de Confucio, Lao-Tse & Buda, así como en filósofos como Emmanuel Kant, Arthur Schopenhauer, Ralph Waldo Emerson, John Dewey, George Santayana y Bertrand Russell, de los cuales obtiene que la mayoría coincidían en que *"uno mismo, en vano y permanentemente, se crea el propio sufrimiento cuando piensa de manera irracional y disfuncional"* (Ellis, 1996, p.32) también se apoya en la frase del filósofo Epícteto al respecto de que las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de éstos (Psicantropía, 2005). Aunado a esto retoma la incipiente teoría cognitiva y decide hacer algunos arreglos a su

abordaje terapéutico, es así como propone su Filosofía de vida, su Teoría del ABC, su Teoría de la personalidad y su Modelo psicoterapéutico del "ABC D E".

2.4.1 Filosofía de vida de la TREC

Se caracteriza por la propuesta de un conjunto de valores, principios y forma de vida que buscan como objetivos primordiales el preservar la vida y alcanzar un buen grado de felicidad. Los objetivos de la TREC que Ellis (Ellis, 1996) propone para ayudar a las personas a alcanzar sus metas están apoyadas en la vivencia de emociones apropiadas, el interés en si mismo, el interés en los demás, la autodirección, la tolerancia, la flexibilidad, la aceptación de la incertidumbre en la vida, el compromiso, el pensamiento científico, la autoaceptación, el correr riesgos, el hedonismo de larga duración, la anti-utopía y la propia responsabilidad de las emociones y acciones.

Al practicar la vivencia de emociones apropiadas las personas sanas se permiten ver varios tipos de decisiones, deseos, como preferencias no como imposiciones de la vida porque en la vida es común experimentar frustraciones continuamente. La TREC considera que las emociones apropiadas positivas son el amor, la felicidad, el placer, la curiosidad. Las emociones apropiadas negativas son el dolor, el pesar, la tristeza, el fastidio, el arrepentimiento, la frustración y el displacer en tanto que las emociones inapropiadas son la depresión, la ansiedad, la desesperación y el desprecio y la inadecuación que no ayudan a mejorar sino todo lo contrario, empeoran y dañan más a las personas.

Desde la filosofía de la TREC las personas sanas emocionalmente suelen interesarse por si mismas en primer lugar, colocan sus propios intereses al menos un poco por encima de los demás. Se sacrifican hasta cierto punto por aquellos a quienes quieren, pero sin que esto les anule.

El interés social de acuerdo con la TREC es racional y positivo, porque la mayoría de las personas optan por vivir y divertirse en una comunidad y grupo social; actúan moralmente, protegen los derechos de los demás,

favorecen la vida en sociedad, es probable que lleguen a crear esa clase de mundo en el que ellos mismos puedan vivir cómoda y felizmente.

Con la autodirección la persona sana asume la responsabilidad de su vida a la vez que coopera con los demás. Este tipo de personas no piden ni necesitan demasiada ayuda de los otros.

La tolerancia es un valor que las personas racionales se otorgan a sí mismas y a los demás apoyado en el derecho a equivocarse que todos los seres humanos tenemos. Quienes practican la tolerancia se abstienen de condenarse o de condenar a otros como personas, por un comportamiento inaceptable u ofensivo, incluso aunque les desagrade mucho su propia conducta o la de los demás.

La flexibilidad es una característica de las ideas de las personas sanas las cuales suelen estar abiertas al cambio, ser pluralistas y no fanáticas cuando emiten opiniones sobre los demás y evitar las reglas fijas o rígidas para sí mismos y para los demás.

La aceptación de la incertidumbre en la vida se une a afirmación de vivir en un mundo de probabilidades y en continuo cambio, donde no existe la certeza absoluta y probablemente nunca existirá. A las personas sanas les gusta vivir el orden pero no exigen saber con exactitud lo que les deparará el futuro y lo que les puede llegar a suceder.

Con el compromiso las personas sanas aceptan implicarse de forma comprometida en algo fuera de sí mismo y a poder tener al menos algún interés creativo que les resulta saludable y satisfactorio.

Las personas sanas tienden a usar el pensamiento científico, buscan ser más objetivos, científicos y racionales. Son capaces de tener sentimientos profundos y de actuar correctamente, pero también regulan sus acciones y emociones reflexionando sobre ellas y evaluando sus consecuencias según les lleven a conseguir metas a corto y largo plazo.

Las personas sanas promueven la autoaceptación alegrándose de estar vivas y se aceptándose a sí mismas simplemente por el hecho de vivir y tener la capacidad de divertirse. Rechazan la idea de medir lo que valen por sus logros externos y por lo que los demás piensen. Han elegido

aceptarse a sí mismas incondicionalmente, e intentan no evaluarse. Prefieren divertirse más que ponerse a prueba.

La gente sana emocionalmente tiende a correr riesgos, a intentar hacer lo que pretenden, incluso cuando hay muchas probabilidades de que fracasen. Son aventureros pero no temerarios.

Con la búsqueda de un hedonismo de larga duración las personas sanas aspiran a los placeres del presente y el futuro, pero no suelen sacrificar el mañana por el bienestar pasajero del momento, asumen el hecho de que no van a vivir eternamente y que es mejor pensar en el hoy y en el mañana.

Al practicar el pensamiento de anti-utopía, las personas sanas aceptan el hecho de que las utopías son inalcanzables y de que nunca conseguirán todo lo que quieren, ni que podrán evitar todo el dolor. Piensan que es poco sensato esforzarse por alcanzar el placer, felicidad y perfección totales, y que tampoco existe la total falta de ansiedad, depresión, descontento y hostilidad.

Las personas sanas aceptan la propia responsabilidad de las emociones y acciones que tienen en sus propias alteraciones, en lugar de culpar de forma defensiva a los demás o a las condiciones sociales, por las conductas, los pensamientos y los sentimientos autodestructores.

2.4.2 La Teoría de la personalidad.

La Teoría de la personalidad propuesta por Ellis (Ellis y Whiteley, 1979, Ellis, 1996) se apoya esencialmente en la consideración de que todos los seres humanos tienen metas y generalmente coinciden en permanecer vivos así como en mantenerse en movimiento y disfrutar de la vida tanto en solitario como en colectividad; también coinciden en buscar como meta el mantener relaciones de intimidad con determinadas personas y en hallar un sentido a la vida a través de la educación y la experiencia; y finalmente coinciden en inventar y llevar a cabo objetivos que vislumbren una vocación y disfrutar del ocio y del juego.

Para la TREC las personas están muy influenciadas y condicionadas por las ideas manejadas en el ambiente familiar, cultural o ambiental, esto

les lleva a sentirse muchas veces perturbadas. La cultura tiene un sinnúmero de criterios irracionales, pensamientos rígidos, no comprobados, que tienden a condicionar los pensamientos en torno a sí mismos, los demás y el mundo, también nos instruye en un vocabulario tendiente a retroalimentar pensamientos erróneos con el uso de los debería, tengo que, hubiera, necesito...y otros que mencionaremos más adelante.

Ellis (Ellis y Abrahams, 1987; Ellis, 1996) afirma que tenemos una tendencia biológica y una tendencia cultural a pensar distorsionadamente así como devaluarnos a nosotros mismos (sentirnos menos). Las personas nacemos con cierta herencia que muchas veces nos predispone a tener actitudes o conductas erróneas además de sentirnos "menos", "poca cosa" en este mundo, con gran facilidad tendemos a auto-victimizarnos, aunado a esto tenemos la tendencia a generar creencias perturbadoras y a perturbarnos porque estamos perturbados (ansiedad perturbadora), aunque también tenemos la capacidad de ser conscientes de esto y podemos rechazar el molestarnos en pensar en lo que podría ocurrir si se hicieran o no ciertas cosas; podemos entrenarnos para lograr semiautomáticamente minimizar las perturbaciones de pensamientos para el resto de nuestras vidas. Para la TREC la persona es considerada válida por el hecho de existir, está de acuerdo con la propuestas de Carl Rogers y Víctor Frankl (Ellis y Grieger, 1981a) al respecto de la capacidad que tiene el ser humano para decidir sobre cómo quiere vivir su vida y la conciencia de su responsabilidad, no así en colocar características ideales o muy positivas en las personas, pues un valor muy importante que Ellis propone es el de la auto-aceptación de la persona con "toda su humanidad" buena y mala (Ellis y Abrahams, 1987; Ellis y Grieger, 1981a). En la TREC se estimula a las personas a no clasificarse a sí mismas, sino a clasificar sólo sus rasgos, sus logros, sus actos y sus ejecuciones, con propósitos de un mayor disfrute más bien que de exaltar su "ego" o su amor propio.

Cuando se trabaja con la TREC se cree firmemente que como seres humanos tenemos capacidad de cambio, y nuestros pensamientos,

emociones y conductas cambiarán si podemos elegir reaccionar diferente y no de la forma en que generalmente lo hacemos.

Generalmente se creía que diferentes tipos de situaciones producían reacciones emocionales y sus respuestas conductuales de manera directa. Ellis (Ellis y Abrahams, 1987, Ellis y Grieger, 1981a, b; Ellis, 1996) modifica esta postura aclarando el papel indispensable de las cogniciones –creencias y pensamientos- en las respuestas emocionales y conductuales de las personas de tal manera que estos pensamientos y creencias son los que condicionan el tipo y la intensidad de los que las personas sienten y hacen frente a las situaciones cotidianas. Es a partir de esta premisa que Ellis elabora la propuesta terapéutica del ABC.

En su teoría del ABC Ellis (1976) afirma que las situaciones (A) son evaluadas por una especie de filtro que esta formado por nuestras creencias, valores y pensamientos (B) generados por la herencia y los aprendizajes por asociación, reforzamiento o modelado que tuvimos a lo largo de nuestro desarrollo y que se van retroalimentando constantemente, de tal manera que podemos llegar a convencernos que las cosas son como las pensamos y no concebimos otras posibilidades de interpretación, esto se incrementa de acuerdo con los reforzadores socio-culturales.

Son estos los valores, creencias y pensamientos (B) que tenemos los que provocan las emociones y acciones (C), no lo son las situaciones por sí mismas, sino la evaluación que hacemos de estas la cual es muy subjetiva. Una forma de comprobar esto, es observar que una misma situación provoca respuestas diferentes en las personas.

La TREC promueve la concientización de las personas que acuden a terapia por medio de la identificación de la teoría del ABC en sus vidas y posteriormente el debate de sus creencias irracionales, la modificación de pensamientos irracionales a pensamiento lógico-empírico producto del insight y el constante afrontamiento a las situaciones que eran evaluadas erróneas y que al cambiar la interpretación serán vistas de otra manera.

Ellis (Ellis y Grieger, 1981a) resumió su teoría en lo que denominó el "ABC" y "DE". A continuación se analizan estos elementos.

"A" (situación activadora) representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).

"B" (sistema de creencias) representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.

"C" (consecuencias emocionales y conductuales) representa la consecuencia o reacción ante "A". Las "C" pueden ser de tipo emotivo (*emociones*), cognitivo (*pensamientos*) o conductual (*acciones*). La TREC distingue entre las emociones y conductas "apropiadas" ("funcionales" o "no perturbadas") y las emociones y conductas "inapropiadas" ("disfuncionales", "perturbadas" o "auto-saboteadoras").

Las emociones (o conductas) disfuncionales se caracterizan por causar un sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación; llevar a comportamientos "auto-saboteadores" (comportamientos contrarios a los propios intereses u objetivos); dificultar (o impedir) la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios; y estar asociadas a demandas absolutistas y otras distorsiones cognitivas.

Ellis (1996), reconoce una múltiple interacción e influencias entre las "C", las "B" y las "A", por ejemplo, "A" ("acontecimiento") se considera como lo percibido por la persona, y, en cierta manera, "creado" o "construido" mediante su selección, inferencias, supuestos, sistemas de atribución, etc. siempre condicionado por sus metas "G" ("*goals*") y sus esquemas, estos pertenecientes al sistema cognitivo ("B"), lo que se representa como $B \rightarrow A$.

También se acepta que el tinte emotivo ("C") en parte modifica y determina los esquemas utilizados y consiguientes distorsiones cognitivas ("B") para la construcción de "A", representado como $C \rightarrow B$.

Por otro lado, se establece que las emociones y conductas modifican

directamente las situaciones, lo que se representa como $C \rightarrow A$.

Finalmente, existen estímulos ("A") que en un primer instante generan una respuesta condicionada ("C") que recién luego puede ser procesada por el sistema cognitivo, esta relación se representa como $A \rightarrow C$.

Si lo que está siendo el problema son las creencias irracionales entonces deberemos estudiarlas y conocer sus características particulares que las llevan a definirse como "irracionales"

Las creencias irracionales son denominadas por Ellis (Ellis y Grieger, 1981a) como las ideas que son demandantes, exigentes, apremiantes y que se caracterizan por su rigidez total y como una manifestación de intolerancia. Estas demandas pueden estar dirigidas hacia uno mismo, hacia los otros o hacia el mundo en general. (Por ejemplo: *Yo debo ser bella, tú debes amarme o la vida tiene que ser fácil*).

La TREC distingue las creencias racionales de las irracionales centrándose en las consecuencias que producen ya sean acordes o contrarias a los objetivos de las personas. Lo racional es la preferencia antes que la imposición, *es "lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos"* y lo irracional será *"lo que se los impide"* por lo tanto, *la "racionalidad no puede definirse en forma absoluta, sino que es relativa por naturaleza"* (Ellis, 1996, p. 64).

Los valores, creencias y pensamientos pueden estar distorsionados por nuestra tendencia a pensar lo peor o lo mejor, debido a las creencias socio-culturales en las que nos formamos y vivimos, muchos de nuestros pensamientos reflejan rigidez (no hay posibilidad de cambio), generalización (todos, siempre, nunca..), una forma dicotómica de ver la vida (todo o nada, blanco o negro) que unidos a otros pensamientos erróneos generalmente provocarán emociones inapropiadas como la depresión, los trastornos ansiosos, la desesperación, el desprecio y la inadecuación que no ayudan a mejorar, sino todo lo contrario, empeoran y dañan más a las personas. Si la persona comienza a tomar conciencia de sus pensamientos erróneos y los cambia gradual y enfáticamente por otros más racionales estará en posibilidad de sentirse más sana y feliz.

Resulta importante considerar que el concepto de "irracionalidad" ha sido examinado con el paso del tiempo, inicialmente se trataba como un concepto global para ser revisado como ideas irracionales específicas que se identifican individualmente y que van variando en su proceso y contenido. En los últimos diez años, se ha tratado de definir y formalizar el concepto de creencia irracional dando como resultado dos áreas teóricas importantes en la TREC (Lega, Caballo y Ellis, 1997; Ellis, 1996): la primera, se formó por un lado en un cambio en el énfasis del concepto de "creencia" que remarcaba el contenido (Ellis y Harper, 1975), por el otro, con énfasis en las características de los pensamientos (Ellis, 1979), donde los "debo" o "pensamientos absolutistas" o "exigencias dogmáticas y rígidas", son considerados como de orden SUPERIOR a sus tres derivados: pensamientos resultantes del al "Tremendismo", la "Baja tolerancia a la frustración" y la "Condenación" ("evaluación global"); la segunda, esta constituida por la diferenciación y elaboración de dos tipos de ansiedad en la perturbación neurótica: la ansiedad del ego o perturbación del yo y la ansiedad situacional o perturbaciones incómodas (Ellis y Grieger, 1981a). El consenso de la comunicación de la TREC sugiere que las ideas irracionales en las áreas de éxito y aprobación parecen estar relacionadas con la ansiedad del ego, mientras que las que emergen en el área de comodidad, parecen relacionarse con la ansiedad situacional. La necesidad actual propone medir independientemente dos dimensiones: 1) las características del pensamientos, denominadas "proceso", que incluyen exigencia y sus subderivados: tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación o evaluación global, y 2) los temas generales o subobjetivos, denominados "contenido", donde pueda diferenciarse la ansiedad del ego de la ansiedad situacional en donde se incluyen la aprobación, el éxito y la comodidad (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

Si bien el contexto puede contener características específicas que provocan respuestas determinadas y aún cuando la activación de nuestras experiencias puede ser muy real y causar un gran nivel de dolor, son

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

nuestras creencias las que le dan el calificativo de larga estancia y de mantener problemas a largo plazo (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

Ellis (1996) propone ejemplos de creencias irracionales que causan y sustentan las neurosis, estos ejemplos han sido modificados progresivamente por Ellis (Ellis y Grieger, 1981a) quien anteriormente consideraba 13 ejemplos y ahora considera 11 que a continuación se presentan.

1.-La idea de que existe una tremenda necesidad en los adultos de ser amados por otros significativos en prácticamente cualquier actividad; en vez de concentrarse en su propio respeto personal, o buscando aprobación con fines prácticos, y en amar en vez de ser amados.

2.-La idea de que ciertos actos son feos o perversos, por lo que los demás deben rechazar a las personas que los cometen; en vez de la idea de que ciertos actos son auto-defensivos o antisociales, y que las personas que cometan estos actos se comportan de manera estúpida, ignorante o neurótica, y sería mejor que recibieran ayuda. Los comportamientos como estos no hacen que los sujetos que los actúan sean corruptos.

3.-La idea de que es horrible cuando las cosas no son como nos gustaría que fueran; en vez de considerar la idea de que las cosas están muy mal y por tanto deberíamos cambiar o controlar las condiciones adversas de manera que puedan llegar a ser más satisfactorias; y si esto no es posible tendremos que ir aceptando que algunas cosas son así.

4.-La idea de que la miseria humana está causada invariablemente por factores externos y se nos impone por gente y eventos extraños a nosotros; en vez de la idea de que la neurosis es causada en su mayoría por el punto de vista que tomamos con respecto a condiciones desafortunadas.

5.-La idea de que si algo es o podría ser peligroso o aterrador, deberíamos estar tremendamente obsesionados y desaforados con ello; en vez de la idea de que debemos enfrentar de forma franca y directa lo peligroso; y si esto no es posible, aceptar lo inevitable.

6.-La idea de que es más fácil eludir que enfrentar las dificultades de la vida y las responsabilidades personales; en vez de la idea de que eso que

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

llamamos “dejarlo estar” o “dejarlo pasar” es usualmente mucho más duro a largo plazo.

7.-La idea de que necesitamos de forma absoluta otra cosa más grande o más fuerte que nosotros en la que apoyarnos; en vez de la idea de que es mejor asumir los riesgos que contempla el pensar y actuar de forma menos dependiente.

8.-La idea de que siempre debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y ambiciosos en todos los aspectos; en vez de la idea de que podríamos haberlo hecho mejor, más que necesitar hacerlo siempre bien y aceptarnos como criaturas bastante imperfectas, que tienen limitaciones y errores humanos.

9.-La idea de que si algo nos afectó considerablemente, permanecerá haciéndolo durante toda nuestra vida; en vez de la idea de que podemos aprender de nuestras experiencias pasadas sin estar extremadamente atados o preocupados por ellas.

10.-La idea de que debemos tener un control preciso y perfecto sobre las cosas; en vez de la idea de que el mundo está lleno de probabilidades y cambios, y que aún así, debemos disfrutar de la vida a pesar de estos “inconvenientes”.

11.-La idea de que no tenemos control sobre nuestras emociones y que no podemos evitar sentirnos alterados con respecto a las cosas de la vida; en lugar de la idea de que poseemos un control real sobre nuestras emociones destructivas si escogemos trabajar en contra de la hipótesis masturbatoria (pensar, y pensar y pensar de manera irracional y obstinada en lo que nos lastima o desgasta).

Ellis (Ellis y Grieger, 1981a; Ellis, 1996) resume todas estas creencias irracionales en tres afirmaciones básicas absolutistas que generan neurosis:

1.-“Tengo que hacerlo bien” (Ellis, 1996. p 63). También expresado como: **Debo**, absolutamente, tener éxito en la mayoría de mis actuaciones y relaciones; de no ser así, ico como persona soy alguien del todo inadecuada e inútil!. Que nos trae como resultado sensaciones de grave ansiedad,

depresión, desesperación e inutilidad, con acciones de evitación, renuncia, abandono, adicción.

2.- "Tienen que tratarme bien" (Ellis, 1996. p 63). O expresado como: El resto de la gente **debe**, absolutamente, tratarme con consideración, justicia, respeto y amabilidad, de lo contrario, no son tan buenos como dicen, y no merecen alcanzar la felicidad mientras vivan!". Esta forma de pensar trae como resultado sentimientos de ira, furia, resentimiento y acciones de lucha, enemistad, violencia, guerras y genocidios.

3.- "Tengo que contar con condiciones favorables" (Ellis, 1996. p 63) "La condiciones bajo las que vivo **deben** ser absolutamente confortables, placenteras y valiosas, ide lo contrario será algo horrible, no lo soportaré, y todo este maldito mundo será asqueroso!. Lo que trae como consecuencia sentimientos de autocompasión, ira y baja tolerancia a la frustración y acciones de abandono, queja continuada y adicciones. Ver comillas y cirta

De lo anterior se derivan tres conclusiones irracionales nucleares (creencias evaluadoras irracionales): la primera es **la auto devaluación y el auto-rechazo** duro, rígido y sin oportunidad, que lleva a las personas a sentir **depresión y ansiedad del yo**; la segunda es **la baja tolerancia a la frustración o "no-puedo-soportantitis"**, donde ante la más mínima situación que no salga como se espera se pierde el control emocional que trae como consecuencia la **ansiedad del yo y la ansiedad perturbadora**; y finalmente la tercera, que es **la Condenación** del mundo y de los demás, que trae como consecuencia la **ira**. Estas creencias toman la forma de afirmaciones absolutas. En vez de aceptarlas como deseos o preferencias, hacemos demandas excesivas sobre los demás, o nos convencemos de que tenemos necesidades abrumadoras. El cambio de las creencias irracionales implica un proceso de concientización progresiva que es generada por la autoobservación de los pensamientos y verbalizaciones frecuentes, además de la parte más importante que es la disposición a asumir la responsabilidad del cambio.

Continuando con la identificación de las creencias irracionales, se puede decir, que la forma más fácil de detectar las creencias irracionales es atendiendo a las expresiones verbales que muestran los errores de pensamiento o pensamientos irracionales.

2.4.5 Errores de pensamiento y la TREC.

Caballo, Ellis y Lega (1997) mencionan que existe una gran variedad de "errores de pensamiento" típicos en los que la gente se pierde, los cuales se presentan en la Tabla 2 (que se encuentra en la siguiente página), mostrando algunas de las expresiones más frecuentes con los que se identifican.

Aunado a los frecuentes errores de pensamiento, la teoría de la TREC recalca la tendencia del ser humano a la "habituación" por lo que Ellis (Ellis y Grieger, 1981a, 1981b, Ellis, 1996) hace especial énfasis en que solamente practicando los ABC y los D, E, muchas veces, de forma emotiva y orientada a la acción se podrán deshacer las creencias irracionales y se mantendrán controladas permanentemente.

A pesar de que no es importante para la terapia ubicar la fuente de estas creencias irracionales, se entiende que son el resultado de un "condicionamiento filosófico", o hábitos que han estado presentes en nuestra vida por mucho tiempo. Ellis (Ellis y Abrahams, 1987; Ellis, 1996) diría que estos hábitos están programados biológicamente para ser susceptibles a diferentes tipos de condicionamiento en distintas personas.

2.4.6 Ansiedad patológica: ansiedad del yo y ansiedad perturbadora.

De acuerdo con la TREC además de la respuesta ansiosa normal existen dos tipos de ansiedad patológica originada por los pensamientos: **la ansiedad del yo y la ansiedad perturbadora.** Siendo los síntomas secundarios la baja tolerancia a la frustración y la búsqueda de placer inmediato lo que produce mayor resistencia en las personas al cambiar sus respuestas irracionales.

La **ansiedad del yo** es un sentimiento dramático e intenso que normalmente parece arrollador, se acompaña con frecuencia de sentimientos de grave depresión, vergüenza, culpa e incapacidad.

Tabla 2. Errores de pensamiento más frecuentes, sus contenidos y ejemplos de su expresión verbal.

Tipo de error	Contenido de la expresión verbal	Ejemplo de la expresión verbal
Radical/ extremo	Suele identificarse con expresiones que indican valoraciones en donde no hay valores intermedios.	“muy bueno” o “inútil”, “siempre” ó “nunca”, “es un ángel” o “es un demonio”.
Muy generalizado	Se presenta cuando a partir de sólo una o unas cuantas experiencias se valora que todo es perfecto o todo es un desastre	“todos los hombres son iguales”, “no existen los amigos”, “nadie me quiere”.
Catastrófico	Se caracteriza por la percepción de todo lo que ocurre como trágico y como lo peor.	“es terrible, me enfermaré y no trabajaré”, “estaré en la miseria”.
Muy distorsionado	Se identifica como la exageración o la calificación equivocada de lo valorado basándose en criterios poco precisos.	“es espantoso que andes sin maquillaje”, “es terrible que no puedas ir a ese baile”.
Muy negativo	Evalúa en términos que desacreditan o descalifican, busca lo que le falta a las cosas.	“estúpido”, “malo”, “incompetente”.
Poco científico/confuso	Se presenta donde lo que se expresa no cuenta con bases empíricas o de experiencia comprobada.	“a las mujeres ni todo el amor, ni todo el dinero”.
Totalmente positivo o la negación de lo negativo	Se identifica reflejado en expresiones que tienden a expresar extremos en la valoración.	“todo el mundo”, “nadie”.
Extremadamente idealizado	Se observa en donde la expectativa no concuerda con las posibilidades reales.	“debería”, “ellos deberían”.
Extremadamente exigente	Se presenta en donde se demanda perfección y más de lo que se puede o tiene.	“debo ser perfecto”, “tengo que”, “deberían”, “debería”.
Obsesivo	Se puede encontrar en donde los pensamientos se tornan repetitivos y demandantes hasta resolverlos en actos.	“necesito hacerlo así”, “no esta bien, no debe ser así, no puede ser así.....”.

La **ansiedad perturbadora o ansiedad de estar ansiosa**, tiene lugar cuando las personas piensan que su comodidad o su vida está amenazada, que deben o tienen que conseguir lo que quieren, que es terrible o muy malo, más que simplemente incómodo y desventajoso, cuando no consiguen lo que deben o tienen que conseguir. Esta ansiedad la identificamos cuando estamos "nerviosos" porque nos vamos a poner "nerviosos" o nos van a ganar los "nervios", de manera que ya no son los nervios originales, sino los fabricados por nuestra mente que nos dice que eso es terrible.

La ansiedad perturbadora estorba para enfrentar sanamente nuestros temores, nos predispone a la retirada en lugar de enfrentar lo que se nos presenta.

2.5 El Modelo psicoterapéutico del "ABC DE"

La TREC desde su inicio fue concebida como una terapia breve y profunda. Ellis (1996) la propone una terapia breve ya que afirma que un buen porcentaje de personas pueden aprender teoría del trastorno humano, aprender a identificar sus evaluaciones erróneas y comenzar la "destrastornalización". La teoría del ABC puede aprenderse fácilmente. La TREC es una terapia activo-directiva pues el terapeuta es persistente en ayudar al cambio de la manera más rápida posible además de ayudar a la persona a lograr sus metas y a pesar de que la TREC no cambia aspectos de la herencia, sí puede provocar cambios frecuentemente significativos y filosofías sanas y no frustrantes por medio del cambio de las creencias disfuncionales.

En promedio el número de sesiones varía de 15 a 20 sesiones cuando las personas no presentan trastornos de origen biológico, en donde las sesiones se pueden incrementar pero aún así es posible llegar a lograr que estas personas con trastorno disminuyan significativamente sus problemas y puedan tener una vida cotidiana con menos susceptibilidad a los problemas

La TREC además de breve, se propone como una terapia profunda ya que propone que para en realidad sentir, actuar y estar mejor se debe

abandonar el rígido y “grandioso sistema de obligaciones e imperativos” al que se está habituado y que forma parte del diario vivir (Ellis y Grieger, 1981b), para lograrlo la TREC ayuda a las personas a ser más capaces de ver y eliminar las creencias auto-derrotistas: personalizaciones, auto-desaprobaciones, sentimientos catastróficos y sobregeneralizaciones, mostrando que detrás de las creencias ilógicas y disfuncionales -o aquellas razonadas de forma absolutamente antiempírica- se esconden imposiciones de tipo absolutista que deben hallarse y modificarse. Ayuda a las personas a dejar progresivamente su inflexibilidad, mostrándole varios caminos a seguir y estimulándole a encontrarse a sí misma pues se apoya en la afirmación de que la elección ampliada y flexible es una de las esencias de la salud emocional.

La TREC promueve el abandono de la molestias y trastornos presentes tomando “una actitud decididamente antiforzante y anticatastrófista” (Ellis, 1996; p. 129) que llevará a las personas a ser menos susceptibles al trastorno en el presente y futuro por medio de múltiples métodos cognitivos, emocionales y conductuales, enseñando a emplearlos de forma persistente y firme (Ellis, 1996) hasta que automáticamente se responda racionalmente.

La TREC alerta a las personas de la posibilidad constante de la recaídas ya que como antes se mencionó el ser humano tiene la tendencia a pensar distorsionadamente y ha autovictimizarse, además de desear el mínimo de dolor y máximo de placer; es por esto que proporciona herramientas para que la persona se mantenga dentro de los pensamientos racionales los cuales refuerza periódicamente y enfatiza la importancia de su práctica constante y permanente.

2.5.1 El Debate (discusión) en la TREC.

Para ayudar a las personas al cambio Ellis (Caballo, Ellis y Lega, 1997) se centra en la modificación de las creencias irracionales por medio del **debate filosófico y del debate empírico**; aunque reconoce que el solo hecho de que la persona identifique las B hace posible una modificación inicial.

Ellis (1996) añade una letra **D** y una **E** al ABC: El terapeuta debe **disputar (D)** las creencias irracionales, de manera que posteriormente y progresivamente la persona pueda disfrutar de los **Efectos psicológicos positivos (E)** de ideas racionales. Por ejemplo, "una persona deprimida se siente triste y sola dado que equivocadamente o erróneamente piensa que es inadecuada y abandonada". En la actualidad una persona depresiva puede funcionar tan bien como una no depresiva, por lo que el terapeuta debe demostrarle sus éxitos y atacar la creencia de inadecuación, más que dirigirse rápidamente sobre el síntoma en sí mismo.

Para complementar esta modificación incluye las **P o Planteamientos y las E o Efectos** o nuevas filosofías, emociones o **conductas Efectivas**, que definió inicialmente como aquellas respuestas que las personas daban al descubrir sus creencias disfuncionales, sus muestras de superación o de lucha contra ellas y el proceso de adquisición y establecimiento de nuevas filosofías de vida y acciones más saludables (Caballo, Ellis y Lega, 1997 y Ellis, 1996).

Los **P o planteamientos** de las personas ante las creencias disfuncionales pueden ser en su mayor parte cognitivas, pero para conseguir mejores resultados, se debe incluir una buena medida de disputa emocional, las personas pueden ser capaces de cuestionar y superar "enérgicamente" sus creencias irracionales; para ello la TREC proporciona el uso técnicas cognitivas, de expresión emocional y de modificación de conducta.

Para ayudar a las personas al cambio, la TREC se centra en el cambio de las creencias irracionales por medio del uso del **método lógico-empírico** que consiste en cuestionar, poner en tela de juicio usando el debate lógico y el debate empírico. En el **debate lógico** se trata de poner en evidencia la falta de lógica en nuestros razonamientos, revisando si las afirmaciones que hacemos son coherentes así como sus conclusiones, suele emplear las siguientes preguntas: **¿Es lógico lo que está diciendo? ¿Tiene suficiente coherencia esta forma de pensar?.**

En el **debate empírico** se trata de comprobar la realidad de las afirmaciones o creencias que mantenemos contrastándolas con la

probabilidad de ocurrencia en la realidad. De la misma manera se cuestionan los beneficios o perjuicios que obtenemos si seguimos manteniendo nuestras creencias irracionales, suele emplear las siguientes preguntas: **¿Qué prueban los datos? ¿Cuál es la probabilidad de ocurrencia?, ¿Qué resultados se obtienen: emocionales y conductuales de seguir manteniendo esta creencia?.** . En el trabajo de debate lógico-empírico, para lograr la modificación de creencias erróneas en la TREC, con frecuencia se usan **Palabras "fuertes"** (confrontadoras) muy expresivas e impregnadas de emoción, incluyendo groserías si es necesario.

Otras técnicas empleadas como auxiliares en la consolidación del cambio de creencias son las **Afirmaciones de afrontamiento** que favorecen en la persona la decisión de cambio de ideas y posteriormente de acciones; si el terapeuta puede hacer que los pacientes empleen las palabras y frases emocionales correctas consigo mismos o bien, por lo menos les muestra como pelear con ellas, con frecuencia les ayudará a superar sus problemas "psicológicos". Además del uso de palabras más racionales o confrontadoras la TREC emplea varios métodos muy emotivos y dramáticos para la confrontación. Emplea con éxito el **Pensamiento Positivo** o la **Autosugestión** que ayuda a las personas a que sobrepongan a sus "males" y se sientan mucho mejor además de que a veces terminarán comprobando que pueden vivir con felicidad, ya sea que fracasen o no o que encaren condiciones desagradables en su vida

La TREC emplea también la **Interrelación de Defensas** como posibilidad de tratar a las personas resistentes y ofensivas, permite confrontarlos rápidamente y hacerles ver que tienen síntomas que están negando obstinadamente. El uso de la **Presentación de elecciones Alternativas** ayuda a la persona a darse cuenta de que a pesar de que tenemos fuertes predisposiciones a alterarnos sin importar en qué condiciones en que se haya educado, también posee un amplio grado de elección y libre albedrío y puede, aunque con mucho trabajo y mucha práctica, determinar como sentirse y actuar en el presente.

La TREC emplea frecuentemente la **Precisión semántica** como una herramienta siguiendo de cerca las formas de pensamiento imprecisas, exageradas y demasiado generalizadas de las personas, y sin condenarlas, las corrige amablemente y las estimula a la **Auto-corrección** para facilitar el aprendizaje de forma clara y racional. Enseña el uso **Autoafirmaciones dialécticas y Filosofías racionales** para lograr que las personas sean capaces de aplicar la auto-discusión mental que les va a llevar a sentirse más dueñas de sí mismas y aunque para muchas personas esto puede tardar en asimilarse y aplicarse, no por eso deja de ser efectivo.

La terapia de **Reatribución** es otra estrategia empleada por la TREC ya que las personas frecuentemente tendemos a atribuir motivos, razones y causas a los actos de los demás, a los sucesos externos y a los estados internos, de tal forma que Ellis (Ellis y Abrahams, 1987) recomienda que cuando las personas se quejen de que alguien les hace algo o de que las condiciones están dispuestas para que sufran indebidamente, revise esta situación pues es muy posible que esté haciendo suposiciones infundadas y si es así, debe trabajar buscando modificar esas atribuciones promoviendo el ejercicio práctico para solucionar sus quejas.

Como complementos, se emplean los **Métodos de distracción** también llamados de **Inhibición recíproca** propuestos por Wolpe (Caballo, 1995; Wolpe, 1993) pueden usarse para que las personas se aparten de su ansiedad y lleguen a sentir un buen nivel de control en estas emociones. Ellis (1996) sugiere el uso de varias clases de distracciones cognitivas para emplearlas como respiros temporales cuando la ansiedad se vuelve abrumadora, además se pueden emplear los métodos de imaginar y de fantasear como la **Imaginación racional** que se proponen en la TREC en donde se induce a las personas a encarar encubiertamente a personas y acontecimientos significativos y los afronten parcialmente para que se den cuenta que no son en realidad tan terribles y desagradables como piensan.

En la práctica del pensamiento racional los **Ejercicios de ataque a la vergüenza** permiten la exposición para la modificación de creencias irracionales, principalmente en torno a la necesidad de aprobación de los

demás; el empleo del **Humor** y las **canciones de Humor racional** son herramientas eficaces y motivacionales de afrontamiento al cambio que buscan ayudar a las personas a tener responsabilidad sobre sus propios trastornos y a no evadirlos justificándose con lo que otros les hacen o lo que sus enfermedades les provocan. Aunado a estas técnicas también puede emplearse la **Intención paradójica** que emplea cuestionamientos irónicos al respecto de lo que las personas se quejan, además esta técnica puede ayudarles a incrementar su autoaceptación incondicional refiriéndoles humorística y paradójicamente “lo horribles y malas personas que son” por cometer errores o incumplir sus propios deseos, con el sentido del humor también se pueden atacar las exigencias y demandas de absoluta certidumbre de las personas.

La TREC emplea técnicas conductuales de apoyo en la modificación de las creencias irracionales y la apropiación de las creencias racionales y su filosofía. Las más empleadas son la **Exposición** que permite la confrontación y evaluación directa de los pensamientos, los **Juegos de cambio de roles** que permiten ensayar diferentes habilidades de respuestas racionales, el uso de **Reforzadores y Castigos** para incrementar o reducir los comportamientos, además del empleo de **Autoinstrucciones** que se emplean para que la persona dirija su conducta con eficacia describiéndose a sí misma paso a paso lo que debe hacer, y el empleo de la **Relajación** que consiste en dirigir a la persona hacia un estado corporal en el que los músculos se encuentren sin tensión y en reposo además de lograr que conscientemente y voluntariamente logre despejar sus pensamientos y con ello sus emociones. Existen distintas propuestas de técnicas y estrategias de relajación empleadas de acuerdo a la necesidad y accesibilidad de los participantes.

2.5.2 Dificultades en el proceso de cambio.

La TREC promueve en la personas la toma de conciencia de que aún cuando fracasen, nunca son personas despreciables, sino sólo personas que hasta ahora no han tenido éxito, y que el fracaso les hará mucho más capaces de practicar de nuevo las tareas, se insiste en que es preferible y

sano recordar que las cosas nunca son absolutamente importantes sino solo importantes.

Con algunas personas resultará difícil detectar las creencias que subyacen a sus emociones porque generalmente han justificado sus actos por las emociones no por las evaluaciones cognitivas.

En los procedimientos que Ellis propone para el abordaje progresivo y eficaz para la modificación de creencias irracionales en quienes presentan mayor dificultad para el insight se recomienda escuchar de forma atenta los principales problemas que le presentan sus clientes y posteriormente colocarlos bajo la óptica de ABC comenzando por las emociones y conductas (C), pasa prácticamente a forzarles a tomar conocimientos de cuál es el problema concreto a nivel emocional y conductual. Posteriormente se sugiere considerar sus sentimientos negativos saludables o de autoayuda como el pesar, decepción, frustración o enfado, ante las adversidades que presentan en su vida (A). Resumiendo hay que atender primero en los sentimientos saludables de la persona como la frustración y decepción y luego ir más allá de ellos para descubrir los sentimientos inadecuados como lo son la ira, resentimiento o baja tolerancia a la frustración.

En muchas ocasiones, ante la resistencia del participante convendrá atacar directamente preguntándole en ese momento sobre sus otros sentimientos más extremos, perturbados o inadecuados y pasar a ayudarlo a tomar conciencia de su sentimiento real. Se le puede preguntar ¿Qué se dice a usted mismo (a) cuando piensa acerca de.....? ¿Cómo se siente estando.....? ¿Qué le viene a la mente cuando piensa acerca de la posibilidad de?. Sin embargo, cuando se percibe mucha resistencia para que el participante tome conciencia de su A, se emplean los planteamientos con sus B acerca de su absoluta necesidad de...en perfectas condiciones y con.....determinados requisitos exigentes para finalmente cambiarlas por preferencias en lugar de exigencias arrogantes, añadiéndole nuevas y Efectivas filosofías, emociones y conductas (E).

Si la persona se resiste a admitir el sentimiento inadecuado, Ellis (Ellis y Abrahams, 1987) propone tratar de demostrarle que puede perfectamente sentirse frustrado o enojado por las situaciones, lo cual es muy humano, la frustración es algo normal y hasta saludable y no requiere psicoterapia por eso. Si aún así se resiste a admitir su sentimiento inadecuado, entonces es conveniente considerar que hay algo más que le trastorna y se deben indagar los sentimientos inadecuados y cómo los califica para detectar la creencia irracional de fondo y poder debatirla.

La TREC intenta un cambio profundo, y busca hasta la raíz de las creencias irracionales lo más rápidamente posible, pero no por eso superficial en aquellos problemas arraigados, para hacerlo, es conveniente considerar las desventajas de indagar muy aprisa como el hecho de que puede asustar a aquellas personas que están a la defensiva y que son de naturaleza asustadizos; puede animar a algunas personas a inventar o a exagerar sus problemas profundos; en algunos puede sacar a la luz (especialmente con personas que presentan trastornos graves) aspectos serios a los que no les resulta nada fácil enfrentarse y que por lo general es más conveniente dejar escondidos; puede plantear como son susceptibles de revisión y tratamiento aspectos en los que el terapeuta este más interesado en trabajar que la persona. Al respecto de la posibilidad de no trabajar dichos aspectos Ellis (1996) comenta que a la larga el no trabajarlos conduce hacia un tipo de terapia mas pobre y superficial, y a veces hace más mal que bien, por lo que es conveniente tomar en consideración las ventajas a corto y a largo plazo que conlleva buscar y trabajar con los problemas profundos junto con la persona a quien se dirige la terapia.

Al principio la TREC trata de centrarse principalmente y en mayor grado en los problemas emocionales que las personas presentan respecto a sus problemas prácticos y sólo en emergencias, la opción de la TREC consiste en enfrentarse primero a las perturbaciones "emocionales" y, mientras esto se va dando, trabajar a la vez con sus dificultades "prácticas".

Finalmente, durante el trabajo terapéutico es común que las personas experimenten desmotivación al descubrir que el cambio de filosofía de vida y sus consecuentes creencias irracionales es más difícil de lo que pensaban, por ello Ellis (Ellis y Abrahams, 1996) recomienda mostrar que todos tenemos ejecuciones que son deficientes y que se preferiría que fuesen mejores, pero que no tienen necesariamente que hacerlo, es algo que se les sugiere y que si no lo hacen no se convierten en personas despreciables por negarse a seguirlo. También resulta favorecedor el discutir las fallas del participante con él mismo, enfatizándole el ver las dificultades meramente como problemas a resolver para su propio bien más que para prestigio de la profesión psicológica. Conviene que el terapeuta repita pacientemente las instrucciones al participante y lo haga en un tono que revele su confianza en que es capaz de cumplir dichas instrucciones pronta y apropiadamente, que se abstenga de regañarlos cuando fracasan de forma significativa, siendo firme más que inflexible. Recomienda mostrarle a los participantes cómo centrarse en los puntos buenos así como en los malos, y que es bueno (ventajoso) que tengan características buenas, pero que eso no los convierte en buenas personas, así como el indicarles que simpatiza con ellos en el sentido de que preferiría que tuvieran éxito, pero no es una exigencia personal y que sólo se sentirá molesto pero no los regañará si ellos mismos no lo hacen, así como el demostrarles que usted está razonablemente seguro de que ellos tienen más capacidad de la que creen tener a la par que se les promueve la aceptación de todas las personas, incluyéndose a sí mismos, con sus fallas y errores.

CAPITULO 3: DISEÑO DEL PROYECTO.

Al tomar en cuenta la necesidad de una atención psicológica dentro de un grupo multidisciplinario especializado para los pacientes que presentan una influencia directa entre la ansiedad que incrementa la tonicidad muscular la cual es descargada en la zona Temporomandibular y en algunos casos se extiende a cabeza, cuello y hombros ocasionando SDM, Se parte de la preguntas:

¿La modificación de las evaluaciones que realizan los adultos sobre las situaciones puede disminuir el nivel de ansiedad que experimentan?

¿La disminución de ansiedad puede provocar la disminución de los niveles subjetivo de dolor en la zona temporomandibular que experimentan los adultos entre 18 y 65 años con SDM y DTM?

Con estas preguntas se definen dos planteamientos principales sobre las que se apoya la propuesta de intervención:

La modificación de las principales creencias irracionales en los participantes provoca la disminución progresiva de la respuesta ansiosa.

La disminución de la respuesta ansiosa *tiene* como consecuencia una mejoría sintomática y física en la zona temporomandibular en las personas con SDM y DTM.

Entonces, esto significa que la disminución de la respuesta ansiosa, como consecuencia de la modificación de las actitudes evaluadoras de las personas sobre sí mismas, sobre los demás y sobre su entorno, les hace más capaces de manejar adecuadamente sus respuestas emocionales y conductuales.

Buscando la corroboración de éstas hipótesis se plantea como objetivo la validación de la propuesta de intervención correctiva titulada INTERVENCION PARA ADULTOS CON SINDROME DOLOROSO MIOFACIAL DESDE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL que busca modificar los esquemas cognitivos erróneos que propician el incremento de ansiedad y que aumentan la propensión a problemas del SDM en los adultos entre 18 y 65 años.

3.1 Método.

3.1.1 Participantes:

Hombres y mujeres de 18 a 65 años que presentan SDM o DTM. Se invitó a todos los pacientes que solicitaron consulta psicológica con el diagnóstico de SDM o de DTM a participar en la propuesta, se les explicaron los beneficios y las implicaciones en tiempo. Se inició la intervención con 6 personas (5 mujeres y 1 hombre) que acudieron a consulta canalizados por los cirujanos maxilofaciales: 5 de ellos diagnosticados con SDM y una mujer con disfunción temporomandibular de los cuales solo 4, diagnosticados con SDM, continuaron con las 13 sesiones. Las dos personas que se retiraron fueron: el hombre de 28 años casado con un hijo, diagnosticado con SDM, el cual dejó de acudir a partir de la segunda sesión por razones económicas y laborales; y una mujer de 43 años, soltera, sin hijos, con antecedentes de frecuentes crisis de ausencia, depresión mayor y problemas de tipo hormonal, que aún presentaba inestabilidad en sus respuestas, lo que implicaba necesidades de especial atención por parte del neurólogo y psiquiatra; al revisar su proceso psicoterapéutico (iniciado desde 3 años atrás) decidió regresar con su terapeuta anterior.

La propuesta de tratamiento se aplicó a cuatro casos, todos de sexo femenino: una mujer de 54 años separada con 11 hijos, una mujer de 38 años casada con 3 hijos, una mujer de 37 años casada con 3 hijos y una mujer de 30 años casada con 2 hijos, todas amas de casa con escolaridades de primaria, secundaria, preparatoria y carrera trunca respectivamente.

3.1.1.1 Criterios de inclusión:

Hombres y mujeres entre 18 y 65 años diagnosticadas por cirujanos maxilofaciales con SDM o con DTM, canalizadas al servicio de psicología del CHMH.

3.1.1.2 Criterios de exclusión:

Hombres y mujeres fuera de los rangos de edad y/o con Trastornos en la Articulación Temporomandibular con origen traumático o anatómico, pacientes que presentan problemas de artritis o artralgiás que aunque

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pueden beneficiarse de esta intervención su problemática implicaría otro tipo de valoraciones y condiciones; pacientes con trastornos neurológicos o psiquiátricos, que aún no tengan una respuesta estable al tratamiento médico y que esto les impida tomar psicoterapia (por ejemplo con crisis epilépticas, esquizofrenia, trastornos por estrés postraumáticos).

3.1.2 Instrumentos y técnicas empleadas en la intervención.

3.1.2.1 Irrationals Beliefs Test (IBT) o bien Test de Actitudes y Creencias Irracionales (Burgess, 1990). El ABT se basa en el concepto central de que existe un grupo de procesos que interactúa con un grupo de temas generales o contenidos, y ya que resultaba necesaria su medición de forma independiente para posteriormente estudiar sus posibles interacciones, se separaron en dos dimensiones, la primera, que revisaba las características del pensamiento, denominadas "proceso", que incluyen exigencia y sus sub-derivados: tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación o evaluación global, y la segunda en donde se enfatizaban los temas generales o subobjetivos, denominados "contenido", donde se diferencian la ansiedad del ego de la ansiedad situacional, y que incluyen aprobación, éxito y comodidad (Lega, Caballo y Ellis, 1997). Para la calificación del Test de Creencias Irracionales (ABT) se adaptó la parte interpretativa debido a que los baremos que se encontraron de la prueba correspondían a una población con distintas características por lo que se decidió tomar en cuenta los porcentajes de respuesta identificando los ítems que correspondía a cada creencia errónea o consecuencia emocional y/o conductual elegida por las participantes. La prueba puede conseguirse por vía Internet o bien en la bibliografía de referencia ya mencionada.

3.1.2.2 Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger (STAI): Este cuestionario surge de la teoría general del rasgo muy difundida en la modificación de conducta elaborado en su primer versión por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970 (Spielberg, 1975). Este cuestionario permite evaluar la ansiedad a dos niveles: la ansiedad rasgo y la ansiedad estado. La ansiedad estado esta entendida como un estado o

condición provisional del organismo caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como una sobre activación del sistema nervioso autónomo; la ansiedad rasgo es considerada como una propensión ansiosa de los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como potencialmente amenazadoras y, en consecuencia, esto puede elevar su ansiedad estado. Es un cuestionario de rápida aplicación y corrección (en promedio 20 minutos). Presenta una favorable fiabilidad y validez obtenidos en diversos estudios transculturales del mismo. Con una confiabilidad de 0,90 a 0,93 en la ansiedad estado y de 0,84 a 0,87 en la ansiedad rasgo en la aplicación a población española. Suele recomendarse en el abordaje de pacientes con problemas dentales con la finalidad de identificar fácilmente a las personas que podrían beneficiarse de una terapia de relajación que inhiba su respuesta ansiosa ante el tratamiento dental. Considerando los objetivos de evaluación perseguidos se decidió tomar en cuenta el puntaje obtenido apoyándose en los baremos españoles. Para mayor información la prueba esta disponible para su compra en librerías autorizadas para la venta de material psicométrico y para su consulta en la testoteca del departamento de Psicología de la UAA.

Se eligió esta prueba tomando en cuenta el nivel de comprensión y accesibilidad que tendrían los participantes a responderla.

3.1.2.3 Escala de Evaluación de la Ansiedad de Hamilton (HAM-A): Esta prueba se emplea frecuentemente en el ámbito de psicología y psiquiatría clínica además de otras áreas médicas como las de cardiología, gastroenterología y reumatología, entre otras. Este instrumento se encuentra traducido en español. En el ámbito psiquiátrico se ha empleado para evaluar la ansiedad del trastorno de pánico. Ha sido muy utilizada para valorar la severidad de los trastornos de ansiedad y de somatización. El intervalo de tiempo que debe de transcurrir entre una aplicación y la siguiente es de 72 horas de manera que sea sensible al cambio. La confiabilidad de esta escala es del 80% entre observadores. La validez interna del instrumento indica que contiene dos dimensiones, la de ansiedad psíquica y la somática evaluando la presencia o ausencia de síntomas físicos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y la intensidad en 4 grados de acuerdo a la percepción subjetiva de la persona. Por otro lado, la validez de concepto es obtenida por medio del análisis factorial que apoya la idea de la presencia de un factor psicológico y otro somático. La Escala consta de 14 grupos de síntomas. Cada grupo de síntomas originalmente se califica del 0 al 4. En la adaptación a los adultos a evaluar con SDM se omite la calificación 4 por representar síntoma discapacitante o grave, dejando la evaluación de los 14 grupos de síntomas con la siguiente escala:

- 0 equivale a síntoma ausente.
- 1 equivale a síntoma leve.
- 2 equivale a síntoma moderado.
- 3 equivale a síntoma fuerte o severo

Para esta propuesta de intervención se vio necesario especificación de cada indicador de los grupos de síntomas y se eliminó la puntuación 4 (equivalente a grave o totalmente incapacitado) por no ser aplicable a las circunstancias de los participantes.

Los grupos de síntomas y sus indicadores son los siguientes:

- Síntomas de Estado ansioso (EA)
- Síntomas de Tensión (ST)
- Síntomas de Miedo (SM)
- Síntomas de Insomnio (SI)
- Síntomas Depresivos (SD)
- Síntomas de alteración cognitiva (SAC)
- Síntomas somato musculares (SSM),
- Síntomas somato sensoriales (SSS)
- Síntomas del sistema nervioso vegetativo (SSNV)
- Síntomas cardiacos (SC).
- Síntomas gástricos (SG)
- Síntomas del aparato genitourinario (SGU)
- Conductas en las sesiones (CE):

3.1.2.4 Escala Subjetiva de Dolor y Escala Subjetiva de Ansiedad experimentado por el participante en cada sesión que es

valorada en una escala del 0 al 10 siendo el 0 ausente y 10 el más intenso en referencia a experiencias anteriores de la persona respecto al dolor y a la ansiedad. Para la Escala subjetiva de dolor y escala subjetiva de ansiedad se graficó el puntaje promedio de la semana promediado a partir de los datos que proporcionó el participante en cada sesión y se anotó con sus observaciones en la tabla elaborada para esto.

En el manejo de la información obtenida de la Lista Cotejable de verbalizaciones irracionales se tomaron en cuenta por medio del registro de presencia-ausencia en el transcurso de la sesión. Puede observarse la escala en el apéndice 5.

3.1.2.5 Lista Cotejable de verbalizaciones irracionales: que permite revisar la presencia o la ausencia de verbalizaciones que indiquen pensamientos irracionales y su modificación durante el proceso; esta lista está formada por las verbalizaciones que los teóricos de la TREC ya han detectado y que frecuentemente son empleadas por las personas, y otra sección, en la que se anotan las verbalizaciones propias del participante que manifiestan sus conjunto de pensamientos irracionales o bien racionales. La Lista cotejable se encuentra en el apéndice 5.

3.1.2.6 Observaciones durante las sesiones: Se apoya en una tabla de referencia en donde se anotan los indicadores verbales y no verbales observados y que son referentes a la presencia o ausencia de cambios que se comentan y se presentan durante el proceso de la intervención y que son empleadas para complementar y corroborar lo obtenido con los demás instrumentos. Se anotan y analizan de forma cualitativa con cada participante en la sesión y entre sesiones, se toman en cuenta los cambios significativos que el participante evidenció verbal y no verbalmente durante la intervención. La tabla de referencia se encuentra en el apéndice 6.

3.1.3 Material elaborado para emplear en las sesiones.

Tomando en cuenta dichas características socioeconómicas-culturales se enfatizó el ajuste a éstas en la elaboración del material y las actividades

propuestas para las sesiones así como las tareas para casa. El material empleado fue el siguiente:

3.1.3.1 Folletos informativos que se proporcionan al paciente para que los lea en casa y cuyo contenido hace referencia a los diferentes temas a tratar en las sesiones, se presentan en color beige y se entregan al término de la sesión previa a la sesión en que serán utilizados, dándose le indicación que los lea con el objetivo de preparar al participante en el siguiente tema a tratar, generar interés y posteriormente lograr incrementar el refuerzo de sus aprendizajes, en total son 9 folletos, los que a continuación se mencionan:

Folletos informativos No. 1. La Terapia Racional Emotivo-Conductual.

Folletos informativos No. 2: Las creencias racionales e irracionales.

Folletos informativos No. 3: Autocondena y ansiedad perturbadora

Folletos informativos No. 4: emociones apropiadas e inapropiadas.

Folletos informativos No. 5: Cómo reconocer el pensamiento irracional.

Folletos informativos No. 6: Afrontamiento y ataque de nuestras creencias irracionales.

Folletos informativos No. 7: Actitudes que la TREC promueve en las personas.

Folletos informativos No. 8: Cómo incrementar la automotivación.

Folletos informativos No. 9: Cómo establecer límites sanos.

Para mayor precisión y detalle de los contenidos, éstos pueden ser revisados en el apéndice 1.

3.1.3.2 Material ilustrado el cual consiste en láminas tamaño carta en color azul claro, en donde se resume de manera breve y sencilla el tema a tratar durante las sesiones, las cuales son presentadas por el terapeuta al paciente de manera simultánea a la explicación del tema referido o bien, al momento de recordar este mismo tema en sesiones posteriores. Dicho material se ofrece al paciente para que se lleve a casa, en caso de que así lo requiera. Se reúne en secuencia en una carpeta especial para el terapeuta, cuyo objetivo es el facilitar la adquisición de las bases de la TREC y para que

además permita clarificar y reforzar lo aprendido durante las sesiones, en total son 35 láminas, cuyos títulos se mencionan a continuación:

Material ilustrativo No. 1a: Terapia Racional Emotivo-Conductual.

Material ilustrativo No. 1b: Terapia Racional Emotivo-Conductual.

Material ilustrativo No. 1c: Mecanismo del ABC.

Material ilustrativo No. 2a: Mi DTM y la TREC.

Material ilustrativo No. 2b: Esquema de mi mecanismo de respuesta.

Material ilustrativo No. 3a: Creencias irracionales.

Material ilustrativo No. 3b: Creencias irracionales.

Material ilustrativo No. 3c: 11 Creencias Irracionales.

Material ilustrativo No. 3d: 11 Creencias Irracionales.

Material ilustrativo No. 3e: 11 Creencias Irracionales.

Material ilustrativo No. 3f: 11 Creencias Irracionales.

Material ilustrativo No. 3g: 11 Creencias Irracionales.

Material ilustrativo No. 4a: Emociones apropiadas e inapropiadas.

Material ilustrativo No. 4b: Consecuencias de la creencias irracionales.

Material ilustrativo No. 4c: Ansiedad.

Material ilustrativo No. 4d: Ansiedad del yo.

Material ilustrativo No. 4e: Ansiedad perturbadora.

Material ilustrativo No. 4f: Recomendaciones para disminuir la
respuesta ansiosa.

Material ilustrativo No. 4g: Recomendaciones para disminuir la
respuesta ansiosa.

Material ilustrativo No. 5a: Debate lógico-empírico.

Material ilustrativo No. 5b: Esquema ABCDE.

Material ilustrativo No. 5c: Esquema ABCDE.

Material ilustrativo No. 6a: Pensamiento Racional.

Material ilustrativo No. 6b: Pensamiento Racional.

Material ilustrativo No. 6c: Pensamiento Racional.

Material ilustrativo No. 6d: Pensamiento Racional y autoafirmación
positiva.

Material ilustrativo No. 7: Metas y valores.

Material ilustrativo No. 8a: Incrementar su automotivación.

Material ilustrativo No. 8b: Incrementar su automotivación.

Material ilustrativo No. 8c: Guía para solucionar problemas.

Material ilustrativo No. 9a: Habilidades de afrontamiento: Tomar decisiones.

Material ilustrativo No. 9b: Habilidades de afrontamiento: Tomar decisiones.

Material ilustrativo No.10a: Habilidades de afrontamiento: poner límites.

Material ilustrativo No.10b: Habilidades de afrontamiento: poner límites.

Material ilustrativo No. 10c: Consejos para poner límites sanos.

Para mayor precisión y detalle de los contenidos, éstos pueden ser revisados en el apéndice 2.

3.1.2.3 Formatos de tareas para casa, donde se presenta el tema visto en la sesión describiendo de forma accesible y sencilla el tema tratado, en ellos se describen además los usos que le pueden dar en su casa así como las instrucciones de su realización para guiar y facilitar la ejecución de las tareas. Estos formatos son adaptados a las necesidades y niveles de comprensión de los participantes. Su objetivo es reforzar el conocimiento adquirido durante la sesión y principalmente, el que se promueva la puesta en práctica de lo aprendido (recuérdese que esta es una característica esencial del modelo). Se presentan en color verde, están secuenciadas conforme a las sesiones a las que pertenecen, en total son 11 formatos, cuyos títulos se presentan a continuación:

Formatos de tareas para casa No. 1: Aplicación del ABC de la TREC.

Formatos de tareas para casa No. 2: Creencias racionales e irracionales.

Formatos de tareas para casa No. 3: Identificación de ansiedad perturbadora.

Formatos de tareas para casa No. 4: Identificación de creencias irracionales en la vida cotidiana.

Formatos de tareas para casa No. 5: Evaluación de las creencias irracionales y sus consecuencias.

Formatos de tareas para casa No. 6: Hoja de autoevaluación de afrontamientos.

Formatos de tareas para casa No. 7: El ABC de la TREC aplicada a mi vida.

Formatos de tareas para casa No. 8: Ejercitar Toma de decisiones.

Formatos de tareas para casa No. 9: Ejercitar Solución de problemas.

Formatos de tareas para casa No. 10a: Ejercitar nuevos límites.

Formatos de tareas para casa No. 10b: ejercitar establecimiento sano de límites.

Para mayor precisión y detalle de los contenidos, éstos pueden ser revisados en el apéndice 3.

3.1.2.4 Folder tipo Fichero, tomando en cuenta la necesidad de propiciar los hábitos de orden, revisión y repaso de lo aprendido en las sesiones y facilitar las tareas en casa, así como un manejo accesible por parte de los pacientes para que tengan a la mano todo el material en su casa, se le proporciona al participante este Folder para que conserve su material junto, en secuencia y a la mano. Este folder tiene tres separadores principales que tienen los colores beige, azul cielo y verde claro, correspondientes a los Folletos informativo, Material ilustrativo y Formatos de tareas para casa respectivamente.

3.1.2.5 Material empleado en los **Momentos psicoeducativos**, en estos momentos denominados así dado que su objetivo principal era el desarrollar habilidades básicas en los pacientes en el manejo para la Toma de decisiones, para la Solución de problemas y para Establecer límites sanos, debido a las necesidades expresadas por cada una de las participantes así como para la consolidación de las tareas de casa relativas a la exposición, lo facilitaría la modificar de las creencias irracionales. El material empleado para estos objetivos estuvo basado en las propuestas de intervención de Caballo (1995); Lega, Caballo y Ellis (1997) y Lyddon, y Jones (2002).

Se utilizan a partir de la sesión 9 hasta la última sesión. Se hace referencia de este material en los contenidos del Material Ilustrado, Tareas para Casa y Folletos informativos en forma de guías de acción.

3.2 Propuesta de intervención.

El diseño elegido para la propuesta de intervención es el de estudio de casos en donde aborda un caso en particular y se le da seguimiento individual, esto se eligió considerando que la intervención se propone en el marco de la atención multidisciplinaria en el ámbito clínico- hospitalario, con necesidades específicas de la población que atiende, la cual presenta escasos recursos económicos, escolaridad promedio de primaria, poco acceso a oportunidades de superación personal y de escasa a moderada formación cultural en su mayoría.

Desde el marco de referencia Cognitivo-Conductual, se plantea la necesidad de considerar el establecimiento de una Línea base (Diagnóstico) que sirva para poder constatar los cambios que se van propiciando a lo largo de la intervención y poder determinar si el tratamiento implementado está siendo efectivo o bien si son necesarias modificaciones en el mismo, sirve además para establecer comparaciones entre la fase de seguimiento y la línea base para determinar además los alcances respecto a la generalización y el mantenimiento de los resultados alcanzados.

Los recursos para realizar este proyecto fueron escasos así como el tiempo para la realización y presentación final de esta propuesta el cual también fué muy corto, por lo que la aplicación del proyecto no dió oportunidad a incluir otros participantes de sexo masculino.

3.2.1 La Evaluación en el proceso.

A diferencia de los modelos tradicionales de intervención psicológica, en donde la evaluación se refiere al momento inicial como una Fase Diagnóstica (dado que su finalidad es el establecimiento del Diagnóstico del paciente), para que posteriormente y con base el resultado obtenido se planteé el tratamiento psicológico más pertinente, seguido posteriormente

por la Fase de Intervención terapéutica y finalmente por la Fase de Seguimiento en ese orden, esta propuesta no sigue esa progresión lineal Diagnóstico-Tratamiento-Seguimiento, sino que estas fases aunque si están presentes, se encuentran compartiendo en muchos momentos espacios de una misma sesión, principalmente en lo que se refiere a el Diagnóstico-Tratamiento. Por otro lado, se busca realizar de forma más completa la evaluación, efectuando evaluaciones pre-intervención, intra-tratamiento y post-intervención, como una forma de evaluación continua que permita tener datos acerca de los participantes así como de la eficacia del proceso de intervención. A continuación se explica con mayor detalle la forma en que se realizó este aspecto:

Se realizaron dos formas generales de evaluación. La primera forma de evaluación consiste en la realización de tres evaluaciones a lo largo de la intervención: la primera evaluación efectuada en la pre-sesión, la segunda evaluación en la sesión 12, y la tercera evaluación en la sesión de seguimiento a un mes de finalizada la intervención.

La evaluación de la pre-sesión se realiza con tres pruebas que ya han demostrado su validez: Escala de ansiedad Estado y Rasgo (STAI), Escala de Ansiedad de Hamilton y Test de Creencias Irracionales de Burgess (IBT). La aplicación de estas pruebas persigue la finalidad de obtener indicadores precisos de los síntomas ansiosos, físicos, emocionales y conductuales de los participantes así como identificar las principales creencias irracionales que los participantes tienen.

La evaluación de la sesión 12, en donde se vuelven a re aplicar las escalas STAI, Hamilton e IBT a manera de posttest.

La Evaluación de Seguimiento, consistió en la re aplicación de las mismas escalas a un mes de finalizada la intervención y sin la realización de sesiones.

La segunda forma de evaluación consiste en la realización de evaluaciones continuas. En todas y cada una de las sesiones se evalúa la presencia de los indicadores físicos y fisiológicos de ansiedad (la adaptación de la Escala de Ansiedad de Hamilton) así como las autoevaluaciones de los

niveles subjetivos de dolor miofacial (NSD) y niveles subjetivos de ansiedad (NSA) de parte de los participantes. Además se anota la presencia de verbalizaciones irracionales y se toman en cuenta las observaciones de cambios verbales, físicos y conductuales durante toda la intervención con tabla de apoyo.

3.2.2 Proceso de la Intervención Correctiva.

Al igual que la forma de evaluar no sigue el esquema tradicional tampoco la intervención se realiza de la forma tradicional en donde primero se evalúa, luego se da el tratamiento y finalmente se revisan los resultados. La intervención en esta propuesta se efectúa desde la sesión 1 proporcionando un Folleto introductorio al participante desde la pre-sesión que servirá para introducir en la TREC, de manera que durante las dos primeras sesiones se efectúa a la par, el diagnóstico y la intervención desde la TREC, de esta manera se logra mantener el interés del participante en el tratamiento, ya que es muy común que se desespere en el tiempo que suele durar la etapa diagnóstica y deserte, además de agilizar sus cambios buscando mantener una terapia breve de acuerdo a las posibilidades y necesidades de los pacientes en el ámbito clínico-hospitalario.

El proceso de intervención psicológica general se presenta en la Tabla 3 en la siguiente hoja.

Como puede verse en la tabla 3, el proceso global planteado en mi Modelo de Intervención contempla las tres fases mencionadas con anterioridad, cada una con sus objetivos particulares, los cuales se describirán posteriormente con mayor detalle. Puede observarse en la misma tabla, como estas fases se fueron intercalando en las distintas sesiones de la manera no tradicional como ya se explicó anteriormente.

A.- Fase diagnóstica, la cual consiste en la evaluación inicial de el participante por medio de las pruebas ya señaladas y en la entrevista inicial para obtener un diagnóstico de su situación actual en relación con el SDM o la DTM. En esta fase se presenta la evaluación pretest y consta de un espacio para pre-sesión, llamada así porque el participante sólo acude a responder las pruebas sin realizar la entrevista diagnóstica y se realiza en

Tabla 3. Propuesta de intervención sintetizada.

sesión	Fase	Objetivo	Material Ilustrado	Folleto Informativo	Formato de tarea para casa
Pre-sesión	Diagnóstica	Evaluación Para línea base	No se emplea	Folleto informativo No. 1	No se Emplea
1 parte 1 1 parte 2	Diagnóstica y de Intervención	Evaluación de características de la participante Introducción a la TREC.	No. 1 a, 1b y 1c.	Folleto informativo No. 2: Introducción ala TREC.	No. 1: .El ABC de la TREC
2 parte 1 2 parte 2	Intervención y Diagnóstica	Mecanismo del ABC Esquema diagnóstico del participante	No. 1c, 2 a y 2b	Folleto informativo No. 3: Ansiedad perturbadora.	No. 2: Ansiedad perturbadora
3	Intervención	Identificación de Creencias Irracionales (C.I.)	No. 3ª, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g.	Folleto informativo No. 4: Emociones adecuada e inadecuadas	No. 3: Identificación de la c.i.
4	Intervención	Identificación de las consecuencias emocionales y conductuales de las C.I.	No. 3d, 3e, 3f, 3g. 4ª, 4b, 4c, 4d, 4e, 4f, 4g.	Folleto informativo No. 5: Cómo reconocer el pensamiento irracional	No. 4: Consecuencias emocionales y conductuales de la C.I.
5	Intervención	Debate de Creencias Irracionales	No. 5ª, 5b, 5c.	Folleto informativo No. 6: Afrontamiento y ataque de nuestras C.I.	No. 5: el ABCD de la TREC aplicada a mi vida
6	Intervención	Consecuencias de las C.I.	No. 6a, 6b, 6c, 6d.	Folleto informativo No. 7: Actitudes y valores que la TREC promueve en las personas.	No. 6: Afrontamiento y ataque a mis C.I.
7	Intervención	Ejercicio del debate. Identificación de la Filosofía de la TREC	No. 6b, 6c, 6d 7.	Folleto informativo No. 8: Cómo incrementar la automotivación.	No. 7 Práctica de las autoinstrucciones.
8	Intervención	Ejercicio del ABCD y E . Herramientas para Tomar decisiones	No. 6b, 6c, 6d 8a, 8b	Guía para solucionar problemas	No. 8: toma de decisiones.
9	Intervención	Ejercicio del ABCD y E y Herramientas para Solucionar Problemas	No. 9a, 9b	Folleto informativo No. 9: Cómo establecer límites sanos.	No. 9: Solución de problemas.
10	Intervención	Proporcionar herramientas para límites sanos I	No. 10a, 10b	Folleto del 1 al 9	No. 10a: Establecimiento de límites sanos en relaciones interpersonales
11	Intervención	Proporcionar herramientas para límites sanos II	No. 10a, 10b	Folleto del 1 al 9	No. 10b: Establecimiento de límites sanos en la familia
12	Intervención	Promoción del constante autodebate y experiencias directas	No. 7b, 7c y 8	Folleto del 1 al 9	Practica de las Autoinstrucciones.
13	Seguimiento	Evaluar mantenimiento de respuestas	No. 6a, 6b, 6c, 6d y 11		

otro lugar diferente al consultorio por razones de espacio para otras personas que solicitan el servicio de psicología. Aunado a la pre-sesión se

continúa la fase diagnóstica en la sesión 1 y 2 (la mitad de cada una de las sesiones). Los objetivos de las sesiones se presentan a continuación:

Diagnóstico inicial.

OBJETIVOS: Identificar al participante y su situación, así como efectuar un psicodiagnóstico racional-emotivo-conductual actual que permita delimitar su problemática y las características de sus respuestas ansiosas así como la identificación inicial de sus principales creencias irracionales.

Pre-sesión: EL participante será evaluado en las reacciones físicas y fisiológicas provocadas por su respuesta ansiosa, el nivel de ansiedad estado y ansiedad rasgo, el nivel subjetivo de dolor en área temporo-mandibular y las principales creencias irracionales que presenta por medio de instrumentos indicados, con el fin de establecer la pre-evaluación que sustituirá la línea base de trabajo terapéutico.

Sesión 1.- Primera parte de la sesión: Obtener los datos de identificación del participante, los motivos que le llevaron a presentar DTM, el problema o problemas que presenta y las características de su respuesta ansiosa (funcional y topográfica) cotidiana. **Segunda parte** de la sesión: Introducir al trabajo con la TREC que le lleve a identificar su situación de pensamientos-emociones y comportamientos.

Sesión 2.- Segunda parte de la sesión: Mostrar el esquema diagnóstico desde la TREC de su problema que le lleve a comprender su mecanismo de respuesta.

B.- Fase de Intervención, integrada por 12 sesiones. Las sesiones 1 a la 4, se realizan una vez por semana y en ellas se trabaja en la identificación de las creencias irracionales y su modificación, principalmente por medio de debates y afrontamientos directos en la vida diaria. A partir de la sesión 5 hasta la sesión 12, se realizan cada dos semanas de acuerdo a los objetivos de afrontamiento a manera de ejercicios prácticos haciendo

especial énfasis en el conocimiento y aplicación de herramientas que permitan desarrollar y afianzar en los participantes sus habilidades para la toma de decisiones, solución de problemas y establecimiento de límites. De manera más particular, de la sesión 5 a la 7 se busca modificar las creencias irracionales y de la sesión 8 a la 12 se enfatiza la aplicación de las habilidades adquiridas.

Parte 1 de la intervención.- Introducción a la TREC: Bases teóricas de la TREC.

OBJETIVOS: Proporcionar al participante el conocimiento básico de la TREC promoviendo con la práctica el insight racional- emotivo.

Sesión 1.- Segunda parte de la sesión: Introducir al trabajo con la TREC que le lleve a identificar su situación de pensamientos-emociones y comportamientos.

Sesión 2.-Primera parte de la sesión: Proporcionar al participante información acerca del mecanismo del ABC de la TREC y del mecanismo de la ansiedad perturbadora por medio de un ejemplo del mecanismo de creencias-ansiedad-SDM (somatización).

Sesión 3.-Verificar lo que la participante aprendió de la teoría del ABC, promover la importancia de la evaluación continua de la ansiedad perturbadora que haya presentado así como proporcionar información acerca de las creencias racionales e irracionales por medio de una explicación, ejemplos y su aplicación a situaciones personales.

Sesión 4.- Enseñar a la participante la aplicación del ABC revisando las creencias irracionales propuestas por Ellis (Ellis y Grieger, 1994) y mostrarle el proceso identificando los esquemas que subyacen a sus pensamientos irracionales para la identificación de éstas en sus respuestas cotidianas.

Parte 2 de la intervención: Modificación de creencias.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

OBJETIVOS: Promover en el participante el aprendizaje de creencias racionales y de las alternativas que contraríen sus creencias irracionales así como la adquisición de hábitos de pensamiento racionales.

Sesión 5.-Aplicar con la ayuda del participante, el ABC y D con una de las creencias irracionales identificadas en él, mostrando el proceso e identificando los esquemas de base para luego comenzar a debatirlos progresivamente mostrando nuevas alternativas racionales.

Sesión 6.- Recordar al participante las consecuencias temerarias o contraproducentes de sus ideas irracionales. Posteriormente enseñarle nuevas ideas y alternativas que contraríen sus pensamientos irracionales promoviendo el insight de la lógica que existe detrás de las nuevas ideas, así como de los beneficios que puede obtener aplicando el ABC D y E.

Sesión 7.- Continuar con el ejercicio del debate de las principales creencias irracionales así como ayudar al participante a incrementar su auto-motivación por medio de énfasis en los beneficios de la comprensión de lo irracional así como de las consecuencias que esto le trae y por medio del ejercicio de los nuevos hábitos de pensamiento.

Parte 3 de la intervención: Práctica de la TREC y habilidades adquiridas psicoeducativas en la vida cotidiana.

OBJETIVOS: Promover en el participante la importancia de la auto-observación y la suspensión continua de juicios irracionales así como el ejercicio del debate de sus principales ideas irracionales practicando alternativas para un pensamiento racional.

Sesión 8.-Facilitar en el participante el deshacerse de sus filosofía viejas e irracionales y remplazarlas por unas nuevas más racionales por medio del ejercicio práctico del ABC, D y E, así como proporcionar herramientas que faciliten la toma de decisiones que le permitan tener afrontamientos más efectivos practicando la TREC.

Sesión 9.- Facilitar en el participante la práctica de las herramientas para la modificación de creencias irracionales y el empleo de las estrategias de afrontamiento más efectivas en su vida diaria proporcionando herramientas que faciliten la solución de problemas practicando la TREC.

Sesión 10.- Ejercitar con el participante el auto-debate lógico empírico apoyado en sus esquemas irracionales identificados, enfatizando las consecuencias de un pensamiento racional vs. un pensamiento irracional. Proporcionar herramientas de establecimiento de límites sanos en sus relaciones interpersonales.

Sesión 11.- Fortalecer el uso de la filosofía de la TREC en el participante por medio de constantes ejercicios que refuercen el pensamiento racional y castiguen el pensamiento irracional y empleen el uso de límites sanos en sus relaciones interpersonales.

Sesión 12.- Promover en el participante el constante auto-debate y enfrentamiento a experiencias directas que le permitan practicar su nueva filosofía y las habilidades aprendidas que le lleven a experimentar los beneficios de la TREC especialmente en sus niveles de ansiedad y en la disminución progresiva del SDM. Finalmente, cerrar la sesión con la summarización de la intervención enfatizando la importancia del proceso de cambio de acuerdo a la TREC.

C.- Fase de seguimiento, que consiste en una sesión que se da un mes después de finalizada la intervención, es considerada como la evaluación posttest, y es donde se revisan los logros y los obstáculos que ha presentado el participante por medio de la aplicación de las pruebas iniciales además de la entrevista de evaluación de la situación actual de la persona y finalmente el reforzamiento de la filosofía de la TREC, que consiste en recordarle los principios empleados en la TREC para una vida más sana: aplicación constante del ABCDE y de los objetivos y valores que persigue la TREC: la vivencia de emociones apropiadas, el interés en si mismo, el interés en los demás, la autodirección, la tolerancia, la flexibilidad, la

aceptación de la incertidumbre en la vida, el compromiso, el pensamiento científico, la autoaceptación, el correr riesgos, el hedonismo de larga duración, la anti-utopía y la propia responsabilidad de las emociones y acciones. Este énfasis se hizo para que estuvieran atentas a lo que diferenciamos como retrocesos y recaídas, enfatizando el retroceso como un aspecto normal de todo proceso psicológico y la importancia de no descuidarse de continuar con lo aprendido como una forma de vida para evitar así las recaídas.

Evaluación del cambio.

OBJETIVOS: Evaluar cambios en el participante y hacer recomendaciones para reforzar la práctica de su pensamiento racional.

Sesión 13.- Evaluar las características de su respuesta ansiosa y de sus pensamientos para verificar la efectividad de la intervención racional-emotiva recibida. Proporcionar recomendaciones acerca del mantenimiento de la filosofía de la TREC aprendida durante la intervención.

Finalmente y como punto de interés para mí por el deseo de acercarme lo más posible a una intervención confiable se tomó o en cuenta el diseño a seguir y el objetivo de su aplicación posterior en el mismo ámbito hospitalario, se buscó lograr el mayor número de elementos que permitieran consolidar la validez de la propuesta de acuerdo Kazdin (2001) que propone las siguientes características para lograrlo:

a) Control en datos objetivos por medio de una evaluación antes, al final y un mes después de la intervención. Para lograrlo se emplearon dos pruebas estandarizadas como la escala de ansiedad de Hamilton y la escala de ansiedad- estado y rasgo (STAI) así como la identificación de la historia de desarrollo significativo en las participantes. Además de la evaluación pre-intervención y post-intervención, se realizaron evaluaciones en cada sesión junto con los participantes por medio de la autoevaluación de los niveles subjetivos de dolor y ansiedad, la lista cotejable de verbalizaciones

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

racionales e irracionales, el análisis de sus tareas y las referencias de cambio de parte de la familia y amigos.

b) Efectos significativos e inmediatos. Evaluados por medio del análisis de las sesiones siguiendo la tabla comparativa de observaciones durante las sesiones, los síntomas de ansiedad presentes identificadas con la escala de Hamilton y la lista cotejable de verbalizaciones irracionales.

c) Efecto de los acontecimientos históricos y acontecimientos por maduración. Evaluado por medio de la comparación de los resultados entre los 4 casos únicos.

d) Control de la instrumentación. Para lograrlo se seleccionaron pruebas estandarizadas así como listas cotejables elaboradas con los indicadores precisos que incluían las variables a trabajar en la propuesta y eran aplicados buscando las mismas condiciones ambientales, además a esto se une el uso del mismo material ilustrado, de tareas y folletos para los 4 casos.

e) Control de regresión estadística. La cual no es aplicable por el tipo de instrumentos empleados (principalmente de tipo cualitativo), la cantidad de la población manejada, y el tiempo del que se dispuso para ampliar la población estudiada y el empleo de otras pruebas estandarizadas.

CAPITULO 4:

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de cada participante por separado de la siguiente forma:

- A) Datos relevantes de la participante.
- B) Resultados de la Escala de Creencias Irracionales (SIB).
- C) Resultados de Escala de Ansiedad Estado y Rasgo (STAI).
- D) Resultados de Escala de Ansiedad de Hamilton.
- E) Resultados de las Evaluaciones de los Niveles Subjetivos de .Dolor Miofacial (NSD) y Niveles Subjetivos de Ansiedad (NSA) en las sesiones.
- F) Resultados de registros de verbalizaciones que refieren pensamientos irracionales en la participante durante las sesiones.
- G) Resumen de observaciones de las actitudes, las respuestas a las tareas de casa y los sucesos importantes ocurridos en el contexto de la participante durante el tiempo de la intervención.

4.1 Resultados CASO 1.

- A) Datos relevantes de la participante.

Mujer de 55 años. Con 11 hijos: 6 hombres y 5 mujeres, los 4 primeros hijos son hombres y las 4 menores son mujeres hijas (38, 37, 36, 35, 33, 32, 30, 28, 26, 24 y 22 años); tres de sus hijos mayores y la mayor de sus hijas radican en Estados Unidos, dos de ellos le ayudan económicamente. La participante terminó la secundaria y su ocupación es el hogar. Creció en Lagunita, Zacatecas. Es la tercera de 5 hijos. Reside en Aguascalientes, Ags., desde hace 37 años. Practica la religión católica en aproximadamente un 75 %. No fuma, no ingiere alcohol ni drogas.

Actualmente está separada del esposo desde hace 8 meses, debido a su alcoholismo, y a un intento de "manosear" a su hija menor. Casi desde recién casada tuvo una relación conflictiva con su esposo por su

irresponsabilidad, alcoholismo y continua agresión física y verbal hacia ella. Actualmente vive con 4 de sus hijas menores quienes la mantienen y la apoyan a permanecer separada. Dos de sus hijos varones insisten en que admita de nuevo a su padre en casa.

Sus primeros años de vida fueron en Lagunita, Zacatecas de donde sus padres eran originarios. Su padre falleció hace 10 años y su madre, quien actualmente reside en esta ciudad, tiene 86 años y requiere de cuidados continuos, la participante y sus hermanas se encargan de cuidarla. La relación de la participante con su madre es ambigua pues experimenta resentimiento hacia ella ya que recuerda que durante su infancia su madre siempre trabajaba y no recuerda haber recibido gestos de cariño de parte de ella no así de su padre a quien describe como "duro" y "regañón" aunque ocasionalmente era cariñoso. Refiere haber crecido en un ambiente muy "frío" con muy pocas expresiones de afecto de parte de ambos padres.

Se describe de niña, adolescente y joven como franca, decidida y muchas veces impulsiva. La historia significativa de la participante muestra que creció en un ambiente de crianza poco expresivo de las emociones positivas como el afecto sin contacto físico ni palabras cariñosas, ante el temor se le respondía con indiferencia, muy expresivo de emociones negativas como el enojo como quejas frecuentes, exigencia, desaprobación, así como la combinación de sarcasmo por medio de la broma; este ambiente estaba modelado por la exigencia y autonomía ya que ambos padres trabajaban y solían dejar a hijos solos desde etapa preescolar (en la participante), las creencias religiosas condicionaban y dirigían el comportamiento de forma rígida, dura y dogmática en especial de su madre (su hermana se tuvo que casar con quien la robó sin conocerlo).

Se casó a los 16 años como un medio de salida de su casa además de un capricho, se desilusionó de su matrimonio desde la actitud grosera, agresiva e indiferente de su esposo en la luna de miel. Tuvo dificultad para la relación sexual desde la primera ocasión ya que se sintió forzada, nunca

ha experimentado un orgasmo y sólo conoce que existen por los comentarios de sus hermanas al respecto.

A los 20 años un médico le dijo que padecía "nervios", a lo largo de la década de entre los 20 y 30 años tomó intermitentemente Diazepam (ansiolítico) por dos periodos de tiempo, aunque no era constante en la toma pues solo la "mantenía atontada" por dos ocasiones, posteriormente inició un tratamiento con Imipramina (antidepresivo) que no continuó debido al temor de los efectos secundarios. Tuvo recaídas frecuentes que ella relaciona con sus constantes "nervios" y "depresiones" debidas principalmente a la constante violencia que vivía con su esposo, ella lo afrontaba manteniéndose ocupada en la crianza de sus hijos y trabajos caseros para salir adelante económicamente, como lavar y planchar ajeno.

Cuando sus hijos mayores comenzaron a crecer, mejoró la economía y su segundo hijo mayor entonces de 14 años confrontó a su esposo cuando este trato de golpearla, desde entonces no lo volvió a hacer aunque siguió embriagándose e insultándola, a partir de ese tiempo sus hijos frecuentemente la defendían y ella tampoco "se dejaba". Su preocupación constante ha sido la posibilidad de que su esposo regrese por la fuerza a su casa y volver a vivir el maltrato físico y psicológico así como el vivir en los recuerdos del pasado en el que fue muy infeliz. Ante esta preocupación sus hijas le reiteran su apoyo para que él permanezca lejos de ellas. Refiere apoyarse mucho emocional y económicamente en su segundo hijo, quien tiene 37 años y no se ha casado, vive en el norte y le preocupa que se embriague frecuentemente.

Al finalizar los 40 años comenzaron los síntomas del climaterio que en ella se han manifestado con hormigueos frecuentes, cansancio, tristeza, desesperación e irritabilidad de manera fluctuantes pues hay días en que no los experimenta. Comenzó a tomar antidepresivos un mes y doce días antes de iniciar la intervención, toma Venlafaxina de 75mg 1 por día, y Alprazolam ½ tableta de .050 mg, por la noche. Desde hace tres años padece frecuentemente gastritis y colitis, está con tratamiento intermitente de Omeprazol. Actualmente tiene 3 años y medio de haberse presentado la

menopausia, aún siente cambios en su organismo al respecto de las hormonas, acude cada seis meses con ginecólogo, continua acudiendo con gastroenterólogo cuando lo requiere, dadas sus problemáticas tiene cita abierta por padecer gastritis y colitis crónicas.

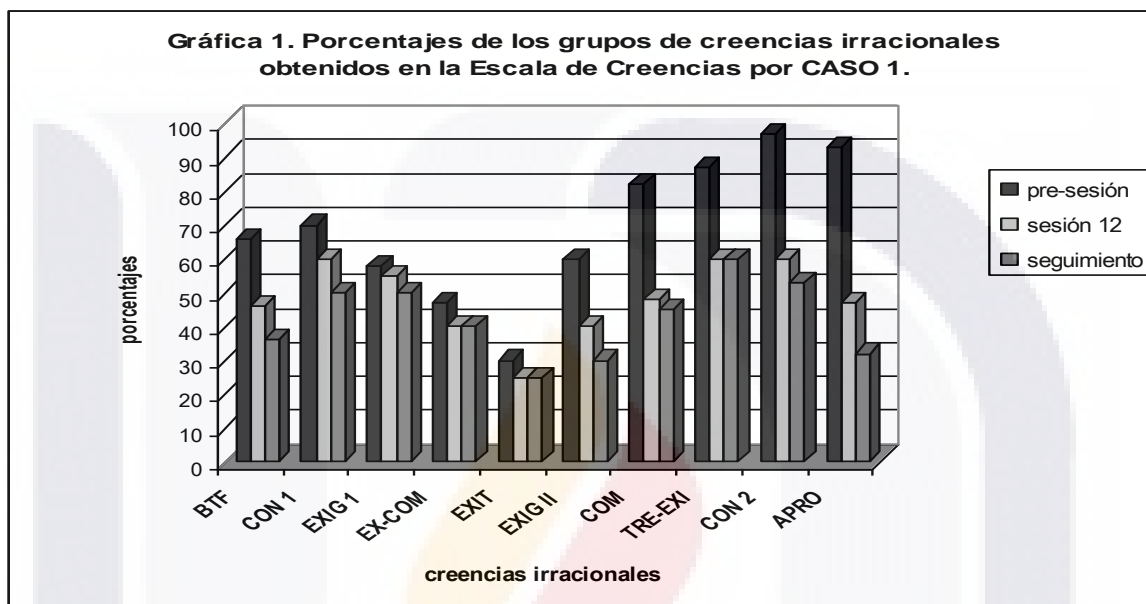
Inició con Síndrome Doloroso Miofacial hace un año presentando chasquido frecuente así como dolor en la zona temporomandibular el cual se volvió más intenso desde hace tres meses, anteriormente se había manejado con medicamento para el dolor (Ketorolaco) y fomentos de árnica en el área. Frecuentemente presenta dolor en zona temporomandibular, piernas, abdomen, cuello y espalda, antes de la intervención tendía a mostrarse irascible frecuentemente además de ser "claridosa", esto hacía que sus hermanas le refieran que era muy agresiva, ella lo percibía como su manera de defenderse, no como agresión.

Los valores importantes y las principales creencias de la participante giran en torno a sus hijos, el amor a Dios y una vida tranquila y su propia capacidad.

B) Escala de Creencias Irracionales (IBT).

La Gráfica 1 muestra los porcentajes obtenidos en la Escala de Creencias Irracionales. Se puede observar un descenso general en el porcentaje en el que se presentan las creencias irracionales en la participante aunque en menor grado en las relacionadas con éxito (EXIT) y exigencia a los demás (EXG II). Destacan como principales creencias irracionales las que tienen que ver con el grupo de *Condenación hacia los demás (CON 2)*, *Necesidad de aprobación de los demás (APRO)*, *Tremendismo por éxito (TRE-EXIT)*, y las relacionadas con *Comodidad (COM)*, todas se encontraron presentes en la pre-sesión por arriba del 70 por ciento. Entre el 60 y 70 por ciento, se encontraron la *Condenación a sí misma (CON 1)* y la *Baja Tolerancia a la Frustración (BTF)* que están muy vinculadas con las anteriores. El porcentaje de disminución más evidente se dio en las creencias irracionales presentes en mayor porcentaje como la *condenación a los demás (CON 2)* que disminuyó a un 60 por ciento en la

sesión 12 y a un 53 por ciento en el seguimiento. *La APRO* disminuyó un 47 por ciento en la sesión 12 y a un 32 por ciento en el seguimiento. El *TRE-EXIT* disminuyó a un 60 por ciento al igual que en el seguimiento. La creencia irracional asociada a la *Comodidad (COM)* disminuyó en un 48 por ciento en la sesión 12 y a un 45 por ciento en el seguimiento.



Al respecto de la creencia irracional asociada al *Éxito (EXIT)* y al de *Exigencia a los demás (EXIGII)* la participante presenta un porcentaje inicial menor a 55 y en la sesión 12 una disminución a 25 y a 30 por ciento respectivamente, ambos grupos se mantuvieron así en el seguimiento.

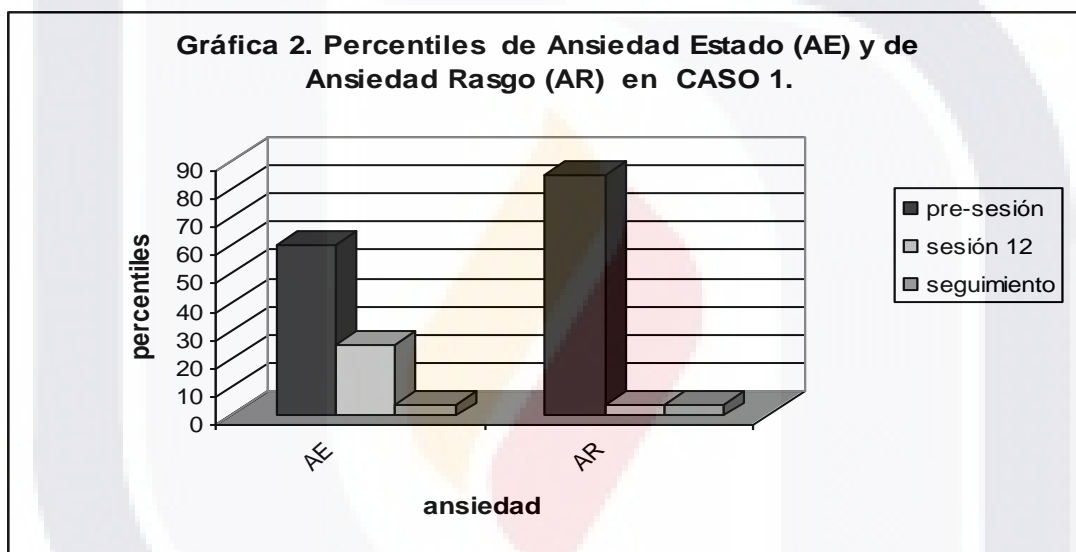
C) Ansiedad Estado (AE) y Ansiedad Rasgo (AR).

En la Gráfica 2 se observa que la participante presentó una disminución de AE y AR evidente aunque destaca de forma importante la disminución drástica de la AR que la participante presentó y la disminución de la AE por debajo del percentil 30.

En la pre-sesión un percentil de AE dentro del margen considerado normal (P60); en la sesión 12 obtuvo un percentil considerado bajo (P25) disminuyendo 35 puntos percentilares del puntaje inicial, en la sesión de

seguimiento obtuvo un percentil considerado muy bajo (P4) con una disminución de 56 puntos percentilares del puntaje inicial.

En lo que respecta a la AR la participante presentó un percentil elevado (P 85) que confirma la presencia de su propensión a la ansiedad como forma común de respuesta. En la sesión 12 obtiene un percentil considerado muy bajo (P4) indicando una disminución de 81 puntos percentilares del puntaje inicial. En el seguimiento esta respuesta se mantuvo en el mismo percentil.

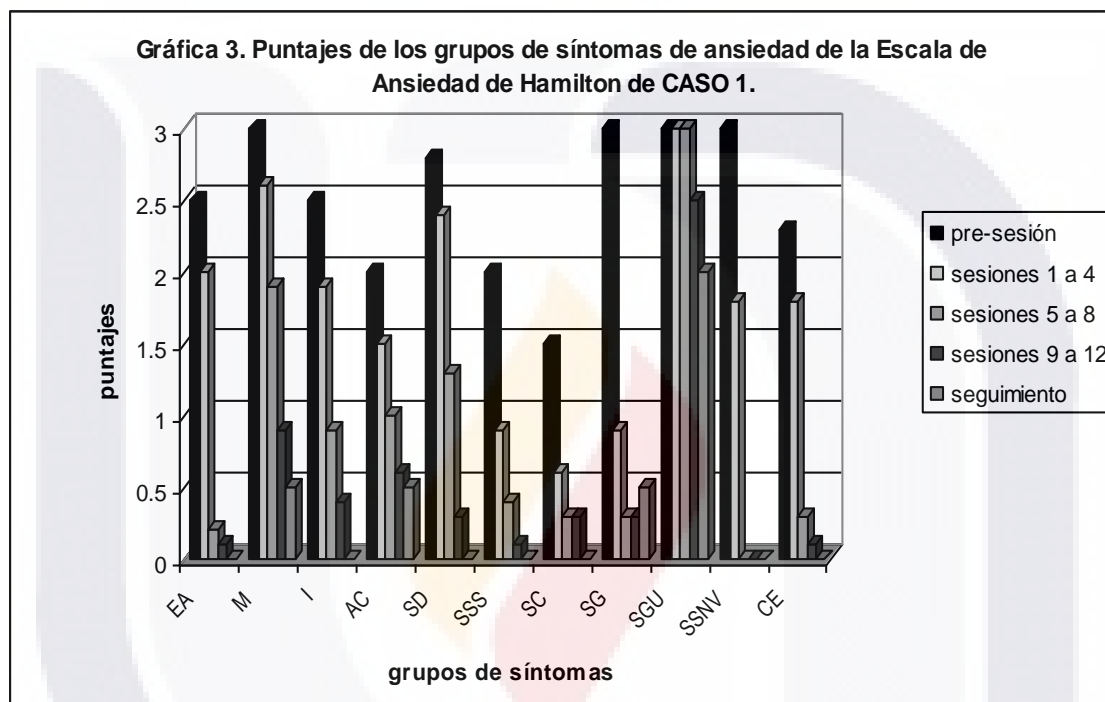


D) Escala de Ansiedad de Hamilton.

La Gráfica 3 nos permite observar las respuestas promedio de ansiedad: físicas, fisiológicas y conductuales, que la participante presentó durante la intervención.

Recordando que los puntajes de 0 representan la ausencia del síntoma, y los puntajes de 3 significan síntomas muy intensos, puede verse un patrón de disminución progresiva promedio hasta llegar a menos de 0.5 en 6 de los 11 grupos de síntomas de ansiedad de la Escala de Hamilton, estos son los *síntomas de miedo (SM)*, *síntomas de insomnio (SI)*, *alteraciones cognitivas (SAC)*, *síntomas depresivos (SD)*, *síntomas*

somato sensoriales (SSS) y síntomas cardiacos (SC). Por otra parte se encuentran en 3 de los 11 grupos de síntomas: los de *estado ansioso* (EA), los del *sistema nervioso vegetativo* (SSNV) y el grupo de *conductas en las sesiones* (CE), una disminución drástica, ya que inician con puntajes promedio de 2 y 3, y a partir de la sesión 9 presentan puntajes promedio de 0.

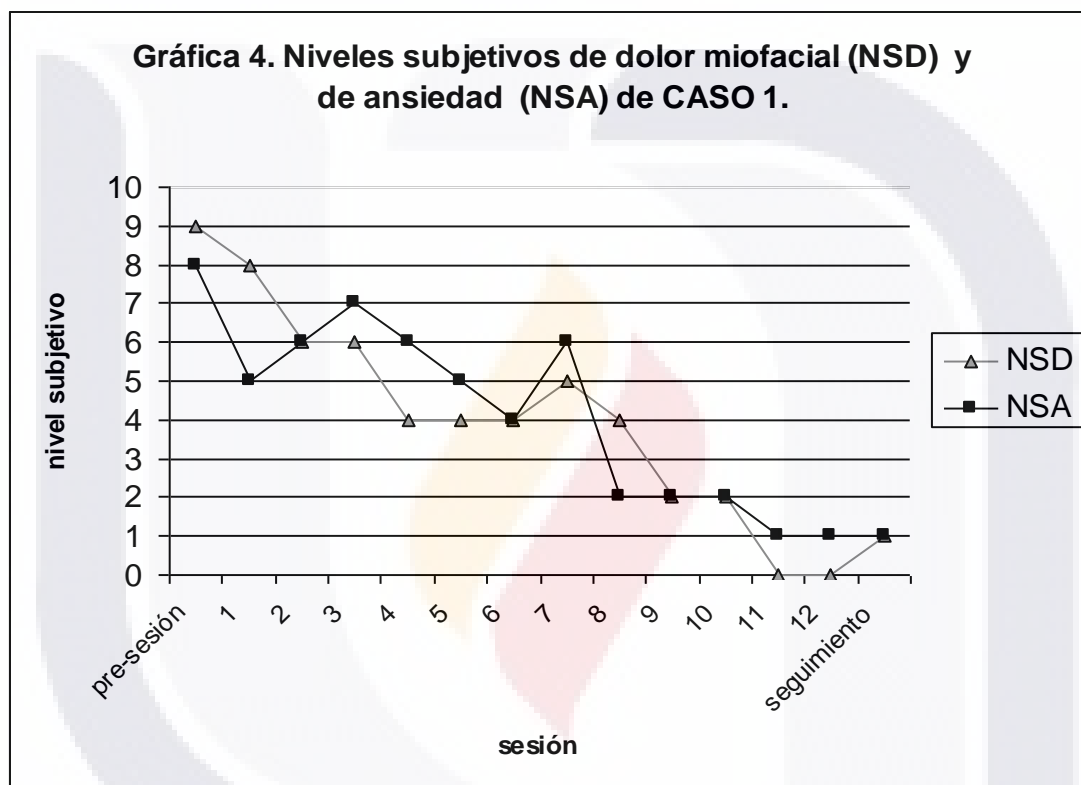


En el caso del grupo de *síntomas gástricos* (SG) se encuentra que inician con puntajes promedio de 3, de las sesiones 5 a la 12 se mantiene en un puntaje promedio de 0.3 y en el seguimiento se eleva muy ligeramente a un puntaje promedio de 0.5 esto coincide con el repote de la participante al respecto de problemas digestivos por trastornos alimenticios y la salida de casa de su hija menor para vivir con su novio.

Finalmente se destaca el síntoma genitourinario (SGU), con sólo el síntoma de pérdida de libido, que descendió de fuerte a moderado en toda la intervención.

E) Niveles Subjetivos de Dolor miofacial (NSD) y Niveles subjetivos de Ansiedad (NSA).

En la Gráfica 4 se observa la auto-evaluación que la participante proporcionó de sus NSD y de ansiedad NSA a lo largo de la intervención. Se puede observa de manera general una disminución progresiva tanto en el NSD como en el NSA.



En los NSD puede apreciarse una disminución progresiva que va de una calificación de 9 en la pre-sesión hasta llegar a una puntuación de 0 en la sesión 12 y de 1 en el seguimiento. En cuanto al NSA expresado se encuentra un resultado similar en la disminución progresiva aunque con fluctuaciones de la sesión 2 a la 7 de un punto, coincidiendo en la sesión 7 con la confrontación de ella con hijo mayor en la decisión tomada de no permitir que esposo viviera con ella. Finalmente, se puede observar que en

la presesión tiene una calificación de 8, en la sesión 12 una calificación de 1, misma que se mantuvo en el seguimiento.

F) Verbalizaciones Irracionales detectadas.

En general las verbalizaciones relacionadas con pensamientos exigentes como los “debo”, “tengo que”, “deberían” y “debería” fueron las más frecuentes, se pudo observar cómo fueron disminuyendo en su mayoría especialmente desde la sesión 3.

Tabla 5. Lista cotejable de verbalizaciones irracionales presentadas por CASO 1 durante la intervención. Las verbalizaciones en negritas corresponden a las verbalizaciones propias de la participante no incluidas en la lista original.

	Pre- sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Seg.
Es inútil	Si	si	si	si	si	no	si	no	no	no	no	no	no	no
Siempre	Si	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no
Nadie	Si	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
Malo	Si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
lo peor	Si	si	si	si	no	si	si	si	no	no	no	no	no	no
para qué	Si	si	si	si	no	si	si		no	no	no	no	no	no
no tiene caso	Si	si	si	si	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no
Debo	Si	si	si	si	no	no	no	no	no	No	no	no	no	no
tengo que	Si	si	si	si	no	no	si	no	no	No	no	no	no	no
Deberían	Si	si	no	si	no	no	no	no	no	No	no	no	no	no
Debería	Si	si	si	si	no	si	no	no	si	No	no	no	no	no
O es o no es....	Si	si	si	si	no	no	si	no	no	No	si	no	no	no
no debí haberlo permitido	Si	si	si	no	no	no	si	si	no	Si	no	no	no	no
debiera haber tenido éxito	Si	no	no	si	no	no	si	si	no	No	no	no	no	no
yo no veo nada bueno en mi vida.	Si	si	si	si	no	no	si	si	no	No	no	no	no	no

Destaca la presencia de varias verbalizaciones relacionadas con pensamientos negativos y exagerados en las sesiones 6 y 7 en donde la participante se enfrentó al hecho de admitir o no a su esposo de nuevo en casa. Las principales verbalizaciones que la participante expresó con más frecuencia de aparición en las primeras sesiones fueron las relacionadas con pensamientos negativos como "es inútil", "lo peor", "para qué", "no tiene caso" que empleó en las distintas ocasiones principalmente en las primeras 6 sesiones aunque se pudo observar que en su mayoría desaparecieron desde la sesión 7 y no se presentaron en el seguimiento. Al respecto de las verbalizaciones de expresión propia de la participante, las más frecuentes y que reflejan pensamientos exigentes y negativos fueron: "o es o no es", "no debí haberlo permitido" y "debiera haber tenido éxito" y "yo no veo nada bueno en mi vida", observándose el mismo patrón de disminución progresiva hasta su ausencia en las últimas 4 sesiones (ver la Tabla 5).

G) Observaciones de las actitudes, realización de tareas de casa, y sucesos importantes en el contexto durante la intervención.

En las actitudes, respuestas a las tareas de casa y sucesos importantes alrededor de la participante se observan cambios que en general se consideran más funcionales.

Destaca el afrontamiento al temor de ser desaprobada por sus hijos, ya que su hijo mayor ordena que su padre (esposo de la participante) regrese a casa, la participante muestra tensión, admite temor, además de no saber cómo detenerlo, por lo que se adelantó la sesión de "manejo de límites" (programada para la sesión 10), en la siguiente sesión (No. 7) la participante refirió haber puesto los límites deseados con escasa dificultad y gran satisfacción. La característica importante a destacar en el trabajo con esta participante es que se observan cambios evidentes de su estado de ánimo, en la expresión de gusto y alegría por medio de bromas, así como el rápido y favorable cambio en su arreglo personal.

Tabla 6. Actitudes, respuestas a las tareas de casa y sucesos importantes alrededor de la participante del CASO 1 presentes durante la intervención.

S	ACTITUD	TAREAS	SUCESOS IMPORTANTES EN EL CONTEXTO DE LA PARTICIPANTE.	OBSERVACIONES SIGNIFICATIVAS
1	Cansada	Si	Desilusión, rencor con esposo y coraje consigo misma.	Refiere padecer frecuentemente gastritis y estar en periodo de menopausia.
2	Adolorida	No	Tristeza, apatía, desconfianza de los demás.	Arreglo físico básico, sin maquillaje. Cabello con canas.
3	Enfadada	Si	Condena de si, culpa. Se ríe de sus verbalizaciones mostrando insight sobre la irracionalidad.	Arreglo igual.
4	descansada	Si	Refiere la utilidad de los folletos, le gustan.	Comienza pintarse. Sus hijas le refieren verla mejor.
5	descansada	Si	Expresa gusto, bromea, refiere tener más animo para hacer las cosas.	Se arregla su pelo (se tiñe luces) y su rostro.
6	preocupada	No	Tensión por llegada de un hijo del norte a su casa acompañado de su esposo	Con arreglo físico, cabello, rostro y ropa.
7	Enfadada	Si	Reconoce que tiene miedo de correr a esposo y que hijo se enfada y deje de apoyarla económicamente.	Su arreglo incluye ropa de moda. Sus hijas le ven alegre y tranquila.
8	Decidida	Si	Llama a hijo al norte y le aclara su postura al respecto de esposo, lo hace asertivamente, se sintió muy segura.	Continúa su arreglo, usa lentes de sol. Sus hijas le apoyan en su decisión y la felicitan
9	Decidida	No	A pesar de rebeldía y actitud grosera de hija menor, no se lo toma "a pecho", establece límites.	Trae folletos y un libro que está leyendo.
10	Segura	No	Comienza a salir de compras y de paseo.	Continúa su arreglo. Su tercer hijo se dice que ya está saliendo mucho y demasiado arreglada expresando malestar.
11	Satisfecha	Si	A pesar del miedo a la gente y a salir acude a su primer clase de natación.	Continúa su arreglo
12	Satisfecha	Si	Refiere haber ido a su clase sola incluyendo el haberse subido al camión.	Continúa su arreglo
13	Satisfecha	No	Refiere sentirse tranquila, no ha sentido tristeza, sabe que puede hacer muchas cosas y que sus hijas le apoyan, quiere seguir en cursos. Nota que ya no siente rencor hacia su esposo sino más bien lástima de verlo acabado y solo, pero no va a admitirlo. Reconoce la posibilidad de querer a futuro relacionarse con otras personas.	Continúa su arreglo

Se observa interés en la participante por leer y comentar los folletos así como su disposición al cambio expresada en la lectura y en la realización de las tareas de afrontamiento a pesar de sus grandes temores, además de su iniciativa para buscar nuevas actividades siendo todo esto una herramienta que favoreció sus progresos. Finalmente se puede observar la

presencia de referencias de cambio favorable de parte de sus hijas en las sesiones 4, 7 y 8 así como malestar de hijos varones porque sale arreglada en la sesión 10 (ver Tabla 6).

4.2 Resultados CASO 2.

A) Datos relevantes de la participante.

Mujer de 37 años, tiene 3 hijos: un hombre de 16 años, una mujer de 14 años y un hombre de 11 años. Es la mayor de dos hijas. Terminó la secundaria, trabajó en un comercio y como obrera hasta antes de casarse, desde entonces su ocupación es ama de casa. Creció y ha residido en Aguascalientes, Ags. La religión que profesa es la católica y la practica aproximadamente un 50 %. No fuma, no ingiere alcohol ni drogas.

Refiere haber crecido en ambiente muy "duro", "estricto", generalmente fue cuidada por su abuela y sus tías maternas ya que su madre trabajaba y tenía otra pareja por lo que casi nunca la atendía.

Su esposo tiene 43 años, terminó la primaria, tiene aproximadamente 13 años de ser jornalero en los Estados Unidos. Regresa a Aguascalientes cada dos años aproximadamente, permanece tres meses y regresa a su trabajo, generalmente llama cada semana a su esposa e hijos, excepto cuando está "celoso o desconfiado" le llama diariamente para "checlarla".

La participante refiere mala relación conyugal desde el comienzo pues se casó después de un noviazgo que duró 6 meses, ahora reconoce que debió darse más tiempo, por ahora vive con hijos y aunque no tiene buena relación con esposo, no quiere cambiar su vida ya que él pasa la mayor parte del tiempo en el norte y la sostiene económicamente. Su esposo solía ser indiferente o agresivo físicamente con ella, no había expresiones de cariño ni de aprobación, únicamente de "control" constante, su vida sexual ha sido insatisfactoria. Actualmente la relación se ha deteriorado progresivamente, ella ya no le quiere y tuvo un amante desde hace 8 años que dejó hace 4 meses por su alcoholismo "permanente", nota que lo ha extrañado mucho tornándose más desesperada, más angustiada e

intolerante con su esposo, lo que ha generado, según ella, que él la cele más.

Sus padres son originarios y residentes de Aguascalientes, Ags., su madre tiene 65 años, vive con su hija, que es media hermana menor de la participante, nunca vivió con su padre. La relación con su madre nunca ha sido favorable pues ha experimentado bastante rechazo de parte de ella desde que era pequeña, recientemente se ha enterado por sus primas que su madre era muy irresponsable y descuidada con ella cuando era bebé, refiere además que siempre tuvo la sensación de que no la quería igual que a su hermana. Hace aproximadamente 10 años conoció a su padre quien le confirmó que ella y su hermana son medias hermanas, que su madre lo rechazó frecuentemente ya que ella deseaba permanecer al lado del padre de su hermana. El saber todo esto ha generado sentimientos de tristeza, rencor y desilusión en torno a su madre, pues recuerda muchos momentos de indiferencia, exigencia y desesperación de su madre con ella por lo que ahora se anima a "juzgarla" y a "atar cabos" sobre su trato "tan estricto y moral" cuando era soltera, y aún de casada, pues le "daba permiso" a su esposo para que la golpeará si se "portaba mal". Cuando recientemente su madre "tuvo" que quedarse a "cuidarla" por una cirugía que la participante tuvo representó una tortura estar escuchando sus comentarios moralistas pues piensa que "no le queda" a su madre decir eso, experimentó mucha presión tanto en ella como en sus hijos.

Desde que conoció a su padre, que hoy tiene 72 años, él la frecuenta cada 3 ó 4 meses aproximadamente, su relación la califica como favorable sin ser apegada, él vive con su pareja actual con quien tuvo 4 hijos, todos ellos están casados y tienen a su vez sus propios hijos, la participante conoce esto por su padre pues ningún vínculo se ha dado con ellos.

La participante padece Diabetes Mellitus desde hace 8 años, con un control favorable de sus niveles de glucosa en sangre, toma Glibenclamida diariamente; padece colitis y gastritis desde hace cuatro años y sólo cuando el dolor se agudiza toma Ranitidina u Omeprazol. El gastroenterólogo le recetó Clonazepam $\frac{1}{4}$ de tableta de 0.050mg diariamente aunque admite

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

olvidarlo frecuentemente porque no siente que le sirva. Le diagnosticaron síndrome doloroso miofacial (SDM) hace 2 años aunque no se atendió correctamente hasta hace 4 meses que comenzó a empeorar el chasquido y el dolor en la zona temporomandibular. En ese mismo periodo tuvo problemas para su recuperación por mal manejo médico de la cicatrización de la cirugía que le realizaron para extirpar su matriz, por lo que experimentó constante dolor físico y tomó Ketorolaco frecuentemente, actualmente tuvo una resolución favorable de esta cirugía. La participante notó que a partir de entonces se agudizó el dolor en la zona temporomandibular, refiere que tenía miedo a volver experimentar el dolor postoperatorio por lo que cada vez que sentía pequeños síntomas de ese dolor tendía a apretar los dientes con fuerza, se dio cuenta de esto cuando comentó con una amiga que tenía "dolor en los las muelas de tanto apretarlas".

Su preocupación constante es la salud de sus hijos, su salud y el alcoholismo de su amante, ya que teme muera de esto.

Frecuentemente presenta temores, tensión, pensamientos obsesivos, desesperación y fácil irritabilidad con sus hijos.

Los valores importantes y las principales creencias de la participante giran en torno a sus hijos, su salud, Dios y la lucha constante por salir adelante.

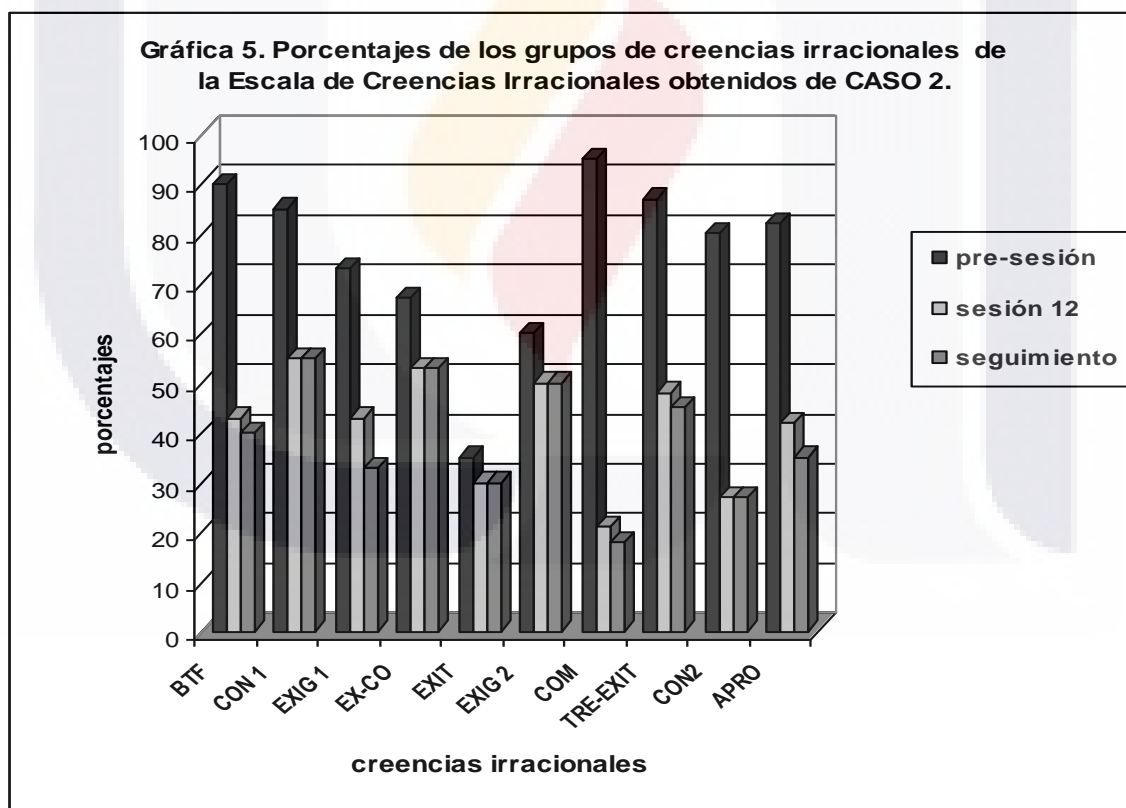
B) Escala de Creencias Irracionales (IBT).

La Gráfica 5 muestra los puntajes obtenidos por la participante en la Escala de Creencias Irracionales. Se puede observar la disminución de todas las creencias irracionales evaluadas en la sesión 12 y en su mayoría continuaron disminuyendo en el seguimiento a excepción las relacionadas con el éxito y la comodidad (EXCOM, EXIT, COM) y las de exigencia y condena a los demás (EXIG 2 y CON2) que se mantienen igual en el seguimiento.

Destacan como principales grupos de creencias irracionales las que tienen que ver con el grupo de *Comodidad (COM)*, *Baja tolerancia la frustración (BTF)*, *Tremendismo por Éxito (TRE-EXIT)*, *Condenación a sí*

misma (CON 1), Necesidad de Aprobación de los demás (APRO), Condenación a los demás (CON 2) y Exigencia a sí misma (EXIG 1). Todas se encontraron presentes en la pre-sesión por arriba del 70 con un promedio de 85 por ciento (95, 90, 87, 85, 82, 80 y 73 por ciento respectivamente). La Exigencia por comodidad (EX-CO) se encontró en un 67 por ciento.

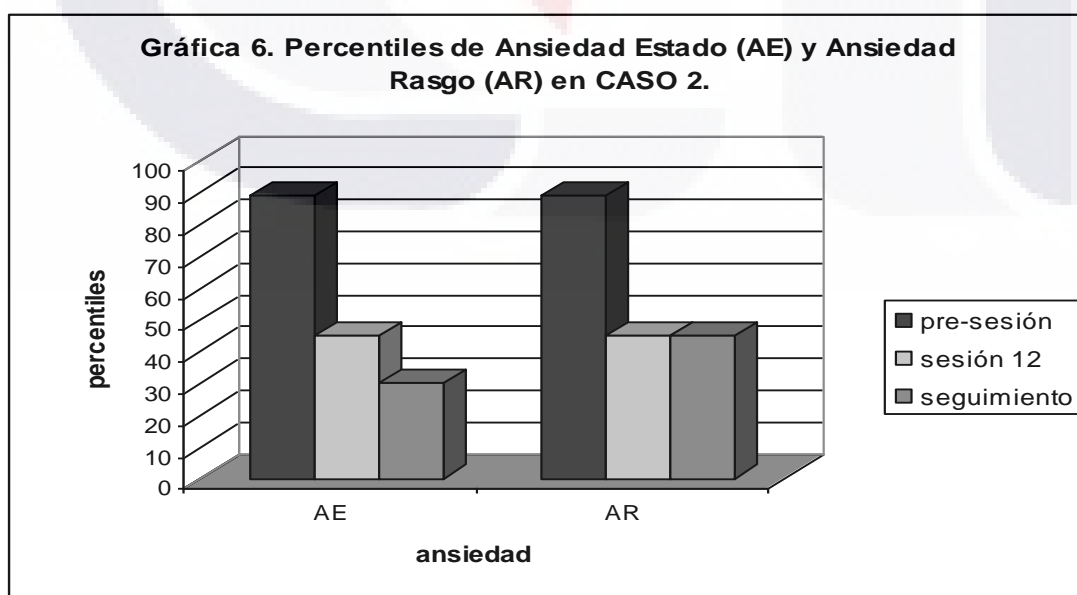
En la sesión 12 la disminución más evidente se dio en los grupos que resultaron más elevados en la pre-sesión como la COM, CON 2, la BTF, el TRE-EXIT y la APRO que disminuyeron en promedio a un 36 por ciento (21, 27, 43, 48 y 42 por ciento respectivamente), se encuentra que estos grupos continuaron disminuyendo aún en el seguimiento a un promedio de 33 por ciento (27, 40, 18, 45 y 35 por ciento). La CON 2 disminuyó de 80 a un 55 por ciento en la sesión 12 y así se mantuvo en la sesión de seguimiento.



La EXIG 2 y el EXIT en la pre-sesión tuvieron 60 y 35 por ciento respectivamente, y fueron los grupos que presentaron en la sesión 12 la menor disminución a un 50 y 30 por ciento respectivamente, manteniéndose iguales en el seguimiento.

C) Escala de Ansiedad Estado (AE) y Ansiedad Rasgo (AR).

En la Gráfica 6 se observa que la participante presentó una disminución importante de AE y AR, menor al percentil 50 siendo más evidente el descenso de la AE en el seguimiento. La AR se mantuvo baja en el seguimiento. En la pre-sesión se presenta un percentil de AE considerado elevado (P 89), en la sesión 12 obtuvo un percentil dentro de lo normal (P 45) disminuyendo 44 puntos percentilares. En la sesión de seguimiento su AE fue normal baja (P 30) disminuyendo 59 puntos percentilares del puntaje inicial. En lo que respecta a la AR la participante presentó en la pre-sesión un percentil considerado alto (P 89) que evidencia un patrón de respuesta ansioso, en la sesión 12 presentó un percentil considerado normal (P 45) mostrando una disminución de 44 puntos percentilares teniendo el mismo resultado en la sesión de seguimiento.

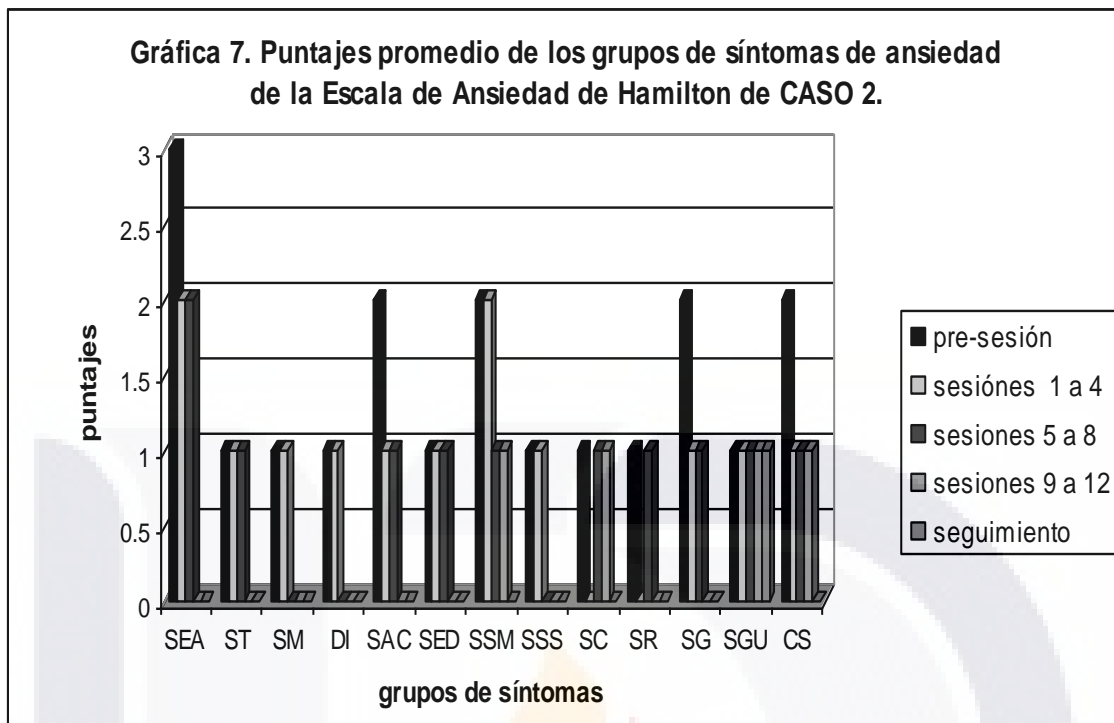


En lo que respecta a la AR la participante presentó en la pre-sesión un percentil considerado alto (P 89) que evidencia un patrón de respuesta ansioso, en la sesión 12 presentó un percentil considerado normal (P 45) mostrando una disminución de 44 puntos percentilares teniendo el mismo resultado en la sesión de seguimiento.

D) Resultados de Escala de Ansiedad de Hamilton.

La Gráfica 7 nos permite observar las respuestas promedio de ansiedad que la participante presentó durante la intervención. Se observa un patrón de disminución drástica en los síntomas en la intensidad inicial a partir de la sesión 9, a excepción de los síntomas somato musculares (SSM) y de los indicadores de su conducta durante la sesión (CS) cuya disminución fue gradual y llegó a cero en la sesión de seguimiento y de los síntomas genitourinarios (SGU) que no presentaron cambios.

El grupo de los síntomas de *estado ansioso* (SEA) destacan entre los demás iniciando en la pre-sesión con una puntuación promedio de 3, disminuyendo a 2 de la sesión 3 a la 9, y desapareciendo en la sesión de seguimiento. La participante presenta elevados inicialmente 3 de 11 grupos de síntomas promedio: *síntomas de alteración cognitiva* (SAC) los *síntomas somato musculares* (SSM), *síntomas gástricos* (SG) y de la *conducta en la sesión* (CE) con puntaje promedio de 3, estos descendieron a 2 a partir de la sesiones 2 y 3, y desaparecen en la sesión de seguimiento. El grupo de *síntomas de tensión* (ST), *síntomas de miedo* (SM) y *síntomas de insomnio* (SI) así como los *síntomas cardiacos* (SC) se presentaron inicialmente como leves y se disminuyeron progresivamente a partir de la sesión 3 hasta la 8, desapareciendo en la sesión de seguimiento. El grupo de *síntomas de estado depresivos* (SED) iniciaron leves en la pre-sesión y desaparecieron en las sesión 3.

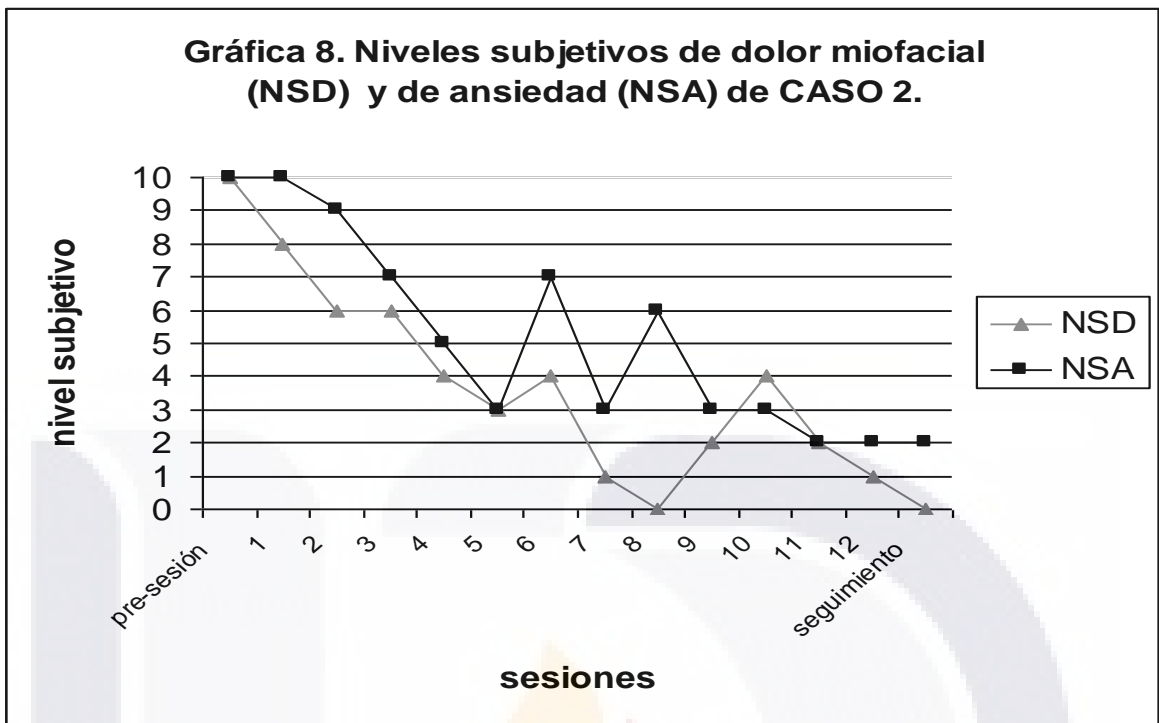


E) Niveles Subjetivos de Dolor miofacial (NSD) y de Ansiedad (NSA).

En la Gráfica 8 se observa la auto-evaluación que la participante proporcionó de sus NSD y de ansiedad NSA a lo largo de la intervención.

En ambas auto-evaluaciones se observa un patrón de respuesta de descenso gradual, inicialmente rápido, con ligeras fluctuaciones de elevación-disminución, para regresar de nuevo al descenso. En general se observa una disminución progresiva que inicia en la pre-sesión con NSD de 10 y un NSA de 10 y desciende hasta un NSD de 1 en la sesión 12 y un 0 en la sesión de seguimiento. El NSA se mantiene en 2 en las sesiones 11 y 12 así como en el seguimiento.

La disminución a elevación de NSD y NSA en la sesión 7 coincide con gran preocupación por posible cáncer en hijo, así como un contraste de disminución del NSD y un aumento del NSA en la sesión 9 que coincide con discusión con esposo por vía telefónica. El NSD se elevó de 2 a 4 en la sesión 10 coincidiendo con una comida en la que masticó carne lastimándose su quijada, la participante admite haberse descuidado.



F) Verbalizaciones Irracionales detectadas.

En general la verbalización más frecuente y arraigada fué el “tengo que” asociada a pensamientos exigentes que dejó de mencionar hasta la sesión 8, y el uso de “yo debería de” o “debí de” que se presentaron hasta la sesión 7.

Las verbalizaciones relacionadas con los pensamientos catastróficos como “malo”, “desastre” y “no voy a poder”, así como las relacionadas con pensamientos generalizadores y negativos como “nunca”, “nadie”, se presentaron alternadamente (en algunas sesiones incluso no se presentaron) hasta la sesión 8, y las verbalizaciones relacionadas con los pensamientos negativos y exagerados como “inútil”, “qué van a pensar” estuvieron presentes hasta la sesión 7 (ver Tabla 7).

G) Observaciones de las actitudes, realización de tareas de casa, y sucesos importantes en el contexto durante la intervención.

Se observa en la participante su constante actitud tensa o nerviosa en las primeras tres sesiones, admite pensar constantemente en lo que

“debe” o “no debe hacer”; tuvo miedo al dolor cuando acudió a la última sesión de curación en su abdomen.

Tabla 7. Lista cotejable de verbalizaciones irracionales presentadas por CASO 2 durante la intervención. Las verbalizaciones en negritas corresponden a las verbalizaciones propias de la participante no incluidas en la lista original.

Sesiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Desastre	si	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
es inútil	si	si	si	si	no	si	si	no	no	no	no	no	no
Siempre	si	si	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
Nunca	si	no	no	si	no	si	no	no	no	no	no	no	no
todo el mundo	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
Nadie	si	si	no	no	si	si	no	no	si	no	no	no	no
Malo	si	si	no	no	no	si	si	no	no	no	no	no	no
Terrible	si	si	no	no	no	si	si	si	no	no	no	no	no
lo peor	si	si	no	no	no	si	si	si	no	no	no	no	no
para qué	si	si	si	no	no	si	si	no	no	no	no	no	no
no tiene caso	si	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
no pasa nada	si	no	no	si	si	no	no	no	no	no	no	no	no
Debo	si	si	si	no	si	no	si	si	no	no	no	no	no
tengo que	si	si	si	si	si	si	si	no	no	no	no	no	no
Deberían	si	si	no	no	si	si	si	no	no	no	no	no	no
Debería	si	si	si	no	no	si	no	no	si	no	no	no	no
No voy a poder	si	si	no	no	no	si	no	si	no	no	no	no	no
Yo debería saber	si	si	si	si	si	si	si	no	no	no	no	no	no
Debería hacerlo	si	si	no	si	si	si	no	si	si	no	no	no	no
Que van a pensar	si	si	si	si	si	si	no	si	si	no	no	no	no

Se presentan varias situaciones en el contexto de la participante que no dependen de su control y que incrementan la respuesta ansiosa, como el tener como vecino a un adulto mayor que se sospecha abusa de su nieto al que cuida y que frecuentemente invita al hijo menor de la participante a jugar en su departamento. Ella refería experimentar un continuo temor del riesgo que corría su hijo y de las represalias que tomaría el vecino si lo denuncia (el temor está relacionado con una experiencia previa de agresiones físicas y verbales de algunas vecinas hacia ella cuando la participante denunció al joven que golpeó a su hijo mayor). Posterior a los debates al respecto de los “debo” asociados a las autoexigencias y a los pensamientos catastróficos y negativos, y aunado al incremento de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

información de derechos y recursos, se observó en la participante una actitud inicialmente de enfado (se describía "harta" de aguantarles) que posteriormente pasó a una actitud descansada (tranquila, de alivio) y decidida. Destaca en la sesión 7 un incremento rápido y agudo de su respuesta ansiosa al ser informada por el médico general de la posibilidad (con bastante certeza del médico), de que su hijo menor tuviese cáncer testicular, posibilidad que fue descartada 5 días después al revisarlo el especialista y desmentir el diagnóstico. La participante recuperó rápidamente su tranquilidad y comentó el aprendizaje obtenido en esta experiencia, respecto de la influencia de sus miedos y pensamientos catastróficos en su estado físico (se descompensó moderadamente de sus niveles de glucosa) y en su respuesta emocional (experimentó mucha tristeza y desesperación). La participante solía ser muy permisiva con sus hijos, lo que se manifestaba con su manejo inadecuado de los límites que frecuentemente rebasaban sus hijos y que le provocaban desesperación e irritabilidad frecuente, además sostenía una relación extra-conyugal con un hombre alcohólico que le llevaba a mantenerse preocupada continuamente por no saber cómo ayudarlo y por desear terminar la relación sin sentirse culpable (por si llegaba a "morir"), al debatir sus creencias irracionales al respecto de sus auto-exigencias, necesidad de aprobación y auto-condena así como el aprender a manejar los límites sanos con los demás le permitió mostrarse más decidida. Se observa que a pesar de que su esposo estuvo discutiendo con la participante vía telefónica en varios días y continuar "checándola" diariamente, la participante se mostró segura y satisfecha en las posteriores sesiones hasta el seguimiento, manifestando que logró manejar la situación con su vecino, sus hijos, su amante y su esposo, no consintiendo con sus conductas manipuladoras.

La característica importante a destacar en el trabajo es el que la participante refiere haber disminuido de forma importante su temor a tomar malas decisiones, a no hacerse respetar al poner límites así como a no ser capaz de tolerar los temores que desde muy joven sentía hacia lo que ocurría en su alrededor.

La participante admite que su vida está llena de problemas sin embargo que es más capaz de enfrentarlos de lo que antes creía y que le afectan menos, por lo que puede pensar con mayor claridad en lo que le conviene (ver la Tabla 8).

Tabla 8. Actitudes, respuestas a las tareas de casa y sucesos importantes alrededor de la participante del CASO 2 presentes durante la intervención.

TABLA	ACTITUD	TAREAS	Sucesos importantes	Observaciones
1	Ansiosa	Si	Problemas con vecinos	Pelea entre chicos, amenazan a su hijo
2	Ansiosa	Si	Problemas de salud: va a curación post qx	
3	Desesperada	Si	Aún no terminan las curaciones y esposo la presiona desde EUA madre esta viviendo con ella	
4	Enojada	No	Esposo la checa desde EUA por teléfono.	Desea divorciarse, lo necesita económicamente
5	Tranquila	Si	Nota mas obediencia de hijos, su pareja ha estado tomando mucho	Preocupación por salud de su pareja.
6	Muy Preocupada	no	Le dijeron de posible cáncer en hijo mayor	Mala información por parte del médico general, a pesar de su ansiedad se movilizó y pidió ayuda.
7	Enfadada pero tranquila en general	no	Esposo vuelve a llamarle frecuentemente, la amenaza y pelan por teléfono	Su esposo cree que ella tiene un amante.
8	Preocupada	si	Hijo menor entra mucho a casa de vecino un poco más grande que vive con abuelo	Se sospecha que el abuelo sea pedófilo. Teme abuse de su hijo.
9	Tranquila	si	Su pareja la visita sin estar alcoholizado.	Buena relación de sus hijos con él.
10	Contenta	no	Buena relación con hijos, en el último chequeo de quirúrgico estuvo muy bien	Pone límites con su madre y médico.
11	tranquila	si	Vio a pareja borracho, se alejo y no lo ha visto, no lo ha dejado entrar	Le costó trabajo poner límites pues lo quiere mucho pero le daña su adicción
12	Tranquila	si	Hijos desobedecen ella coloca limites firmes	Muestra satisfacción de logros especialmente con su autestima, seguridad y el control de hijos.
13	Contenta	no	Buena relación con hijos, pide lo que necesita	

4.3 Resultados CASO 3.

A) Datos relevantes de la participante.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Mujer de 30 años, está casada y tiene dos hijos (niño de 4 años y niña de 1 año 6 meses), estudió hasta 4to. semestre de administración de empresas. Desde que se casó se dedica al hogar. Profesa la religión católica y la practica aproximadamente en un 50 %. No fuma, toma alcohol esporádicamente y no ingiere drogas. No toma medicamentos.

Creció y vivió en el Distrito Federal hasta hace 5 años que ella y su esposo deciden venir a vivir a Aguascalientes. Describe su infancia como tranquila, feliz y con abundancia económica. Es la mayor de dos hijas, menciona que sus padres le dieron todo lo que necesitaba, aunque cuidaron de no "malcriarla" ya que también eran estrictos y un tanto "duros" con ella. A los 20 años tuvo un novio al que quiso mucho y con el que duró muchos años y se iba a casar, pero terminaron su relación porque tenían constantes conflictos y ella se sentía muy presionada, en ese tiempo presentó llanto frecuente, intolerancia y mucha desesperación; estas reacciones son muy semejantes a las que actualmente estaba presentando.

Su esposo tiene 36 años, estudió hasta 5to. semestre de contador y se dedica al comercio. La participante describe su relación de pareja como tranquila, se llevan bien, aunque cuando la participante lo ve estresado prefiere no acercarse ya que esto la tensiona mucho.

Inició con SDM hace un año y medio, posterior al nacimiento de su hija menor, aunque no sabía que lo que experimentaba tenía que ver con la tensión, solía presentar cefaleas intensas que no relacionaba con el estado ansioso; fue multivalorada hasta que el neurólogo la remitió al servicio de cirugía maxilofacial. En la remisión el cirujano maxilofacial le mencionó el estrés como probable desencadenante principal de su problema. Cuando inicia la intervención psicológica presenta llanto fácil, constante ansiedad e irritabilidad, refiere desesperarse fácilmente con sus hijos, nota que es muy exigente en todo, nada le satisface, y no puede evitar ser así, se da cuenta de esto hasta que ocurren las situaciones de intolerancia e irritabilidad. Le preocupan las deudas que su esposo y ella tienen, refiere experimentar desilusión y frustración por no poder darle a sus hijos algo mejor, como un buen preescolar de mejor calidad a su hijo mayor. Menciona que

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

continuamente está tensa especialmente por los quehaceres de la casa y porque no suele terminarlos pues sus hijos son “muy demandantes”, a esto se le suma el hecho de que refiere ser “obsesiva del orden” por lo que les suele gritar y regañar frecuentemente, sintiendo culpa cuando se va a la cama por haber sido así.

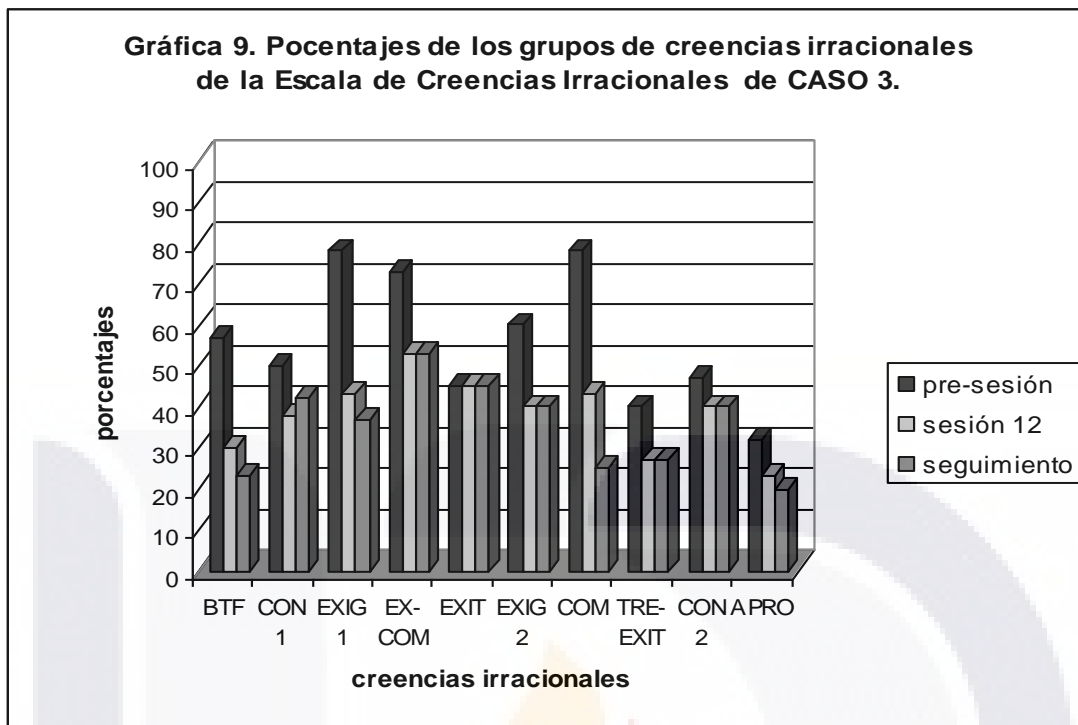
Los valores importantes y las principales creencias de la participante giran en torno a la vida familiar, la verdad y la justicia, el amor a su familia y a Dios y el creer en sí misma.

B) Escala de Creencias Irracionales (IBT).

La Gráfica 9 muestra los porcentajes obtenidos en la Escala de Creencias Irracionales. En general se observa un descenso en todas las creencias una vez iniciada la intervención.

Destacan en la participante principalmente las creencias irracionales que tienen que ver con el grupo de *Comodidad (COM)*, *Exigencia a sí misma (EXIG 1)* y *Exigencia por comodidad (EX-COM)* que en la pre-sesión se encuentran elevadas con un 78, 78 y 73 por ciento respectivamente. Al final del tratamiento el porcentaje de disminución más evidente se observa en el grupo de *la COM* y en el de *EXIG 1* con un promedio de 43 por ciento en la sesión 12, y con 31 por ciento en la sesión de seguimiento. *La EX-COM* disminuyó a 53 por ciento en la sesión 12 y así se mantuvo en el seguimiento.

Los grupos que presentaron menor disminución y al mismo tiempo fueron los que obtuvieron un porcentaje inicial más bajo fueron *el TRE-EXIT* y *la APRO* con un porcentaje en la pre-sesión de 40 y 32 respectivamente, disminución a 27 y 32 respectivamente en la sesión 12, y en el seguimiento a 27 y 20 por ciento respectivamente.

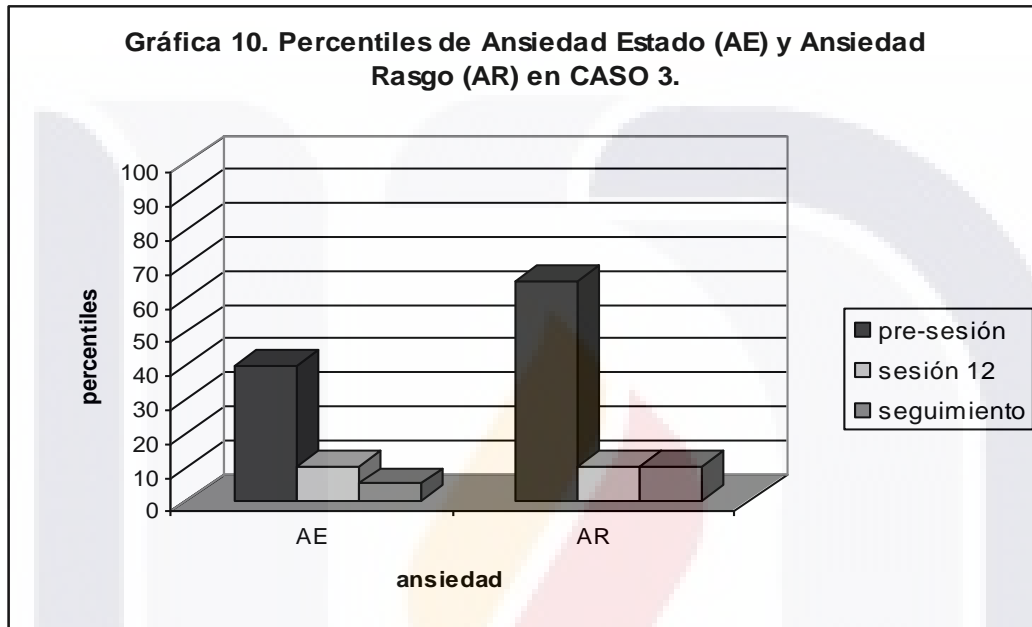


El resto de los grupos que incluye la *Baja tolerancia a la frustración (BTF)*, la *Condenación a sí misma (CON 1)*, *Éxito (EXIT)*, *Exigencia a los demás (EXIG 2)* y la *Condenación a los demás (COND 2)* presentaron porcentajes en la pre-sesión por debajo de 60 por ciento, en la sesión 12 porcentajes por debajo de 45 por ciento, al igual que en la sesión de seguimiento

EL grupo de *EXIT* en el que no se presentaron cambios en los porcentajes de las tres evaluaciones se matuvo en un porcentaje de 50. El grupo de *CON 1* que disminuyó que estaba en la pre-sesión en 45 por ciento disminuyó a 25 por ciento en la sesión 12; en cambio, en la sesión de seguimiento se observa un ligero incremento a 30 por ciento coincidiendo este dato con los comentarios de la participante al respeto de sus cambios de comportamiento con su esposo al darse cuenta de la exigencia continua que él tiene y sus expectativas.

C) Escala de Ansiedad Estado (AE) y Ansiedad Rasgo (AR).

En la Gráfica 10 se observa que la participante presentó un patrón de respuesta similar a los anteriores casos en donde se dio un descenso importante tanto en la AE como en la AR, en el seguimiento continua la disminución en la AE y se mantiene la AR.



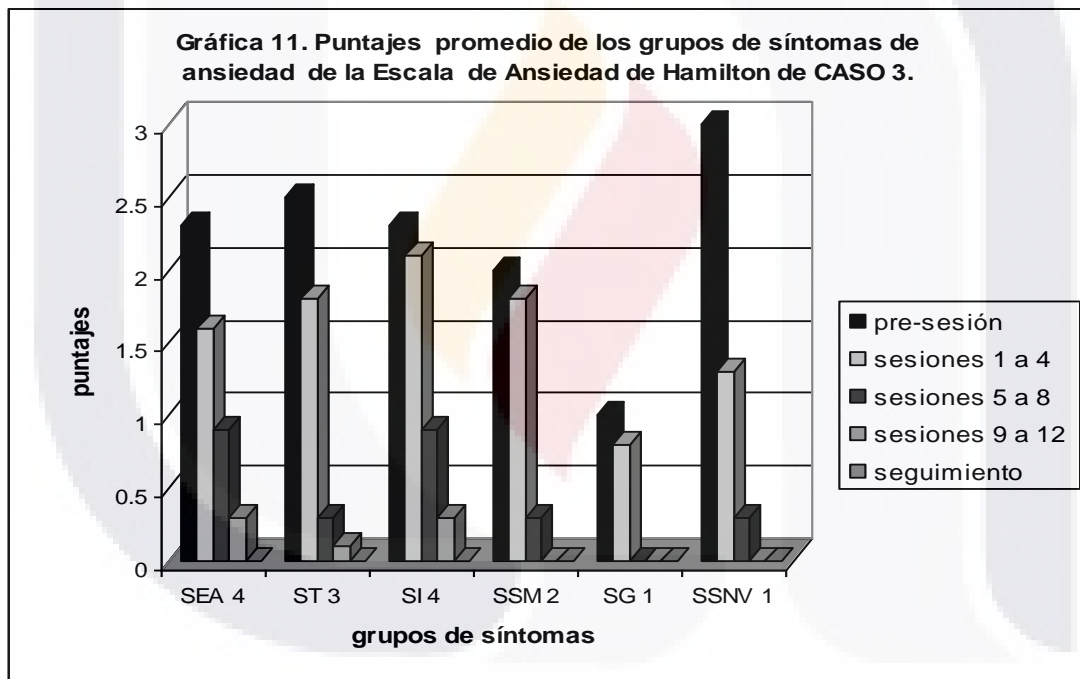
En la pre-sesión un percentil de AE dentro del margen considerado normal (P 40); en la sesión 12 obtuvo un percentil considerado bajo (P10) disminuyendo 30 puntos percentilares del puntaje inicial, en la sesión de seguimiento obtuvo un percentil considerado muy bajo (P5) con una disminución de 35 puntos percentilares del puntaje inicial.

En lo que respecta a la AR la participante presentó un percentil considerado normal elevado (P65), en la sesión 12 presentó un percentil considerado muy bajo (P10) indicando una disminución de 55 puntos percentilares del puntaje inicial. En el seguimiento esta respuesta se mantuvo en el mismo percentil.

D) Escala de Ansiedad de Hamilton.

La Gráfica 11 nos permite observar las respuestas promedio de ansiedad: físicas, fisiológicas y conductuales, que la participante presentó durante la intervención. En general se observa un patrón de disminución gradual hasta llegar a la ausencia de todos los síntomas.

En los resultados que muestra la participante se destacan grupos con respuestas iniciales intensas como los síntomas del sistema nervioso vegetativo (SSNV) los cuales disminuyeron de forma importante desde la tercera sesión para desaparecer a partir de la sesión 9. El grupo de síntomas gástricos (SG) se encuentra que inician con puntajes promedio de 1 y desaparecen a partir de la sesión 5.

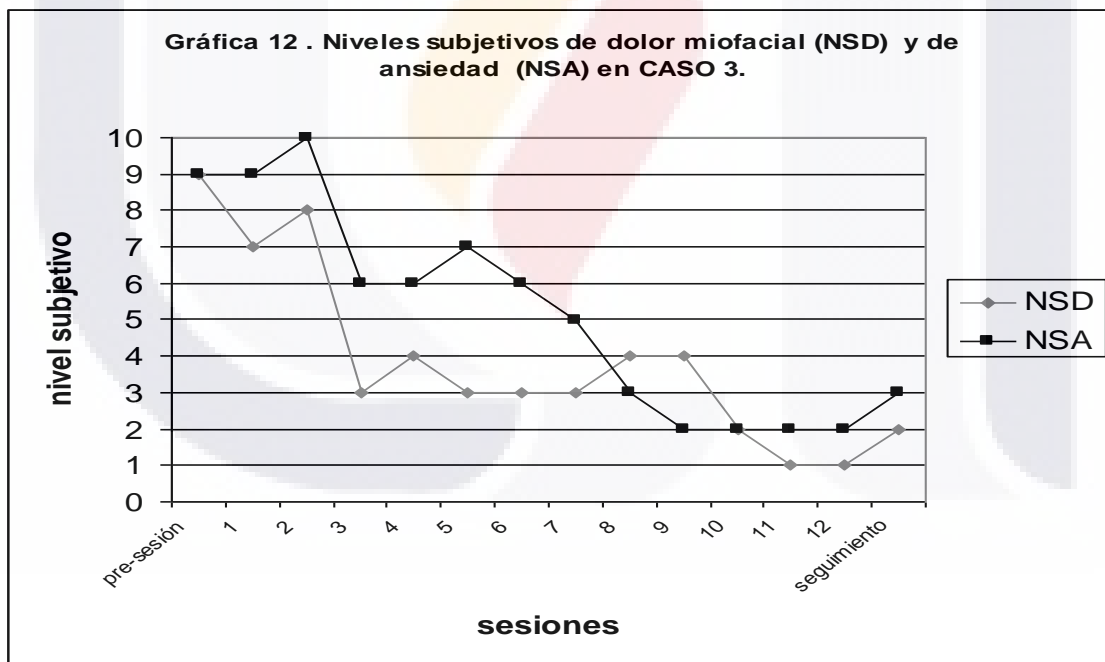


Los síntomas de presencia inicial moderada como los de estado ansioso (SEA), los síntomas de tensión (ST), los síntomas de insomnio (SI) y síntomas somato-musculares (SSM) muestran un patrón de disminución progresiva hasta llegar a un promedio de 0.3 (considerado como síntoma ausente) de las sesiones 9 a la 12 y en la sesión de seguimiento desaparecen (ver la Tabla 7).

E) Niveles Subjetivos de Dolor Miofacial (NSD) y Niveles Subjetivos de Ansiedad (NSA) en las sesiones.

En la Gráfica 12 se observa la auto-evaluación que la participante proporcionó de sus NSD y de ansiedad NSA a lo largo de la intervención. Se observa una disminución progresiva tanto en el NSD como en el NSA con una leve elevación no significativa de ambos en el seguimiento.

En los NSD puede apreciarse una disminución progresiva que va de una calificación de 9 en la pre-sesión, la cual desciende rápidamente a 3 en la sesión 3, hay un mantenimiento de esta puntuación de la sesión 5 a la 8 para comenzar a descender de nuevo hasta 1 en las sesiones 11 y 12 así como de 2 en el seguimiento. Se observan dos momentos de ligera elevación (de 1 punto) en la sesión 5, y las sesiones 9 y 10 que coinciden con situaciones de mal manejo en el cuidado preventivo del SDM, la elevación ocurrida en el seguimiento coincidió con la elevación del NSA.



En cuanto al NSA expresado se encuentra un patrón general de descenso con momentos de estabilidad, elevación y posterior disminución, esto puede verse en pre-sesión y sesión 1 sin cambios (9), sesión 2

elevación (10) y descenso en sesiones 3 y 4, para posterior elevación en sesión 5 y descenso rápido en sesiones 6, 7, 8 y 9 calificándose en 2 y manteniéndose así hasta sesión 12. La elevación del NSA de 1 punto en la sesión 6 coincide con preocupación intensa que presentó la participante al enterarse de que la ayudante del negocio les había robado. La elevación de 1 punto en la sesión de seguimiento en ambos NS es adjudicado por la participante a desacuerdos con su esposo por comenzar a exigirse menos a sí misma y a sus hijos.

F) Registros de verbalizaciones que reflejan pensamientos irracionales durante las sesiones de intervención.

Tabla 9. Lista cotejable de verbalizaciones irracionales presentadas por CASO 3 durante la intervención. Las verbalizaciones en negritas corresponden a las verbalizaciones propias de la participante no incluidas en la lista original.

Sesiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
perfecto	si	si	no	si	si	si	no	no	no	no	no	no	no
Desastre	si	si	si	no	no	si	si	no	no	no	no	no	no
es inútil	si	no	no	si	no	si	si	no	no	no	no	no	no
Siempre	si	no	no	si	si	no	no	no	no	no	no	no	no
Nunca	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
Nadie	si	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
Malo	si	si	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no
Terrible	si	si	si	si	no	si	si	si	no	no	no	no	no
lo peor	si	si	no	no	no	si	si	si	no	no	no	no	no
Debo	si	si	no	si	no	si	no	no	no	no	no	no	no
tengo que	si	si	si	si	si	si	no	no	no	no	no	no	no
Deberían	si	si	no	si	si	no	no	no	no	no	no	no	no
Debería	si	si	si	no	si	si	no	no	no	no	no	no	no
Tenemos que salir adelante	si	si	si	si	No	no	no	si	no	no	no	no	no
Todo debe estar bien	si	si	si	no	no	si	no	si	no	no	no	no	no

Destaca la presencia de varios expresiones irracionales en las 3 primeras sesiones como *"perfecto"*, *"debo"*, *"tengo que"*, *"deberían"* y *"debería"*, *"tengo que tener todo limpio"*, *"todo debe de estar bien"*,

"tenemos que salir del problema" y *"debería estar mejor"* las cuales fueron las más frecuentes, todas se presentaron predominantemente en la pre-sesión y durante las 5 primeras sesiones; éstas dejaron de presentarse en las sesiones 6 y 7, y posteriormente sólo se presentan algunas (*"todo debe de estar bien"*, *"tenemos que salir del problema"*) en la sesión 8 para luego desaparecer en las sesiones restantes (ver en la Tabla 9).

G) Observaciones de las actitudes, realización de tareas de casa, y sucesos importantes en el contexto durante la intervención.

Se observan cambios progresivos en las actitudes. Las respuestas a las tareas de casa se dieron de forma intermitente en un 60%.

Entre los sucesos importantes ocurridos durante la intervención se encuentran el que adjudica en un comienzo mucha de su tensión a su situación económica, para posteriormente tomarlo con más realismo y de forma práctica. La participante mostró gran influencia de preocupación continua de esposo por deudas y problemas en su negocio que disminuyeron progresivamente y que se delimitaron a un tiempo y espacio de diálogo y resolución de problemas. Se detectó en la participante autoexigencia constante en los quehaceres del hogar y la necesidad de control casi absoluto de sus hijos en etapa maternal y preescolar, las dificultades en el establecimiento de límites con sus hijos a quienes consideraba muy "demandantes". Lo anterior disminuyó al debatir expectativas en torno a la vida sin problemas, así como al revisar las características de su etapa de familia y de las necesidades de los niños en este tiempo y principalmente al debatir la exigencia obsesiva e irracional por mantener todo en orden y sin dificultades. Resultó importante adelantar sesiones de habilidades para colocar límites sanos, especialmente los relacionados con la disciplina con sus hijos y la resolución de problemas en las sesiones 6 y 7 (programadas para las sesiones 10 y 11) que de acuerdo con lo comentado por la participante ayudaron a su manejo apropiado del entorno y a debatir sus creencias al respecto de lo que "debería de ser". El debate en torno a la exigencia (en la sesión 3) fue de especial importancia pues se le observó

una actitud descansada a partir de la sesión 4 así como reportó ser menos estricta con sus hijos. Las creencias en torno a las exigencias, se trabajaron de nueva cuenta en la sesión 5 y en la sesión 7.

Tabla 10. Actitudes, respuestas a las tareas de casa y sucesos importantes alrededor de la participante del CASO 3 presentes durante la intervención

TABLA	ACTITUD	TAREAS	Sucesos importantes	Observaciones
1	Cansada	Si	Problemas económicos	
2	Adolorida	No	Problemas económicos	
3	Enfadada	Si	Tensa no alcanza a terminar quehaceres, culpa con hijos	
4	Descansada	Si	Estricta, culpa con hijos	Grita y exige constantemente
5	Descansada	Si	Menos exigente pero le gustaría mejor calidad	Compara con su infancia
6	Preocupada	no	Les robaron en negocio, no les alcanza	Ve a esposo tenso trata de apoyarlo
7	enfadada	si	Sus hijos muy demandantes, trata de exigirles menos y delimitar	Ve a esposo muy preocupado
8	preocupada	si	Le detectaron vph	Ambos muy tensos, diálogo, confianza.
9	desconfiada	no	Continua atención con ginecólogo, quiere estar bien.	Más tranquila aunque con temores Ambos en tratamiento.
10	Decidida	no	Menos exigente con hijos, les regaña menos	No le sigue la corriente a esposo en tensión.
11	Decidida	si	Cuidará a madre en el D.F.	Preocupada por dejar pendientes
12	satisfecha	si	Tranquila, buena experiencia con padres, mucho apoyo y seguridad	Nota menos tensión e irritabilidad
13	satisfecha	no	delimita	Acepta más su realidad, sabe que puede volver a ser muy exigente.

Destaca el diagnóstico de la presencia de Virus de Papiloma Humano (VPH) que la participante recibió un día antes de la sesión 8 y que le preocupó mucho, lo comenta y recibe información al respecto, se trabajaron los pensamientos en torno a la presencia del virus disminuyendo su ansiedad, en la sesión 9 la participante refiere darse cuenta de lo importante que es estar informada correctamente al respecto de las situaciones y el compromiso en su auto-cuidado para disminuir (no eliminar) sus respuestas ansiosas. En la sesión 11 refiere estar ansiosa debido a que tiene que ir al Distrito Federal a cuidar a su madre quien iba a ser intervenida quirúrgicamente, se revisaron sus *temores* y se refuerza el uso de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pensamientos racionales. Al regreso en la sesión 12 reporta respuesta satisfactoria en cuanto al afrontamiento de la situación así como en la sustitución de los pensamientos irracionales, refiere que sus padres lo notaron expresando agrado por verla "menos tensionada". La característica importante a destacar en el trabajo fué el identificar aprendizajes por modelado de parte de su familia de origen (padres, abuelos y tíos) en torno a la alta exigencia de continua calidad en su vida así como la poca aceptación de los límites que la vida impone, para ellos "todo depende de ti".

Finalmente la participante reconoce las ventajas de estos aprendizajes así como sus desventajas y el riesgo de caer fácilmente en una autoexigencia- exagerada, además de la influencia que ejerce su pareja en ella, pues él es más exigente y estricto que ella sobre sus respuestas lo cual decide comenzar a delimitar (ver la Tabla 10).

4.4 Resultados CASO 4

A) Datos relevantes de la participante.

Mujer de 37 años, casada con tres hijos de 14, 12 y 5 años; terminó la preparatoria, es la tercera de 6, trabajó en un negocio familiar hasta que se casó a los 23 años pensando que quizás se quedaría soltera. Se dedica al hogar, es católica y suele practicar su religión aproximadamente un 50%. No fuma, no ingiere alcohol ni drogas. No padece enfermedades crónicas. Su esposo tiene 38 años, terminó la preparatoria y se dedica al comercio; toma alcohol cada fin de semana hasta la ebriedad y sólo lo deja cuando hace "juramento".

En su historia destaca una infancia y adolescencia tranquila, muchas veces con deseo de tener más amistades, experimenta gran apoyo de ambos padres aunque refiere que creció en un ambiente muy "frío" de parte de ambos padres, con su padre hubo poco acercamiento pues era generalmente estricto, frío y duro en sus criterios: no le gusta que pasen mucho tiempo con su madre. La relación con la madre ahora ha sido favorable aunque de escaso contacto físico desde pequeña, menciona que es

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

muy conservadora y estricta, generalmente les está recordando lo "correcto". Ambos padres nacieron y crecieron en la "Chona" y tiene más de 40 años viviendo en Aguascalientes, están tranquilos y aún sin grandes dificultades físicas. Frecuenta a sus padres y hermanas y muy poco a sus dos hermanos.

Las situaciones que preocupan a la participante son las relacionadas con la conducta de su esposo quien es muy "machista" y generalmente la insulta o regaña "de la nada" en ocasiones es exigente hasta que ella lo pelea y le deja de hablar, le preocupa que frecuentemente se pone ebrio y aunque no es agresivo a ella le avergüenza mucho que su familia lo vea así, teme la critiquen por permitir esa situación, desde su noviazgo su esposo tomaba pero ella pensó que se le quitaría con el tiempo. Describe su relación conyugal insatisfactoria principalmente porque no percibe apoyo de su esposo en la crianza de sus hijos y en sus necesidades emocionales y porque frecuentemente el suele imponer su voluntad siendo "machista", le suele hacer frecuentes críticas a su labor en el hogar y a su arreglo personal, refiere que desde el comienzo de su matrimonio tuvo poca satisfacción en el trato que él le daba en su relación sexual pues lo ve con poco interés en hacer que ella se sienta bien y encuentre satisfacción sexual. La participante cree que estas dificultades con su esposo son consecuencia de haberlo aceptado como esposo por temor a quedarse soltera.

En relación con sus hijos, le preocupa el comportamiento de su hijo de 14 años quien suele ser grosero y demandante con ella no así con su padre, su segunda hija (12 años) está comenzando a imitar al mayor y esto la desespera y enoja mucho, desea controlarse y no molestarse tanto con ellos, piensa que la actitud que tiene su esposo con ella es lo que provoca que sus hijos la traten así. Se describe como aprensiva, no da ni acepta cariños pues no está acostumbrada, es muy irritable con sus hijos, los insulta con facilidad y les grita frecuentemente aunque por la noche al acostarse se siente muy culpable por ser así con ellos.

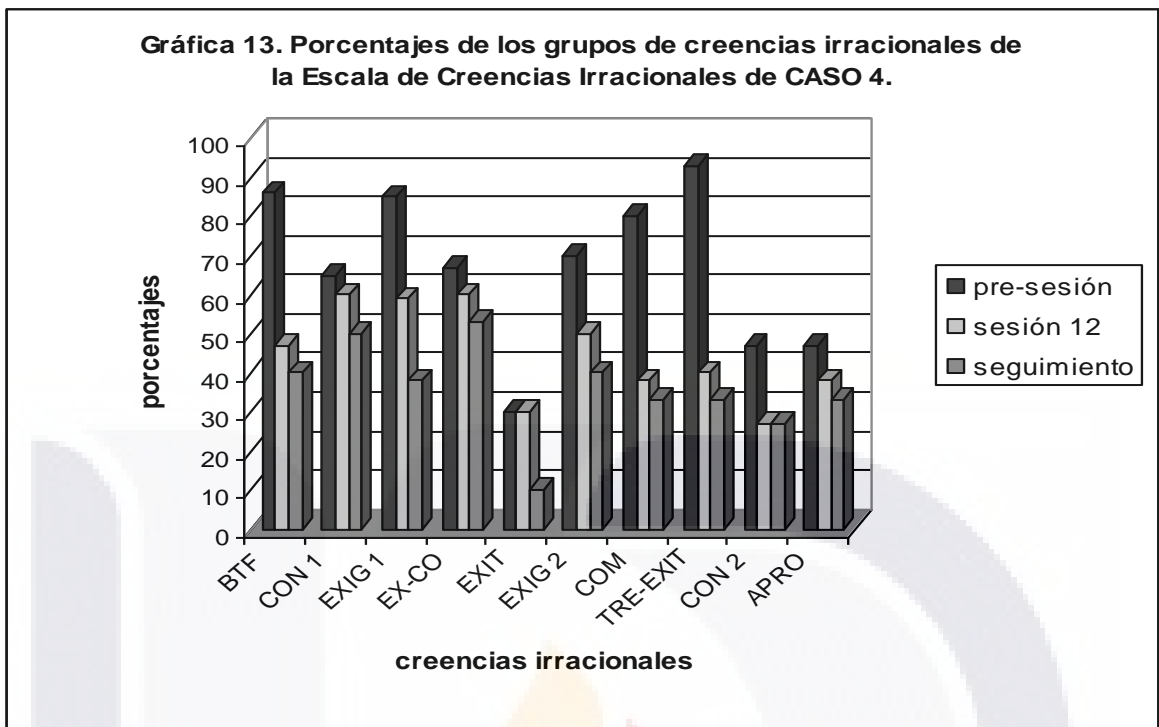
Comenzó con dolor en la zona temporomandibular hace más de 3 años aunque hasta hace 4 meses la diagnosticaron con Síndrome Doloroso Miofacial, el principal síntoma era el dolor de cabeza y cuello además de dolor en mandíbula después de hablar mucho. Desde hace 8 meses ha presentado problemas para dormir, suele presentar insomnio, piensa demasiado en sus pendientes y en promedio duerme de 4 a 5 horas diarias.

Los valores importantes y las principales creencias de la participante giran en torno a la vida, el amor a Dios, a la virgen y el respeto a sí misma y de los demás.

B) Test de Creencias Irracionales (IBT).

La Gráfica 13 muestra los porcentajes obtenidos en el ABT. Se puede observar cómo todas las creencias evaluadas descendieron gradualmente exceptuando la relacionada con éxito (EXIT) y aún cuando algunos grupos no mostraron cambios tan evidentes en general la disminución se presentó en todos en la fase de seguimiento.

Destacan como principales creencias irracionales las que tienen que ver con el grupo de *Tremendismo por éxito* (TRE-EXIT), *Necesidad de aprobación* (APRO), *Baja tolerancia a la frustración* (BTF), *Exigencia a sí misma* (EXIG 1), y *Comodidad* (COM) las cuales en la pre-sesión presentaron en promedio un 86 por ciento de presencia, en la sesión 12 disminuyeron en promedio hasta el 44 por ciento y en la sesión de seguimiento continuaron disminuyendo en promedio hasta el 35 por ciento. Al respecto de los grupos en el que el porcentaje en la pre-sesión fue de menos de 50 por ciento se encuentran el *éxito* (EXIT) y la *condena a los demás* (CON 2) con un porcentaje promedio en la pre-sesión de 38, en la sesión 12 de 28 y en la de seguimiento de 19. Se observa que los grupos que menor disminución porcentual presentaron fueron los de *condena de sí misma* (CON 1), *exigencia por comodidad* (EXCOM) que en la pre-sesión presentaron un promedio porcentual de 66 el cual disminuyó en la sesión 12 a un promedio de 60 por ciento y en el seguimiento un 52 por ciento.



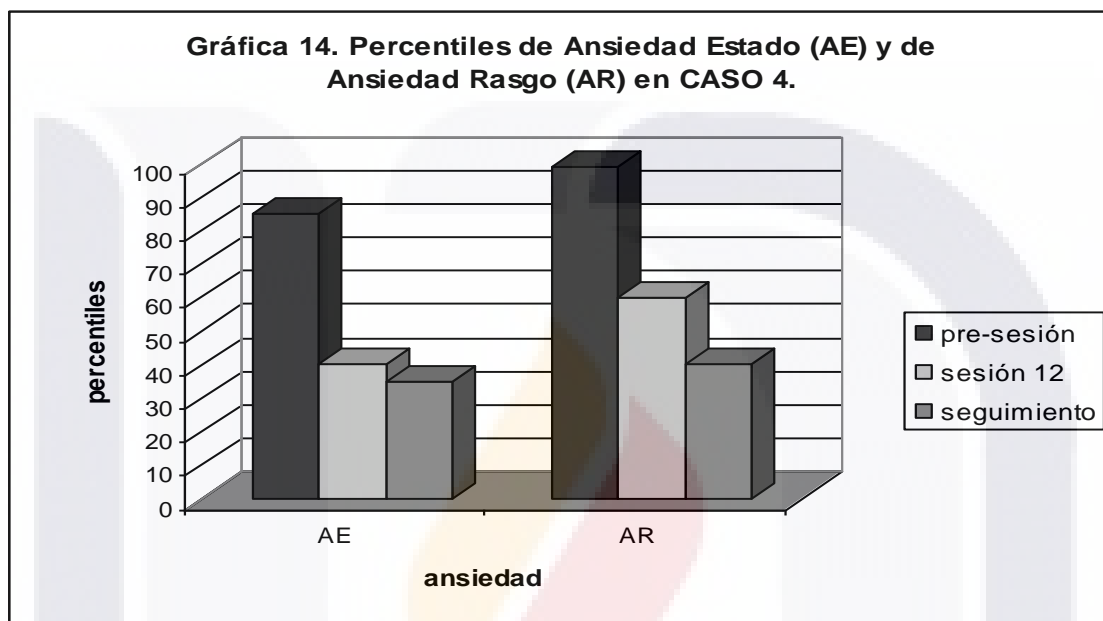
C) Escala de Ansiedad Estado (AE) y Ansiedad Rasgo (AR).

En la Gráfica 14 se observa que en general tanto para la AE y AR se presentó una disminución gradual no obstante la respuesta en este caso es distinta a los resultados que se habían observado en los anteriores casos ya que la magnitud de cambio fue menor en relación a éstos. La participante presentó en la pre-sesión un percentil de AE dentro del margen considerado elevado (P 85); en la sesión 12 obtuvo un percentil considerado normal (P 40) disminuyendo 45 puntos percentilares del puntaje inicial, en la sesión de seguimiento obtuvo un percentil considerado bajo (P 35) con una disminución de 50 puntos percentilares del puntaje inicial.

En lo que respecta a la AR la participante presentó un percentil considerado elevado (P 99), en la sesión 12 presentó un percentil considerado normal (P 60) indicando una disminución de 39 puntos percentilares del puntaje inicial. En el seguimiento presentó una respuesta

considerada normal (P 40) disminuyendo 59 puntos percentilares del puntaje inicial.

Puede observarse que tanto la AE como la AR disminuyeron aunque es más evidente la disminución de la AE en la sesión 12 y de la AR en la sesión de seguimiento.

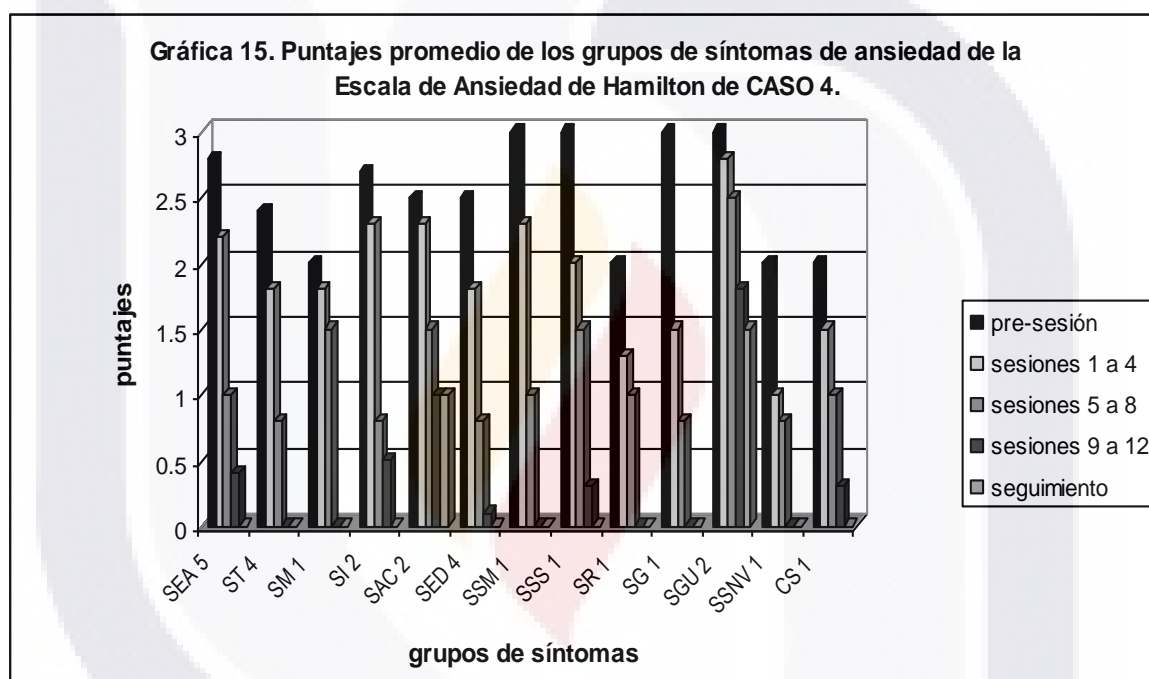


D) Escala de Ansiedad de Hamilton.

La Gráfica 15 nos permite observar las respuestas promedio de ansiedad: físicas, fisiológicas y conductuales, que la participante presentó durante la intervención. Se puede observar de forma general que todos los indicadores disminuyeron progresivamente y que a partir de la sesión 9 la disminución está por debajo de 1 punto (de 0.5 a 0.0).

En sus respuestas se encuentran cuatro patrones de respuesta: a) Los grupos de síntomas predominantes como los de insomnio (SI) y los de estado depresivo (SED) que inician de forma intensa y desaparecen en la sesión 3. b) Los de estado ansioso (AEA), de tensión (ST) y los somato-musculares (SSM) y los de miedos (SM) que inician de forma intensa y moderada y desaparecen a partir de la sesión 5. c) Los grupos de síntomas somato-sensoriales (SSS), los gástricos (SG), respiratorios (SR), los del

sistema nervioso vegetativo (SSNV) así como la conducta en la sesión (CS) que en la pre-sesión se presentan de forma intensa y van disminuyendo progresivamente hasta desaparecer en la sesión de seguimiento. d) Los grupos de síntomas del sistema genito-urinario (SSGU: ausencia de libido y frigidez) y los de alteración cognitiva (SAC: mala concentración) que iniciaron de forma intensa y moderada respectivamente, disminuyen lentamente y en el seguimiento se mantienen presentes en forma leve.

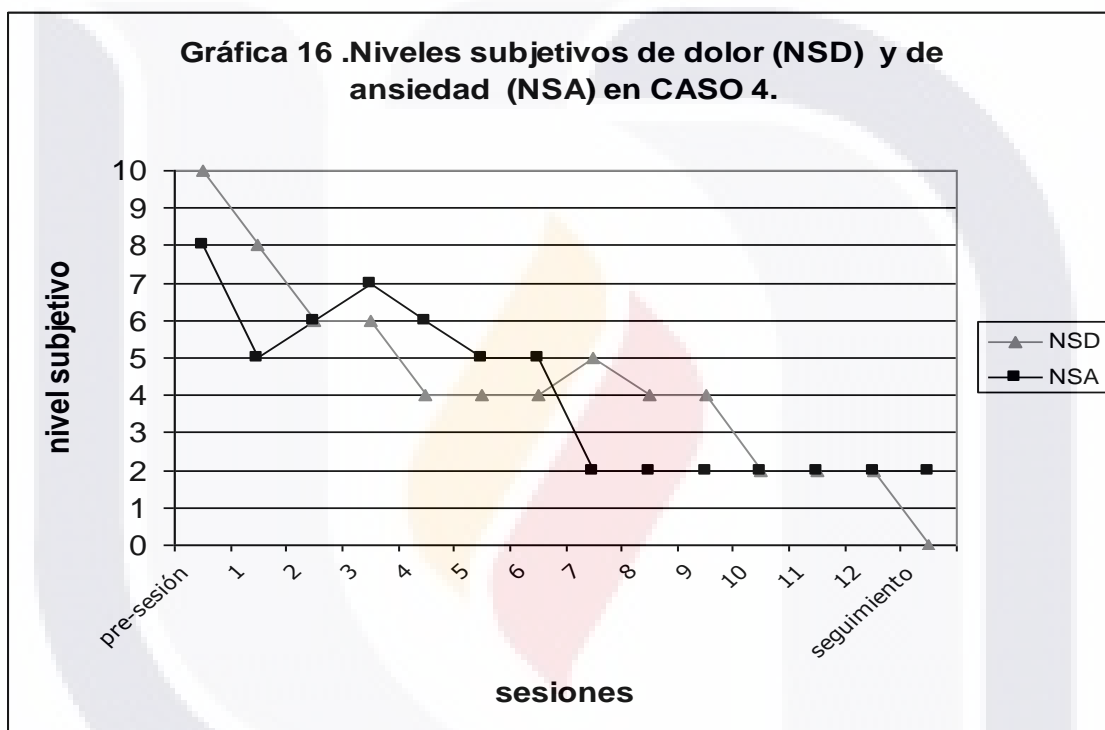


E) Niveles Subjetivos de Dolor Miofacial (NSD) y Niveles Subjetivos de Ansiedad (NSA) en la sesiones.

En la Gráfica 16 se observan un mismo patrón de descenso gradual tanto en los NSD como en los NSA.

Los NSD de la participante se presentaron en forma descendiente iniciando en la pre-sesión con 10, llegando a la sesión 12 y al seguimiento con 2. Se observa solo la elevación de un punto en la sesión 8 en la que la participante reportó incremento del dolor posterior a platicar y gritar un buen rato en un día de campo. El NSA presentó en general un descenso

progresivo aunque con más fluctuaciones que el NSD, en la pre-sesión se autoevalúa con 8, en la sesión 1 descendió a 5 coincidiendo con la expresión de sus problemas conyugales ya que de acuerdo con la participante no lo había expresado con nadie. En la sesión 3 se eleva a 7 coincidiendo con una confrontación que tuvo con su hijo adolescente y una pelea con su esposo por levantar sus órdenes. Posteriormente disminuye progresivamente hasta quedarse en 2 en la sesión 12 y en el seguimiento.



F) Registros de verbalizaciones que reflejan pensamientos irracionales durante las sesiones de intervención.

En la lista cotejable se encuentran con más frecuencia las verbalizaciones relacionadas con pensamientos negativos y radicales-extremos (condenadores) como "malo", "incompetente", "inútil", "estúpido"; "siempre", "todo el mundo", "nadie", que fueron las más frecuentes aunque desaparecieron entre las sesiones 4 y 6; las verbalizaciones de los pensamientos exigentes como los "debo", "tengo que ", "deberían" y "debería" que estuvieron presentes hasta las sesiones 7 y 10, las

verbalizaciones relacionadas con pensamientos negativos “para qué”, “no tiene caso” y “no pasa nada” se presentaron en menor cantidad pero solamente hasta la sesión 5. Las verbalizaciones propias de la participante fueron “tenemos que llevarnos bien”, “nunca me van a respetar”, “ni caso tiene si desde el principio estuvo mal”, “debería de controlarse”, presentándose pocas veces hasta la sesión 7 (ver la Tabla 11).

Tabla 11. Lista cotejable de verbalizaciones irracionales presentadas por CASO 4 durante la intervención.

sesiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
verbalización													
desastre	si	si	no	no	si	no	no	No	no	no	no	no	no
Inútil	si	no	no	si	si	no	no	No	no	no	no	no	No
Siempre	si	si	no	si	no	no	no	No	no	no	no	no	no
todo el mundo	si	si	no	si	no	si	no	No	no	no	no	no	no
Nadie	si	si	no	si	no	no	no	No	no	no	no	no	no
estúpido	si	si	si	no	si	si	no	No	no	no	no	no	no
Malo	si	si	si	no	no	no	no	No	no	no	no	no	no
incompetente	si	no	si	si	si	no	no	No	no	no	no	no	no
Terrible	si	si	no	no	si	no	no	No	no	no	no	no	no
lo peor	si	no	si	si	no	si	no	No	no	no	no	no	no
para qué	si	si	no	si	si	no	si	No	no	no	no	no	no
no tiene caso	si	si	si	no	si	no	no	No	no	no	no	no	no
no pasa nada	si	no	si	si	si	no	no	No	no	no	no	no	no
Debo	si	si	si	si	no	no	no	No	si	si	no	no	no
tengo que	si	si	no	no	si	no	si	No	no	no	no	no	no
deberían	no	si	si	no	si	si	si	No	si	si	no	no	no
Debería	si	si	si	si	no	no	no	No	si	Si	no	no	no

G) Observaciones de las actitudes, realización de tareas de casa, y sucesos importantes en el contexto durante la intervención.

Se observan cambios progresivos en las actitudes. Las respuestas a las tareas de casa se dieron de forma intermitente en un 50%, refería poca costumbre de leer y mala memoria por lo que varias tareas se hicieron al inicio de las sesiones. Entre los sucesos importantes ocurridos alrededor de la participante durante la intervención, se encuentran en un inicio constantes altercados y discusiones con su esposo, las situaciones a las que adjudicaba su tensión solían ser estos problemas, pues su esposo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

frecuentemente llegaba ebrio a casa y aunque no la molestaba cuando él estaba así, ella se angustiaba porque temía desaprobación de su familia y amistades al verlo en ese estado. La participante refirió que generalmente sentía enojo, frustración, desesperación y vergüenza al ver a su esposo ebrio pues frecuentemente pensaba que era lo "peor que le podía pasar" y también le preocupaba lo que podían decir los demás al verlo. Aunado a esto refería tener dificultades para manejar a sus hijos, especialmente para relacionarse con su hijo adolescente que se mostraba grosero con ella y que de acuerdo con la participante su esposo influía fuertemente en esto al criticarla y devaluarla frecuentemente delante de sus hijos. Al final de la sesión 1 refirió nunca hablar acerca de su situación conyugal por temor a ser criticada y porque aprendió de sus padres que "los trapos sucios se lavan en casa", pero tampoco lo platicaba con su madre o hermanas pues temía que ellas la criticaran como lo hacían cuando eran solteras. Percibía demasiadas responsabilidades, lo que le llevaba a presentar insomnio frecuentemente, que a su vez notó influía en su desesperación e irritabilidad. Reconoció la influencia de su familia de origen en sus creencias al respecto de la necesidad de aprobación de los demás y de la auto-exigencia y su consecuente frustración, así como la influencia de esto en la frecuente vergüenza con los demás cuando ocurrían situaciones indebidas socialmente. La participante experimentaba inseguridad en el trato con sus hijos especialmente porque no notaba apoyo de su esposo y porque frecuentemente estaba siendo criticada delante de sus hijos de parte de éste. Al respecto de su forma de relacionarse con sus hijos, en la intervención se agregaron progresivamente herramientas de manejo de disciplina, asertividad con sus hijos, ambos temas correspondientes al desarrollo de habilidades que fueron programados para las sesiones 9, 10, 11 aunque de cualquier forma se reforzaron en dicha sesión.

Tabla 12. Actitudes, respuestas a las tareas de casa y sucesos importantes alrededor de la participante del CASO 4 presentes durante la intervención.

	ACTITUD	TAREAS	Sucesos importantes	Observaciones
1	Tensa	Si	Problemas con esposo alcohólico	Refiere nunca platicar acerca de eso, le avergüenza
2	Tensa	No	Muchas responsabilidades	Mejora su sueño, ha seguido estrategia de preocuparse sólo una hora al día.
3	Nerviosa	Si	No experimenta apoyo del esposo, hijo adolescente grosero.	Pelea con esposo
4	Acelerada	Si	Irritable, gritona, demandante, desesperada.	Trata de calmarse revisando folletos. Se da cuenta de que se desquita con sus hijos.
5	Tranquila	No	Menos exigente con hijos. Avergonzada por esposo ebrio con la familia	Aún sin saber cómo tratar a adolescente. Confronta al esposo.
6	tranquila	no	Esposo jura no tomar en un año	Reconoce sus pensamientos exagerados
7	enfadada	Si	Esposo la critica, levanta castigos	Comienza a poner límites con esposo.
8	tranquila	Si	Habla con hijo adolescente, lo apoya, le corresponde	Ambos muy tensos, pelea y luego diálogo.
9	preocupada	No	Padre con problemas de salud, ve a su madre triste.	Juega con hijos menores. No hace caso de las bromas de esposo.
10	tranquila	No	Menos exigente con hijos, se da tiempo para sí misma	Madre nota cambios
11	cuestionada	No	Revisa su relación conyugal, casada por no dejar pasar la oportunidad.	
12	tranquila	Si	Tranquila ocupada en mejorar relación con hijos y ser tolerante con esposo.	Busca el lado favorable de su relación.
13	tranquila	No	Identifica sus reacciones somáticas cuando está tensa, identifica verbalizaciones y corrige a hijos.	

En la sesión 5 la participante fue capaz de confrontar a esposo sin perder el control emocional así como progresivamente fue tomando seguridad para el manejo de la disciplina con sus hijos. En la sesión 6 la participante comenta que su esposo hizo "juramento" de no tomar por un año lo que la mantuvo más tranquila, se le hace saber que esa decisión ayudará a que se concentre en su proceso pero que no es la solución a la adicción que ya presentaba su esposo y que tendrá que afrontarlo más adelante. Posterior a esto se observa que la participante va colocando límites en el trato que percibe de su esposo y que afecta en su auto-concepto y en su relación con los hijos. La participante se auto-percibe menos exigente con sus hijos y menos aprensiva de la opinión de los demás, su madre le hace referencia a los cambios positivos que ha presentado y le acompaña a las sesiones. Finalmente la participante logró identificar sus reacciones somáticas cuando experimentaba tensión, empleando distintas formas de manejo así como la identificación de las verbalizaciones en las que empleaba comentarios humorísticos y ocasionalmente irónicos con su esposo, sus hijos, sus hermanas y durante la sesión misma (ver la Tabla 12).

CAPITULO 5. Discusiones, conclusiones y sugerencias.

5.1 Discusiones

Los resultados de la aplicación del MODELO DE INTERVENCION PARA ADULTOS CON SINDROME DOLOROSO MIOFACIAL DESDE LA TREC muestran la disminución significativa en pensamientos exigentes, negativos y catastróficos, así como el uso del debate de las creencias irracionales que mostró efectividad en corto tiempo; sin embargo el proceso de cambio presentó varios momentos críticos para las participantes pues el cuestionamiento de las consecuencias del rompimiento de los patrones culturales y los alcances de esto no resultaban atractivos inicialmente, por ejemplo, en todos los casos en donde la consecuencia clara de un pensamiento más racional fue no seguir los límites de expresión emocional que la familia imponía implícita o explícitamente (el hijo mayor en el CASO 1 y el esposo en CASOS 2, 3 y 4) fue difícil, y tuvo que debatirse en varios momentos ayudando la revisión de las consecuencias desagradables a corto, mediano y largo plazo en el caso de que decidieran cambiar esto; también fue de mucha utilidad cotejar esta preocupación con sus metas personales y familiares ya que al hacerlo las participantes se dieron cuenta de lo significativo que resultaría dejar de estar condicionadas por la expectativa de un conjunto de creencias poco o nada ajustadas a su realidad, a sus necesidades físicas y emocionales actuales y a su situación específica de desarrollo representando un factor motivacional personal que se hizo evidente en su interés por el cambio, este aspecto coincide con la importancia que Ellis y Abrahams (1987); Ellis y Grieger (1981^a) , Ellis, (1994) le dan al establecimiento de las metas por parte del participante ya que esto implicará el compromiso personal de cambio y superación.

Retomando el punto del ajuste a la realidad de cada participante, fue significativa la respuesta confiada y cooperadora una vez que se les daban ejemplos concretos de cómo actuaban a partir de sus creencias irracionales y cómo éstas se presentaban como grandes obstáculos para identificar sus

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

propias necesidades físicas-fisiológicas (por ejemplo las relacionadas con su edad y respuesta hormonal) y cómo, combinadas con las necesidades afectivo-sociales generaban conflictos que generalmente se afrontaban reprimiendo las necesidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales. El favorecer la identificación de las necesidades del ser humano en continuo desarrollo fue un elemento de gran ayuda para disminuir la ansiedad perturbadora: el “no debería de tensarme por esto” estaba muy vinculado con la expectativa social familiar, cultural e inclusive económica sin considerar las capacidades y elementos contextuales propios de su etapa de desarrollo por ejemplo en los cuatro casos se presentaron diferentes condiciones propias del desarrollo del adulto maduro: en el CASO 1 el ser madre, abuela, estar viviendo el climaterio y estar lidiando con hijos de 22 y 38 años y las necesidades y expectativas tan diferentes que por sus edades tienen; en el CASO 2 la participante experimentaba el conflicto en el manejo de relación y disciplina con adolescentes y un hijo en etapa escolar que es presa fácil de manipulación y abuso muy frecuentes entre los niños de esta edad y de la problemática de abuso sexual que se comenta frecuentemente entre los vecinos; en el CASO 3 se observa la presión que se presenta en la etapa de crianza de los hijos en su infancia y etapa preescolar así como el manejo de hábitos y disciplina propios de estas edades; y finalmente en el CASO 4 en cuanto al manejo de las necesidades físicas y fisiológicas (sueño, alimentación, recreación) y como en el caso 2 y 3, el manejo de disciplina y autoridad. A partir de estas observaciones se hace evidente la necesidad de incluir en el proceso de intervención elementos psicoeducativos propios de la etapa de desarrollo que los participantes viven en las áreas física, emocional, intelectual, cognitiva y principalmente social que afrontan de acuerdo a sus condiciones actuales.

Una vez que las participantes identificaron las primeras creencias irracionales, se comenzaron a observar cambios muy explícitos en las actitudes así como en las expresiones emocionales, en las expresiones verbales y en general en sus comportamientos integrales, esto se hace muy evidente en la disminución drástica de síntomas físicos (ver Gráficas

3,4,7,8,11,12,15 y 16), los cambios fueron progresivos y a favor de una vida más funcional siendo esto congruente con el planteamiento que hace Ellis (1981a, 1981b, 1996) cuando afirma que el cambio de las creencias erróneas conduce a un cambio favorable en las actitudes, emociones y conductas independientemente de que el entorno continúe generando dificultades.

En relación con las condiciones sociales se encuentra que los patrones culturales y su influencia sobre el comportamiento, son elementos que como ya se comentó, rigen considerablemente el aprendizaje y reforzamiento de creencias irracionales, esto representó uno de los cuestionamientos más agudos y difíciles ya que sabemos que tenemos como sociedad un conjunto de expectativas a cubrir de acuerdo con la etapa de desarrollo en la que estamos, aunado al bombardeo comercial que diariamente vivimos, sin embargo no siempre las personas conocen las características propias de su etapa de desarrollo de forma integral, ni como la comercialización manipula sus necesidades, es decir, pueden conocer lo que deberían hacer o cómo deberían comportarse, pero desconocen que su cuerpo está presentando cambios que pueden afectar las relaciones con los demás o bien que los cambios y las necesidades socioeconómicas pueden afectar estas expectativas y entonces este ajuste se ve forzado y trae como consecuencia insatisfacción, expresada en estados ansiosos que se reflejarán disminuyendo la calidad de respuestas funcionales y aumentando las respuestas disfuncionales como la ansiedad del yo y la ansiedad perturbadora (Ellis, 1994), tomando en cuenta esto y la presencia de múltiples factores ambientales muchas veces inevitables, como el tener que lidiar con hijos adultos conservadores en el CASO 1, un vecino agresivo en el CASO 2, un esposo exigente en el CASO 3 y múltiples deudas, un esposo alcohólico en el CASO 4; surgió en varios momentos la necesidad de controlar los estímulos ambientales que resultaba en frustración por parte de las participantes lo cual dio múltiples oportunidades de debate que finalmente llegó a producir el insight necesario para reconocer que el verdadero cambio no proviene del control de los estímulos ambientales

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sino de la forma en que estaban evaluando la situación y las respuestas que esto provocaba. Como complemento, durante las primeras sesiones al explorar las principales creencias irracionales de las participantes, fue necesario realizar momentos psicoeducativos que no habían sido considerados inicialmente pero que resultaron trascendentes para la disposición de las participantes. Estos momentos de psicoeducación generalmente no rebasaban más de quince minutos y los temas centrales fueron en los cuatro casos relacionados con el manejo de las relaciones en el círculo familiar, la colocación sana de los hijos en sus distintas etapas de desarrollo y el conocimiento y manejo del autocuidado físico de acuerdo con las necesidades de su etapa de vida.

Una de mis preocupaciones principales al proponer esta intervención fue la de evitar que se convirtiera en una intervención fugaz, principalmente por el hecho de ser breve, después de varias correcciones al plan de intervención y al comenzar su aplicación y evaluar las respuestas iniciales favorables de las participantes quedó claro que era posible efectuar modificaciones en las raíces de la filosofía personal (conjunto de creencias), pues a pesar de la tendencia a pensar distorsionadamente y a autovictimizarnos, todas las personas tenemos la posibilidad de realizar modificaciones si se insiste en promover el abandono de las molestias y trastornos presentes por medio de la promoción del pensamiento racional y preferencial y evitando el pensamiento rígido, obligatorio y condicionado, ya que mientras se esté vivo habrán situaciones a las que se puede responder con "una actitud decididamente antiforzante y anticatastrófica" (Ellis, 1994 p. 86) que disminuye la susceptibilidad a los trastornos en el presente y futuro. Considerando la necesidad de refuerzo propuesta por Ellis al referir la importancia de la practica continua de la TREC (Ellis y Abrahams, 1987), se ve necesario agregar tres sesiones de refuerzo cada seis meses posteriores a finalizada la intervención de forma tal que los participantes sean reforzados al mes, siete meses, un año un mes, y un año siete meses después de finalizada la intervención. Hablando de las respuestas innatas relacionadas con el temperamento (en cuanto su sensibilidad hacia si mismo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y el entorno, intensidad, regularidad y grado de actividad) y su influencia en el desarrollo, y al compararla con los cuatro casos con los que se trabajó no se encuentran datos al respecto de factores temperamentales mostrados a temprana edad únicamente la referencia de que tres de los casos manifestaron ser muy "sensibles" desde pequeñas (CASOS 2, 3 y 4). Al respecto del papel del ambiente se observa una gran influencia del estilo de crianza de parte de los padres en la infancia, el conjunto de expectativas que colocaron sobre sus hijas así como el conjunto de restricciones asociadas a sus vivencias, creencias y temores que condicionaron muchas respuestas de parte de las participantes y que marcaron el tipo de afrontamientos que tuvieron durante el tiempo anterior a la intervención; estas creencias fueron frecuentemente reforzadas por las creencias socioculturales, es por esto que se podía haber esperado una gran resistencia al cambio por parte de las participantes ya que sus hábitos de valoración y afrontamiento estaban muy arraigados, sin embargo y contrario a mi temor inicial, observé que las participantes con mayor número de problemas y mayor edad, tuvieron mayor apertura al cambio así como mayor disposición a las tareas y a los ejercicios de exposición-expresión, así como mayor iniciativa para continuar realizando modificaciones en sus vidas (ver CASO 1 y 2). Esto me lleva a cuestionar ¿es el factor motivacional el que influye potenciando la capacidad de cambio una vez que se llegó al insight? ¿es el estilo interactivo o los rasgos de personalidad de las participantes lo que influye en la rapidez o lentitud en la que se presenta el insight? Por ahora no tengo los elementos para responder a la segunda pregunta, pero al revisar los datos relevantes de las participantes y las observaciones de las actitudes, la realización de tareas y sucesos importantes durante la intervención (puntos A y G de los CASOS en resultados de la intervención) parece que la convicción y necesidad de cambio por parte de las participantes es un factor predominante en la modificación de las creencias irracionales y por ende de las respuestas emotivo-conductuales (Lega, Caballo y Ellis 1997). Al respecto de la influencia de los factores hereditarios encuentro que Seligman y Hager

(1972) refieren que la dotación genética de los organismos proporciona un aparato asociativo especializado que marca cómo influye la experiencia en ellos. Según estos autores es gracias a la selección evolutiva que los organismos están constituidos biológicamente para asociar ciertos acontecimientos con más facilidad que otros. Esta facilidad de asociación varía de unas especies a otras y es probablemente muy específica para los distintos eventos, esto hace que muchas veces no alcancemos a distinguir la delimitación contextual y tengamos aprendizajes disfuncionales de expectativas, y aún a pesar de que el aprendizaje de contingencias tiene un valor adaptativo importante, no siempre funciona como es deseable, pues podemos efectuar generalizaciones y presentar conductas temerosas o agresivas sin un desencadenante real, limitando nuestra capacidad de respuesta funcional; por lo que se hace indispensable la revisión y "actualización" de la funcionalidad de los aprendizajes, considerando el punto inicial de este párrafo sería interesante en posteriores trabajos de intervención poder evaluar con la debida precisión las variables que tienen relación con los factores hereditarios, aunque por ahora este trabajo no tiene los elementos para identificar que elementos si es congruente con lo afirmado por Ellis en la propuesta de la TREC (Ellis y Abrahams, 1987; Ellis, 1996) que afirma que tenemos una tendencia biológica y una tendencia cultural a pensar distorsionadamente así como devaluarnos a nosotros mismos (sentirnos menos) que nacemos con cierta herencia que muchas veces nos predispone a tener actitudes o conductas erróneas además de sentirnos "menos" "poca cosa" en este mundo y con gran facilidad tendemos a auto-victimizarnos, y a generar creencias perturbadoras y a perturbarnos porque estamos perturbados (ansiedad perturbadora), esto puede observarse principalmente en la primera evaluación de las participantes en donde las creencias irracionales, en su mayoría se encontraban elevadas en especial las relacionadas con la autoexigencia y aunque no hay datos que indiquen que sus creencias irracionales son innatas, si hay datos que refieren un reforzamiento continuo por el contexto ambiental en el que se desarrollieron, por lo que parece

que continua predominando la presencia de creencias evaluadoras aprendidas muy probablemente desde temprana edad muy probablemente de forma inicial por condicionamientos de tipo clásico y posteriormente por condicionamientos operantes principalmente asociados a la necesidad de aprobación social (Bandura, 1982). A pesar de estos condicionamientos Ellis (1996) también afirma que tenemos la capacidad de ser conscientes de esto y podemos rechazar el molestarnos en pensar en lo que podría ocurrir si se hicieran o no ciertas cosas que podemos entrenarnos para lograr semi-automáticamente minimizar las perturbaciones de pensamientos para el resto de nuestras vidas, las evaluaciones de las sesiones 12 y el seguimiento de las creencias irracionales así como de la Ansiedad Rasgo dejan ver que las cuatro participantes disminuyeron considerablemente sus perturbaciones mentales y conscientemente eligen rechazar los pensamientos relacionados con minusvalía, ansiedad perturbadora y tendencia a la autoexigencia y perfeccionismo. La disminución importante de la ansiedad rasgo en las participantes (CASOS 1,2 y 4) demuestra que es posible la modificación de la filosofía personal a pesar de lo arraigado que se encuentren las creencias irracionales (ver gráficas 1, 2, 5, 6, 9, 10, 13 y 14 y el inciso G DE LOS 4 CASOS en los resultados de la intervención). Como ya se sabe esta propuesta de intervención se realiza en el ámbito de clínica médica por lo que las personas que acuden llegan con la expectativa de un trato de índole médico-paciente comprendido como activo-pasivo por lo que se esperaba inicialmente cierta dificultad para la realización de tareas y compromiso de cambio en los participantes por lo que se le dio énfasis a la importancia de la responsabilidad que tienen en su proceso psicoterapéutico y médico para lograr el bienestar (Bayés, 1991; Reynoso y Seligson, 2005), al respecto, la respuesta de las participantes en general fue más activa de lo esperado, puede evaluarse como muy favorable, ya que la realización de las tareas de casa estuvo en promedio de un 65 % de ejecución así como de la participación activa en las sesiones en un 80%, se pudo observar la desaparición progresiva de verbalizaciones irracionales (ver tablas 4,7,10 y 13), esto demuestra la capacidad y voluntad de los "pacientes" por su

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

bienestar y confirma lo dicho (Buendía, 1996) al respecto de la importancia de la participación activa de los "pacientes" quitando responsabilidad equivocada al médico y psicólogo, así como mostrándole la importancia de permitir la participación de las personas en su proceso, situación que muchas veces es condicionada por las necesidades de "control" y "sobrepotección" de parte de quienes trabajan en el ámbito clínico y de la salud (Buela-Casal, Caballo, y Sierra, 1996; Bayés, 1991). Aún cuando las participantes mostraron un buen nivel inicial de compromiso se consideró reforzar en las participantes lo que Ellis y Abrahams (1987) refieren utilizar la TREC como una "terapia de no rendición" que se apoya en que las personas son en alto grado responsables de originar y mantener su propio comportamiento alterado y que sólo ellas, y sólo ellas, tienen la capacidad para comprender , revisar y cambiar su conducta, y si siguen esta "autoterapia" es muy posible que les dure toda la vida, pues aunque el terapeuta les enseñe los principios de la TREC en pocas sesiones, si los practican continuamente, se apropiarán de éstos y los llevarán a la práctica hasta consolidar los cambios filosóficos y de comportamiento., por lo que juega un papel muy importante la conciencia de responsabilidad que sería muy conveniente generar y reforzar hacia su constante autoevaluación y afrontamiento a sus creencias irracionales.

El objetivo básico de la TREC promueve la reestructuración cognitiva en donde el significado es esencial pues determina las tendencias de respuesta y las puede influenciar para su ejecución. Para lograr con eficacia esto, Ellis (1979, 1980, 1996), Ellis y Grieger (1981a, 1981b); Lega, Ellis y Caballo (1997), fomentan el uso de distintas técnicas complementarias para reforzar la generación de creencias racionales que permitan una vida más sana y satisfactoria, sugieren el uso de técnicas cognitivas y técnicas conductuales. Con el uso de las técnicas, y como resultado de la revisión de las tendencias de respuesta en las participantes y la influencia que tienen los mecanismos de afrontamiento en las respuestas funcionales, se añadió en el modelo propuesto un rubro que adquirió importancia de forma progresiva en la intervención: la modificación del conjunto de las estrategias de

afrentamiento que emplea la persona con SDM y DTM. Al analizar las respuestas de las participantes, se encontró que en los cuatro casos se presentaban patrones de respuesta aprendidos "previamente" muy asociados a las expectativas y estrategias de manejo de su rol femenino, su rol de esposas o su rol de madres que habían aprendido por modelado o por indicación de figuras con autoridad, por lo que no las cuestionaban, únicamente experimentaban conflicto por no lograr cubrir dichas expectativas sin considerar su validez por lo que a la larga incrementaba su insatisfacción (ver incisos B y G de cada CASO en resultados), al respecto Buela-Casal, Caballo, Sierra (1995) y Bayés (1997), confirman la influencia que tienen los modelos de afrontamiento cognitivos que a temprana edad se activan de acuerdo con los mecanismos instintivos y posteriormente van siendo sustituidos por patrones de pensamiento y expectativas que ayudan a la supervivencia social. De acuerdo con esto resultaba necesario proporcionar nuevas estrategias de afrontamiento acordes a su posibilidad y realidad contextual que les permitieran mejorar su desenvolvimiento ya que identificaban sus pensamientos irracionales, sin embargo no sabían como lograr respuestas eficaces, eran conscientes de que había que cambiar pero aún les faltaba el cómo, por ello en las mismas sesiones se vió necesario el empleo de técnicas que favorecieran el desarrollo de habilidades como el tomar decisiones, solucionar problemas y establecer límites sanos las cuales se adelantaron (estaban programadas para las últimas cuatro sesiones) de acuerdo a la necesidad de las participantes, además se les hizo énfasis en la aplicabilidad del pensamiento racional en sus respuestas diarias cuestionando los "tienes que", "deberías" y comenzar a emplear los "no, gracias" "lo prefiero de otro modo", "no lo quiero así", "no estoy de acuerdo" y otros semejantes, sin dejar de considerar las características que su medio social tenía en cuanto a normas de comportamiento social y costumbres que castigan duramente a quienes no se someten a las normas y no se debe olvidar la influencia que tiene sobre nosotros la necesidad de aprobación de los demás (Bandura, 1982).

Atendiendo a lo anterior, el modelo que se propone para los pacientes con SDM y DTM se basa en la aportación de Ellis (1996), que promueve que una vez que se identifican las creencias irracionales se trata de cuestionar su adecuación a la realidad y su condición perturbadora. Esta adecuación a la realidad resultó una preocupación implícita en las participantes quienes de continuo expresaban conflictos de adaptación y temores en torno al cambio por diferir de lo que los demás estaban acostumbrados a ver en ellas como respuestas cotidianas (Ver incisos B y G de los cuatro CASOS en resultados) esto se fue aminorando conforme se revisó desde la TREC la distinción entre lo que se desea y lo que se necesita realmente, entre lo que se quiere ser y lo que se puede ser, entre lo que gustaría y lo que es de hecho (Ellis y Grieger, 1981a). En relación a esto se buscó definir la realidad de las cosas de forma ajustada y proporcional (realista y racional) insistiendo en la responsabilidad de las decisiones personales sobre lo que se puede y se tiene en la realidad. Como parte de un cambio en la filosofía de vida se encuentra el ajuste a las demandas del entorno de manera autónoma, responsable y con la convicción de qué es lo más sano y funcional dentro de sus posibilidades, aspectos que ya comenzaron a mostrar y que saben que pueden desaparecer si los dejan de considerar.

Relacionado con las respuestas sanas, Bandura (1982) afirma que cuando las personas se perciben a sí mismas como eficaces, reducen sus miedos anticipatorios y sus inhibiciones, además de que esta percepción de la propia eficacia afectará los esfuerzos que se efectúan para enfrentarse a las situaciones una vez iniciadas las respuestas, pues esta percepción de eficacia mantiene la esperanza de que finalmente se alcanzará el éxito. En relación con esto las participantes manifestaron esta percepción de autoeficacia inicialmente por las referencias de los demás y poco a poco en sus expresiones emocionales de satisfacción y finalmente en sus verbalizaciones de tono seguro y confiado al afirmar con satisfacción sus logros (ver inciso F y G de los cuatro CASOS).

Anteriormente no se había aplicado este tipo de abordaje en personas con estos diagnósticos, tampoco se había aplicado en la población de consulta externa en un hospital civil, y las terapias semejantes generalmente llevan entre 18 y 22 sesiones (las aplicadas en trastornos psicosomáticos) no siendo tan “breves” disminuyendo con esto la posibilidad de que los pacientes terminaran la intervención pues en esta población es frecuente la deserción principalmente debida a los escasos recursos económicos y de tiempo con los que disponen, sin dejar de lado la prioridad que por cultura, se le da a la salud física por encima de la salud mental y de la tendencia a buscar el camino más fácil y rápido en los tratamientos así como el de esperar resultados mágicos sin compromiso personal.

En lo que respecta a los síntomas físicos los resultados muestran un patrón de disminución rápida o progresiva lo cual resulta satisfactorio y congruente con los objetivos planteados por la propuesta sin embargo, se presentan síntomas cuya disminución resultó leve: los síntomas relacionados con la atención y memoria inmediata, los relacionados con la respuesta de tipo sexual, y los relacionados con la presencia de gastritis. En el caso de los pocos cambios en la memoria se encuentra que las participantes habían presentado problemas de atención- concentración y por ende en su retención desde la etapa escolar por lo que no necesariamente se consideraron como síntomas propios de la respuesta ansiosa y tampoco se esperaba que desaparecieran pudiendo ser un déficit cognitivo innato (por ejemplo la disfunción cerebral en la que se presenta déficit para mantener la atención). En cuanto a la pobre respuesta en la disminución de síntomas relacionados con la respuesta sexual: frigidez y libido baja, se encuentra que en los CASOS 1, 2 y 4 las participantes presentaron problemas en este tipo de respuestas desde el inicio de sus relaciones conyugales y se asocian en los tres casos a la percepción de la sexualidad como obligación y no como acciones placenteras además se encuentran experiencias desagradables como antecedentes (CASO 1, 2 y 4), no obstante se logra una disminución leve que indica que estas respuestas pueden ser favorables conforme las participantes modifiquen la percepción y

valoración que tienen en torno al valor de la sexualidad en su vida, las expectativas que tienen sobre sí mismas y su pareja en torno a esto y modifiquen gradualmente su disposición física para experimentarlo de forma más sana, estas respuestas nunca son inmediatas por lo que se esperan cambios graduales conforme apliquen la TREC en sus relaciones de pareja. Las participantes mostraron insight favorable sobre esto y con este conocimiento dos de ellas (CASO 1 y CASO 4) poco interés en cambiarlo por lo que valdría la pena considerar el conjunto de creencias irracionales asociadas a la necesidad sexual, a la experiencia placentera de la sexualidad y no sólo como medio de reproducción y la imagen deteriorada que se tiene de esto por la cultura en la que nos desenvolvemos expresada por las paciente como el placer sexual como pecado... la mujer que experimenta el placer sexual puede convertirse en una puta... el sexo es malo, no te querían si sabían que no eras virgen... entre otras.

En general la disminución de la sintomatología física durante la intervención y en el seguimiento permite corroborar la funcionalidad de la aplicación de la TREC a los problemas de SDM y DTM lo cual se une a las afirmaciones que hacen Caballo, Buena-Casal y Carrobbles (1996); Caballo y Blas (1997); y Lyddonn y Jones (2002) al referir que la TREC ha resultado exitosa en el tratamiento de los trastornos de ansiedad generalizada y en problemas psicosomáticos, en especial en relación a problemas gastrointestinales (Simon, 1996), cardiovasculares (Del Pino, 1996) y en el abordaje de problemas odontológicos (Pál-Hegedüs y Baldioceda, 1996). Se confirma lo aportado por Bayés (1997), Reynoso y Seligson (2005) al referir que a pesar de que los mecanismos presentes en los problemas psicosomáticos resultan difíciles de discriminar, se sabe que las respuestas emotivo-conductuales están muy ligadas a la manera en que la persona evalúa y como consecuencia afronta las demandas de su entorno, y que estas respuestas pueden ser funcionales o disfuncionales para su vida y pueden, al no ser funcionales, incrementar el daño orgánico dependiendo de la vulnerabilidad a determinadas enfermedades.

Al respecto del uso de material durante las sesiones observé que resultó de gran utilidad por el orden y guía para las sesiones, no obstante debe buscarse continuamente la retroalimentación de lo comprendido durante las sesiones e inclusive en algunos casos reajustarse en las personas que no presentan escolaridad o escolaridad mínima y que no tienen acceso a la lectura. Pude observar que las dos participantes que leían y realizaron con más frecuencia sus tareas de casa mostraron un insight más rápido y cambios evidentes y significativos en sus respuestas, si bien no se puede afirmar categóricamente esta afirmación porque no se establecieron instrumentos de evaluación específicos para esto (Bin, Diez y Waiburg, 2000) , sí se puede afirmar que existe una relación favorable en el uso del material de apoyo durante las sesiones con el aprendizaje y refuerzo de lo visto durante éstas.

Finalizo este apartado reiterando la pregunta que Ellis (Ellis y Abrahams 1980 p. 255) hace " ¿pueden los pacientes en realidad introducir en poco tiempo un cambio profundo, filosófico y de comportamiento en sus trastornos?" y a la que responde: "Sí, muchos de ellos pueden, y algunos lo hacen" cuando emplean el método filosófico-conductual de la TREC. Los resultados de esta intervención confirman esta afirmación principalmente al revisar la forma en que las participantes se autoevaluaron en cuanto a su ansiedad rasgo y las modificaciones en sus niveles subjetivos de ansiedad cotidianos.

5.2 Conclusiones.

La revisión de las consecuencias desagradables a corto, mediano y largo plazo fué de mucha utilidad además de la revisión de las metas personales y familiares y se asocia a la disminución significativa en pensamientos exigentes, negativos así como catastróficos que inicialmente resultó difícil por las características de la forma de pensar en nuestra cultura.

La identificación de las metas en las participantes representó un factor motivacional personal que fortaleció el interés por el cambio llevando a fortalecer el compromiso personal de cambio y superación.

El favorecer la identificación de las necesidades del ser humano en continuo desarrollo resultó de gran ayuda para disminuir las expectativas sociales, familiares, culturales e inclusive económicas que se encontraban fuera de la realidad de las participantes. Dado con lo anterior se hicieron necesarios los momentos psicoeducativos, breves y de los temas que más concernían a las necesidades de las participantes.

Una vez que las participantes identificaron las principales creencias irracionales los cambios fueron progresivos y a favor de una vida más funcional. Esta identificación estuvo muy relacionada con el insight en las participantes al respecto de que el verdadero cambio no proviene del control de los estímulos ambientales sino de la forma en que se evaluaban la situación.

Se observó que las participantes con mayor número de problemas y mayor edad, tuvieron mayor apertura al cambio así como mayor disposición a las tareas y a los ejercicios de exposición-expresión así como mayor iniciativa para continuar realizando modificaciones en sus vidas a pesar de la gran influencia del estilo de crianza, el conjunto de expectativas modeladas y las restricciones de parte de los padres en la infancia.

De acuerdo con la conducta de las participantes se puede afirmar que su convicción y su necesidad de cambio fue un factor predominante en la modificación de las creencias irracionales.

La respuesta de las participantes en general fue más activa de lo esperado descartando el prejuicio en torno a que en el ámbito hospitalario los pacientes tienen una actitud pasiva en su tratamiento principalmente si son orientados y si se les refuerzan los aprendizajes.

En los cuatro casos se presentaron patrones de respuesta relacionados con el rol femenino, su rol de esposas o su rol de madres que habían aprendido por modelado o por indicación de figuras con autoridad, por lo que fue necesario proporcionar nuevas estrategias de afrontamiento

acordes a su posibilidad y realidad contextual que les permitieran mejorar su desenvolvimiento.

El desarrollo de habilidades como el tomar decisiones, solucionar problemas y establecer límites sanos fue necesario en las sesiones intermedias.

Se observa que la mejoría sintomática en las participantes esta asociada a la disminución de la respuesta ansiosa así como a la modificación de sus hábitos de respuesta ansiosa aún en proceso de consolidación dando como consecuencia la modificación de las actitudes evaluadoras de sí mismas, de los demás y de su entorno haciéndolas más capaces de manejar adecuadamente sus respuestas emocionales y conductuales.

La disminución significativa de la ansiedad rasgo demuestra que es posible la modificación de la filosofía personal a pesar de lo arraigado que se encuentren las creencias irracionales, y con esto disminuir la presencia de ansiedad estado y dolor en la zona temporomandibular disminuyendo posibilidades de que se incremente el SDM.

Se corroboran los planteamientos iniciales ya que se observó la disminución de las principales creencias irracionales y a la par la disminución de los niveles subjetivos de dolor y de ansiedad además de la disminución de los principales síntomas físicos, fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales en las participantes.

Los cambios en las actitudes, pensamientos y valores que se promovieron con la TREC además de reflejarse en una mayor capacidad y habilidad para la detección y modificación de las creencias irracionales así como el afrontamiento efectivo hacia las situaciones estresantes cotidianas, también produce en las participantes una mayor satisfacción consigo mismas y con su relaciones interpersonales reconocido principalmente por personas cercanas.

El modelo propuesto demuestra ser útil en la modificación de creencias irracionales arraigadas que influyen directamente sobre las respuestas ansiosas (estado y rasgo), especialmente las respuestas de

ansiedad rasgo las cuales al ser consideradas como patrón de respuesta por el largo tiempo de reforzamiento parecerían muy difíciles de modificar.

A pesar de que la intervención propuesta es breve, los resultados muestran que puede ser aplicada con éxito en el ámbito clínico y de la salud con enfermos que presentan psicopatizaciones que tienen secuelas crónicas a nivel correctivo o bien como freno para el deterioro esperado en estos casos.

Los resultados de la intervención muestran que esta propuesta es viable como parte de una atención multidisciplinaria, dirigida a quienes padecen SDM y DTM al estar apoyada en las necesidades y características socioeconómicas y culturales de las personas que acuden a solicitar este servicio en Aguascalientes.

La adaptación de la propuesta de intervención confirma la funcionalidad del uso de Material ilustrado, Folletos para casa y Formatos de Tareas para casa acordes al nivel educativo que funge principalmente como reforzador de lo aprendido en las sesiones, además de ayudar al participante a ensayar y promover el cambio de filosofía personal.

Finalmente, los resultados de esta propuesta de intervención enfatizan que en el caso de los problemas de SDM y DTM que están asociados a respuestas ansiosas, la modificación de las creencias erróneas por unas creencias flexibles, realistas y preferenciales disminuyen la respuesta ansiosa propiciando la disminución de descarga tensional sobre las áreas temporomandibulares especialmente en la zona de la mandíbula, mejorando la respuesta emocional y física en estos pacientes, por lo que puede afirmarse que en estos casos la modificación de las creencias erróneas propicia acciones más funcionales para el afrontamiento más eficaz de las situaciones cotidianas que les generan altos niveles de ansiedad y psicopatización.

5.3 SUGERENCIAS.

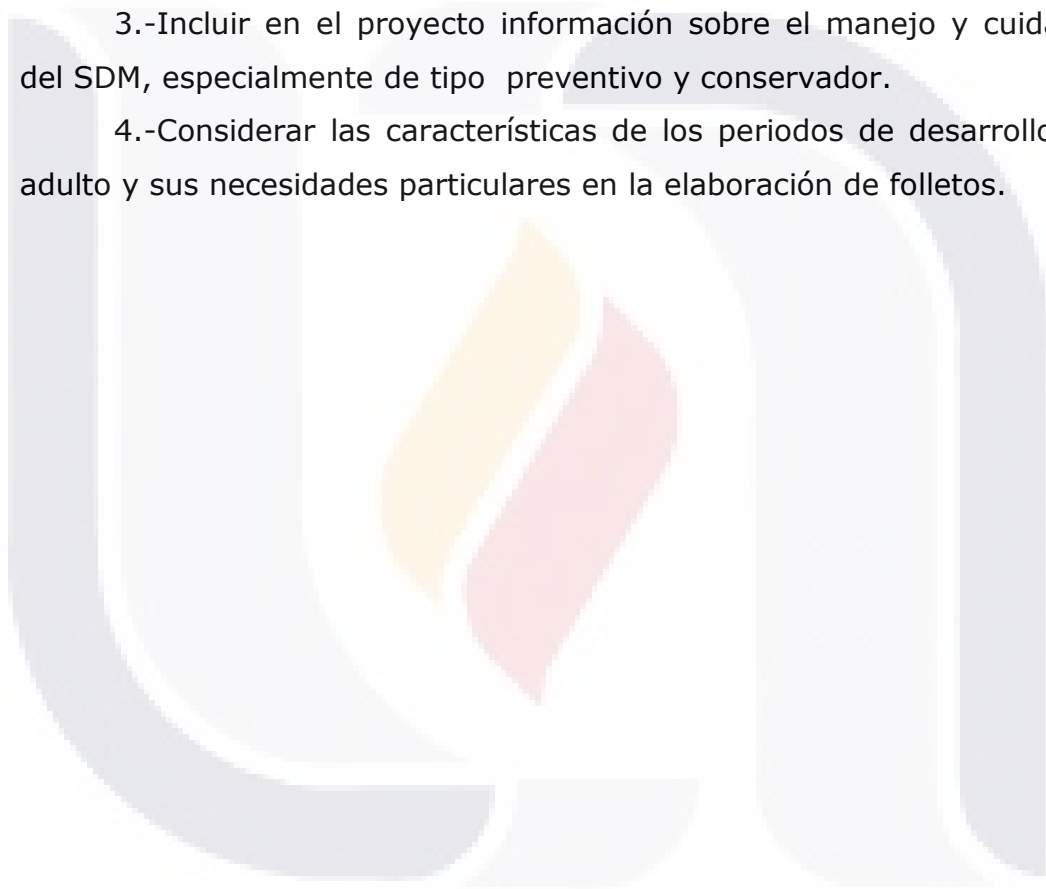
A partir de los resultados de la aplicación del modelo de intervención para adultos con SDM desde la TREC y de las observaciones efectuadas durante esta se sugiere lo siguiente:

1.-Aunque el proyecto de intervención mostró efectividad es conveniente realizar seguimientos a 6 meses, 12meses y a 18 meses para evaluar la generalidad y el mantenimiento de respuestas.

2.- Durante las sesiones de seguimiento reforzar la filosofía de la TREC y continuar proporcionando material de apoyo.

3.-Incluir en el proyecto información sobre el manejo y cuidados del SDM, especialmente de tipo preventivo y conservador.

4.-Considerar las características de los periodos de desarrollo del adulto y sus necesidades particulares en la elaboración de folletos.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Andreu, Y., Galdón M., Durá, E. y Ferrando, M. (2005). Los factores psicológicos en el trastorno temporomandibular. *Psicothema*, . 17,101-106. Recuperado el 09 de mayo del 2007 en <http://redalyc.uaemex.mx>
- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Barret, L. y Gross, J. (2001). Emotional Intelligence. A process model of emotion representation and regulation. En Mayne, T. y Bonano, G. (Eds.), *Emotions. Current issues and future directions* (pp.92-109). New York: The Guilford Press.
- Bayés, R. (1991). Prevención y Psicología de la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 3, 109-118.
- Bin, L., Diez, A. y Waisburg, H. (2000). *Tratamiento psicopedagógico*. México: Editorial Paidós.
- Boering, G. (2005). *Patología de la articulación temporomandibular*. Recuperado el 06 de septiembre del 2007 de <http://www.harcourt.es>
- Bonano, G. (2001). Emotion self-regulation. En T. J. Mayne y G.A. Bonano (Eds.). *Emotions. Current issues and future directions* (pp. 154-163) New York: The Guilford Press.
- Bowen, R., Baetz, M., Hawkes, J. y Bowen, A. (2006). Variabilidad del estado anímico en los trastornos de ansiedad. Recuperado el 06 de septiembre del 2007 de *Psicología.com AFFEC T DISORD*. 4; 91(2).
- Buceta, J., Bueno, A., Mas, B. (2000). *Intervención Psicológica en Trastornos de la Salud*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Buela-Casal, G., Caballo E., Sierra, J. dirs. (1996). *Manual de evaluación clínica y de la salud*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Buendía y cols.(1996). *Manual de evaluación clínica y de la salud*. Madrid, España: Siglo XXI editores.
- Caballo, V. (1995) *Manual de técnicas de modificación de conducta*. España: Siglo XXI editores.
- Caballo, V. y Blas, F. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (Vol. 1) Madrid, España: Siglo XXI.

- Caballo, V., Buena-Casal, G. y Carrobles, J. (1996). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. 2*. España: siglo XXI editores.
- Cano-Vindel, A. y Tobal J. (1999) Evaluación de la Ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional. *Psicología Contemporánea*. 6, 35-40.
- Cardoso, M., Ramos, F., Torres, A., Fernández S., Rodríguez S., Peñas L. (2006). *Nivel de ansiedad y recuperación postoperatoria*. Recuperado el 10 de septiembre 2007 de <http://www.infomed.org>
- Casas, F. (2005). *Articulación temporomandibular: Índice de actualización médica*. Recuperado 29 de abril 2007 de <http://www.infomed.org>
- Castillo, H., Reyes, C., González, H. y Machado, M. (2001). *Hábitos parafuncionales y ansiedad versus disfunción Temporomandibular*. Recuperado 29 de abril 2007 de <http://www.infomed.org>
- Del Pino, (1996). Evaluación del patrón de conducta tipo A. En Buena-Casal, G., Caballo E., Sierra, J. (Eds.) *Manual de evaluación clínica y de la salud*. (pp. 657-669) España: Siglo XXI editores
- Díaz, F. (1996). *Síndrome de dolor miofacial de cabeza y cuello. II parte: caracterización gráfica*. Recuperado 29 de abril 2007 de <http://www.infomed.org>
- Diez B. (1976). *De la emoción a la lesión: Estructura del proceso psicossomático*. México: Trillas.
- Edouarzin, N. (1992). *Índice de severidad sintomatológica en pacientes con disfunción temporomandibular*. Recuperado el 06 de septiembre del 2007 de <http://www.harcourt.es>
- Ellis, A. (1976). *Grow Through Reason. Verbatin Cases in Rational- Emotive Therapy*. California: Melvin Powers Wilshine.
- Ellis, A. (1996). *Una Terapia Breve, Más Profunda y Duradera*. Barcelona: Paidós.
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. y Abrahams, E. (1987). *Terapia Racional Emotiva*. Barcelona: Paidós.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981a). *Manual de Terapia Racional- Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981b). *Manual de Terapia Racional- Emotiva*. Vol. 2 Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Ellis, A. y Harper, R. (1975). *A guide to racional living*. California: Melvin Powers Wilshine.
- Ellis, A. y Whiteley, J. (1979). *Theoretical and Empirical Foundations of Rational-Emotive Therapy*. California: Brooks Cole Publishing Company.
- Eysenck, H. J. (1983). *Personalidad, aprendizaje y ansiedad*. En Manual de psicología anormal, 2 . España: Siglo XXI editores.
- Eysenck, M. (1997). *Anxiety and cognition: Aunified theory*. Hove, UK: Psychology Press.
- Eysenk, A. y Derakshan, N. (in press). *Cognitive biases for future negative events as a function of trait anxiety and social disriability*. Personality an Individual Differences. UK.
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gross, J. y John, O. (2002). Wise emotion regulation. En Feldman B. y Salovey, P. (Eds.). *The wisdom of feelings: Psychological processes in emotional intelligence (pp. 214-222)*. New York: Guilford.
- Hammond, K. (2003). Do You See What I See? An Application of the Lens Model to Stress. *Contemporary Psychology APA Review of Book 48*, 103-105.
- Hernández, A. y Hernández A. (2000). *Síndrome Doloroso Miofacial*. Recuperado 29 de abril 2007 de <http://www.infomed.org>
- Higgins, E., Grant, H. Y Shah, J. (1999). Seft Regulation and quality of life: Emotional and non-emotional life experiences. En Kahneman, D. y Schwarz (Eds.). *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Hogan, R. (2000). Anxiety and Cognition: A Unified Theory. *Contemporary Psychology APA*, 45, 70-73.
- Kazdin, A. (2001). *Método de investigación en psicología clínica*. México: Pearsons Education.
- Larousse: *Diccionario Enciclopédico*. 1999.
- Laskin, D. (2005). *Síndrome de la articulación temporomandibular (ATM): otra causa de dolor facial y de cabeza*. Recuperado el 02 de febrero 2008 de <http://www.infomed.org>

- Lazarus, R. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 124-129.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford: Oxford University Press.
- Lega, L., Caballo V. y Ellis, A., (1997). *Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. México: Siglo XXI.
- Lopez de la L. y Pérez L. Edits. (2003) *Evaluación de programas en psicología aplicada*, 2da. Edición. Madrid: Dykinson.
- Lyddon, W. y Jones J. (2002). *Terapias Cognitivas con Fundamento Empírico: Aplicaciones actuales y futuras*. México: Edit. Manual Moderno.
- Maglione H. (1986). *Frecuencia y relación de los síntomas en el proceso de disfunción en el sistema estomatológico* Recuperado el 02 de febrero 2008 de <http://www.infomed.org>
- Mahoney, M. (1983). *Cognición y modificación de conducta*. México: Trillas.
- Manual de Epícteto, Psicantropía, 2005. Recuperado 06 de mayo del 2007 de psicologo@psicantropia.com.
- Mayor, J. y Labrador, F. (1988). *Manual de Modificación de Conducta*. España: Editorial Alambra.
- Mateos Vilchez P. y Caballo V. (1999). Tendencias actuales en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad. *Psicología Contemporánea*, 6, 6, 104-113.
- McGrusson T. (2003). *Etiología, diagnóstico y tratamiento del síndrome temporomandibular*. Argentina: Quintessense.
- Pál-Hegedüs, C. y Baldioceda, F. (1996) Evaluación conductual de los trastornos odontológicos. En Buela-Casal, G., Caballo E., Sierra, J. (Ed). *Manual de evaluación clínica y de la salud*, (pp. 841-856). España: Siglo XXI editores.
- Ramford SP, Ash MM. (1987). Fisiología de la oclusión. *Oclusion*. México DF: Interamericana, pp. 60-99.
- Resick, P. A. (2002). Acumulative Record of Stress and Trauma Research. *Contemporary Psychology* 47, 440-441.
- Sandin, B. y Chorot,P. (1996). Evaluación del estrés psicosocial. En. Buela-Casal, G., Caballo E., Sierra, J. (Ed). *Manual de evaluación clínica y de la salud* (pp. 619-627). España: Siglo XXI editores.

- Salazón, L., Corona, C., Rey, P., Arias, A. y Perdomo, M. (2006). *Gravedad de la disfunción temporomandibular*. Recuperado 29 de abril 2007 de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_10_2_06/san09206.htm
- Silverman W. y Kurtines, W. (2003). Anxiety and Phobics Disorders a pragmatic approach: Review by Terri Guillickson and Pamela Ramser. *Contemporary Psychology*, 48, 6, 870-872.
- Simon, M. (1996). Evaluación de los problemas gastrointestinales. En Buela-Casal, G., Caballo E., Sierra, J. (Ed). *Manual de evaluación clínica y de la salud*. (pp. 701-718). España: Siglo XXI editores.
- Skinner, B. (1979). *La conducta de los organismos*. Barcelona: Editorial Fontanella.
- Spielberg, Ch. (1975). *IDARE. Inventario de ansiedad: rasgo-estado*. México: El manual moderno.
- Stewart, A. (2000). PTSD: An Engaging Read and Wealth of Information. *Contemporary Psychology*. 45,104-106.
- Tesser A. (2003). The Prominent Role of Cognition in Emotion. *Contemporary Psychology*, 48, 872-878.
- Vallés, A. y Vallés, C. (2003). La autorregulación para el afrontamiento emocional. En Vallés, A. y Vallés, C. (2003). *Psicopedagogía de la Inteligencia Emocional*. Valencia: Promolibro.
- Wolpe, J. (1993). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Editorial Trillas.

**APENDICE 1: Material
ilustrativo para las sesiones.**



**Material ilustrado 1a para sesión 1
TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL**

Busca:

- disminuir las conductas y emociones disfuncionales cambiando el comportamiento.
- disminuir las conductas y emociones disfuncionales cambiando las evaluaciones o patrones de pensamiento de la persona.

Estos dos tipos de intervención se apoyan en la suposición de que los aprendizajes anteriores están produciendo consecuencias desadaptativas y la terapia **busca reducir el malestar o la**

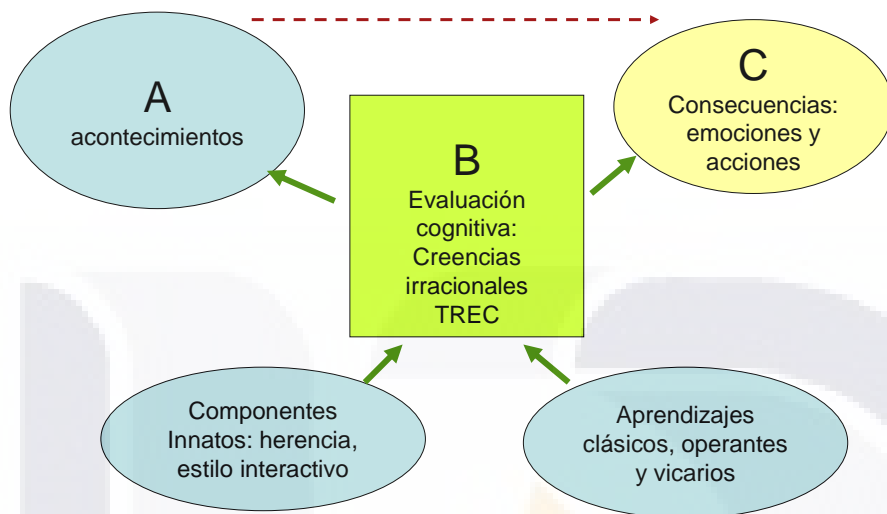
**Material ilustrado 1a para sesión 1
TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL**

Busca:

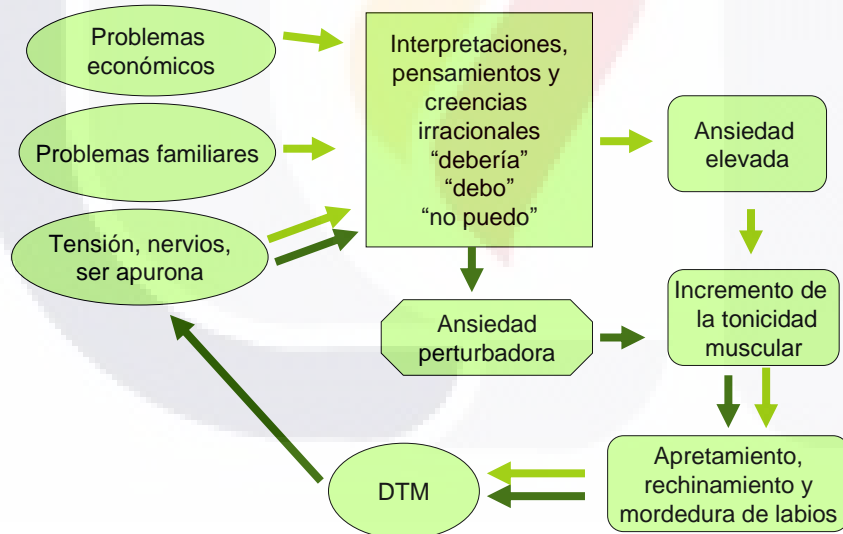
- disminuir las conductas y emociones disfuncionales cambiando el comportamiento.
- disminuir las conductas y emociones disfuncionales cambiando las evaluaciones o patrones de pensamiento de la persona.

Estos dos tipos de intervención se apoyan en la suposición de que los aprendizajes anteriores están produciendo consecuencias desadaptativas y la terapia **busca reducir el malestar o la conducta no deseada desaprendiendo lo aprendido o proporcionando nuevas experiencias de aprendizaje que sean más adaptativas** (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

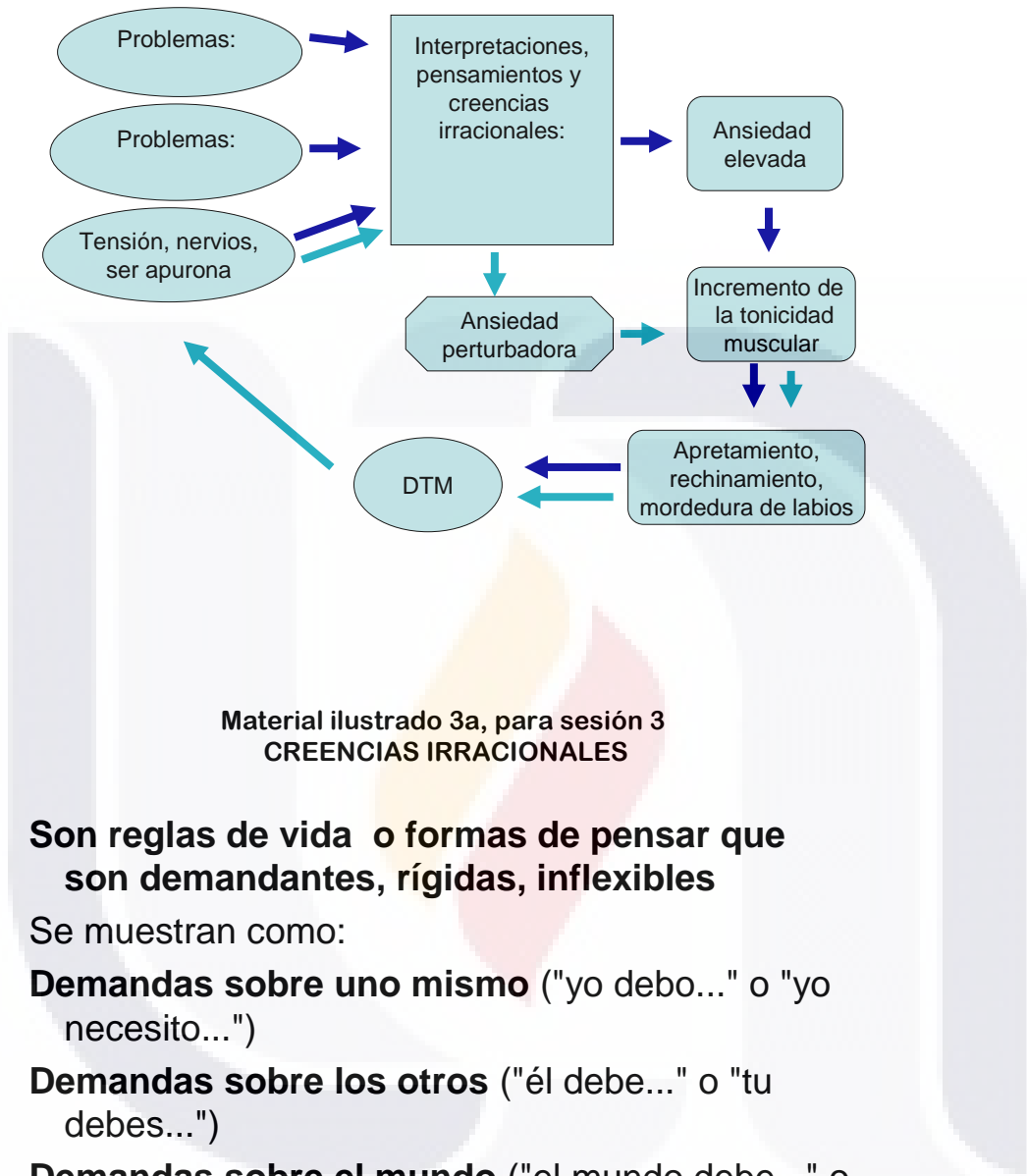
Material ilustrado 1c para sesión 1
MECANISMO DEL ABC
de Albert Ellis (1956)



Material ilustrado 2a para sesión 2
Mi DTM y la Terapia Racional Emotivo Conductual



**Material ilustrado 2b, para sesión 2
ESQUEMA DE MI MECANISMO DE RESPUESTA**



**Material ilustrado 3a, para sesión 3
CREENCIAS IRRACIONALES**

Son reglas de vida o formas de pensar que son demandantes, rígidas, inflexibles

Se muestran como:

Demandas sobre uno mismo ("yo debo..." o "yo necesito...")

Demandas sobre los otros ("él debe..." o "tu debes...")

Demandas sobre el mundo ("el mundo debe..." o "la vida debe...").

**Material ilustrado 3b, para sesión 3
CREENCIAS IRRACIONALES**

Son **afirmaciones absolutistas** dichas en voz alta o pensadas, rígidas e imperativas, que hacemos sobre lo que sucede. Nos llevan a tener demandas excesivas sobre nosotros mismos o los demás y nos llevan a convencernos de que tenemos necesidades abrumadoras.

**Material ilustrado 3b, para sesión 3
CREENCIAS IRRACIONALES**

Existe una gran variedad de "errores de pensamiento" típicos en los que la gente se pierde, incluyendo principalmente

- 1.- **Radical/ extremo:** "perfecto o desastre", "muy bueno o inútil", "siempre ó nunca".
- 2.- **Muy generalizado:** "perfecto o desastre", "muy bueno o inútil", "siempre ó nunca".
- 3.- **Catastrófico:** "trágico", "el fin del mundo", "lo peor".
- 4.- **Muy negativo:** "estúpido", "malo", "incompetente", "espantoso", "terrible".
- 5.- **Muy distorsionado:** "estoy vacío", "sin esperanza", "para qué", "no tiene caso".
- 6.- **Poco científico/confuso:** "todo el mundo", "nadie".
- 7.- **Totalmente positivo o la negación de lo negativo.**
- 8.- **Extremadamente idealizado:** "no son importantes", "no pasa nada", "todo está perfecto",
- 9.- **Extremadamente exigente:** "estúpido", "malo", "incompetente", "espantoso", "terrible".
- 10.- **Obsesivo.**

Material ilustrado No. 3c, para sesión 3
13 CREENCIAS IRRACIONALES.

- 1.- ¡Debo hacerlo bien o muy bien!
- 2.- Cuando actúo de forma estúpida es porque soy una persona mala o sin valía.
- 3.- ¡Debo ser aceptado por la gente a la que considero importante!

Material ilustrado No. 3d, para sesión 3
13 CREENCIAS IRRACIONALES.

- 4.- ¡Necesito que me quiera alguien que se preocupe mucho por mi!
- 5- Si me rechazan quiere decir que soy una persona mala, indeseable.
- 6.- ¡La gente debe tratarme correctamente y darme lo que necesito!

Material ilustrado No. 3e, para sesión 3
13 CREENCIAS IRRACIONALES.

- 7.-¡La gente debe vivir de acuerdo a lo que yo espero , de lo contrario será terrible!
- 8.-¡La gente que actúa de forma inmoral es gente indigna, corrupta!
- 9.-¡No puedo soportar las cosas malas o la gente difícil!

Material ilustrado No. 3f, para sesión 3
13 CREENCIAS IRRACIONALES.

- 10.-Mi vida debe tener pocas dificultades o problemas importantes.
- 11.-¡Es horrible cuando las cosas importantes no marchan como yo quiero!

Material ilustrado No. 3g, para sesión 3
13 CREENCIAS IRRACIONALES.

12.- ¡No puedo soportar que la vida sea tan injusta!

13.- ¡Necesito mucha gratificación inmediata y tengo que sentirme desgraciado cuando no lo consigo!

Material ilustrado No. 4b, para sesión 4.
CONSECUENCIAS DE LAS CREENCIAS IRRACIONALES.

Las **consecuencias del pensamiento disfuncional** son por lo general:

- a) La **autodevaluación o autocondena**, que genera ansiedad del yo y depresión . La consecuencia de los pensamientos o creencias irracionales son:
- b) La **devaluación y condenación de los demás**, que trae como consecuencia el sentimiento de ira.
- c) El **tremendismo (todo es catastrófico y terrible)**, que trae como consecuencia el pánico.
- d) La **baja tolerancia a la frustración o no puedo “soportantitis”** que trae como consecuencia el estado de constante ansiedad del yo y la ansiedad perturbadora..

Material ilustrado No. 4c, para sesión 4.
ANSIEDAD

- La ansiedad es una respuesta emocional y su principal función es la de ser alertar al organismo acerca de una situación que requiere de tomar decisiones o acciones para enfrentar situaciones amenazantes o preocupantes. De esta manera el organismo hace lo necesario para superar el riesgo que experimenta , neutralizarlo y afrontarlo de la mejor manera posible.

Material ilustrado No. 4d, para sesión 4
ANSIEDAD DEL YO

De acuerdo con la TREC además de la respuesta ansiosa normal existen dos tipos de ansiedad originada por los pensamientos: **la ansiedad del yo y la ansiedad perturbadora.** Los síntomas secundarios son que se incrementa la baja tolerancia a la frustración, la búsqueda de placer inmediato y las personas se resisten más a cambiar esta conducta.

La ansiedad del yo es un sentimiento dramático e intenso que normalmente parece arrollador, se acompaña con frecuencia de sentimientos de sentimientos de grave depresión, vergüenza, culpa e incapacidad.

**Material ilustrado No. 4e, para sesión 4
ANSIEDAD PERTURBADORA**

- **La ansiedad perturbadora o ansiedad de estar ansiosa** tiene lugar cuando las personas:
 - piensan que su comodidad o su vida está amenazada,
 - piensan que deben o tienen que conseguir lo que quieren,
 - piensan que es terrible o muy malo, más que simplemente incómodo y desventajoso, cuando no consiguen lo que deben o tienen que conseguir.
- Esta ansiedad la identificamos cuando estamos “nerviosos” porque nos vamos a poner “nerviosos” o nos van a ganar los “nervios”, de manera que ya no son los nervios originales, sino los fabricados por nuestra mente que nos dice que eso es terrible.
- **La ansiedad perturbadora estorba para enfrentar sanamente nuestros temores, nos predispone a la retirada** en lugar de enfrentar lo que se nos presenta como problema.

**Material ilustrado anexo 4g para sesión 4
RECOMENDACIONES PARA DISMINUIR LA RESPUESTA ANSIOSA**

- **Deje de horrorizarse** por sus sentimientos de ansiedad.
- **Las preocupaciones son parte de nuestra vida** y entre más las rechace con más intensidad generarán emociones intensas
- Deje de criticarse o renegarse **acepte** que la vida para nadie es color de rosa y que **sí tiene posibilidades de cambio** desde la misma forma de ver los problemas
- Si hace lo anterior dejara de sentirse ansiosa y de obsesionarse por este sentimiento y **podrá trabajar para eliminar su ansiedad** del yo.
- **Renuncie a sus demandas e imposiciones** de condiciones más fáciles y de gratificación más inmediata.
- **Renuncie a sus insistencias** para conseguir lo que quieren fácilmente y sin esfuerzo.

**Material ilustrado anexo 4h
para sesión 4
IDENTIFICACIÓN DE METAS PERSONALES**

- **Las METAS son importantes porque son la guía primordial sobre la que se apoyan nuestras acciones y son las que motivan o dan fuerza a la realización de tareas y la cantidad de esfuerzo que vamos a invertir.**
- Entre más específica y clara sea una meta, mayor será la posibilidad de lograrla. Pregúntese:
 - ¿Qué le gustaría trabajar ahora?
 - ¿Qué le gustaría comenzar en su vida actual?
 - ¿Qué quisiera cambiar ?
 - ¿Por qué cree que no ha podido cambiarlas?
 - ¿Qué le motiva para trabajar en lo que desea cambiar? ¿Qué le estorbaría ahora para cambiar lo que desea cambiar en usted?
 - ¿Cuántas veces ha trabajado usted realmente en sus tareas durante la última semana?

**Material ilustrado No. 4a para sesión 4
EMOCIONES APROPIADAS E INAPROPIADAS**

<ul style="list-style-type: none"> • Las emociones y acciones funcionales, "apropiadas" o "no perturbadas" son aquellas que: • Son parte del mecanismo natural del ser humano para sobrevivir. • Se manifiestan como preferencias no como imposiciones. • Son de baja intensidad. • Permiten regresar al equilibrio rápidamente. • No interfieren con la cognición, permiten la objetividad. • Se puede localizar la causa de su expresión fácilmente. • Sirven para resolver, mejorar, y no estorban en el logro de nuestras metas o propósitos. • Ejemplo: tristeza, frustración, dolor, enojo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las emociones y acciones disfuncionales, "inapropiadas", "disfuncionales", "perturbadas" o "auto-saboteadoras" son aquellas que: • Causan un sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación. • Llevan a comportamientos contrarios a los propios intereses u objetivos ("auto-saboteadores"). • Dificultan (o impiden) la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios. • Están asociadas a demandas absolutistas y otras equivocaciones del pensamiento. • Ejemplo: ansiedad, depresión, ira.
---	---

**Material ilustrado No. 5a para sesión 5
DEBATE LÓGICO-EMPÍRICO**

Para ayudar a las personas al cambio la TREC se centra en el cambio de las creencias irracionales por medio del uso del método lógico-empírico que consiste en cuestionar, poner en tela de juicio y el debate lógico-empírico.

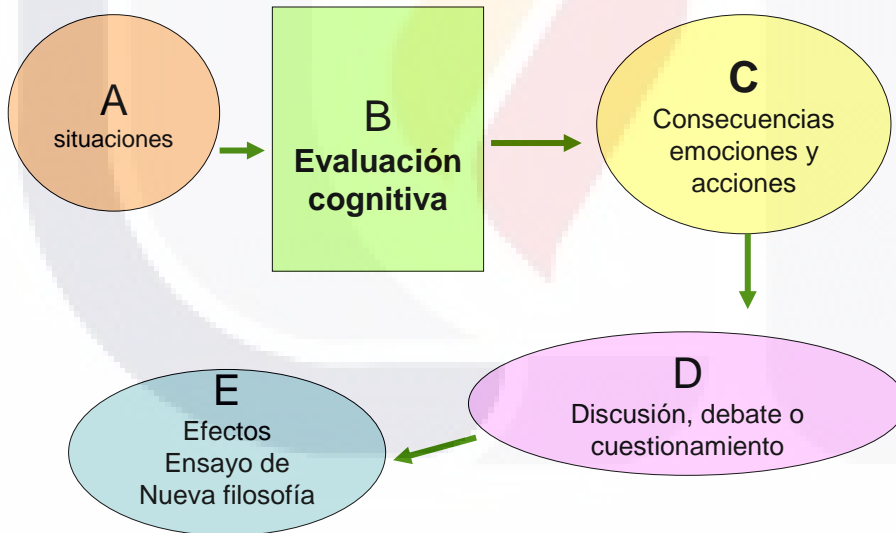
En el **debate lógico** se trata de poner en evidencia la falta de lógica en nuestros razonamientos, revisando si las afirmaciones que hacemos son coherentes así como sus conclusiones.

¿es lógico lo que está diciendo? ¿tiene suficiente coherencia esta forma de pensar?

En el **debate empírico** se trata de comprobar la realidad de las afirmaciones o creencias que mantenemos contrastándolas con la probabilidad de ocurrencia en la realidad. De la misma manera se cuestionan los beneficios o perjuicios que obtenemos si seguimos manteniendo nuestras creencias irracionales

¿qué prueban los datos? ¿cuál es la probabilidad de ocurrencia? ¿qué resultados se obtienen: emocionales y conductuales de seguir manteniendo esta creencia?

**Material ilustrado No. 5b para sesión 5
ESQUEMA ABCDE**



**Material ilustrado No. 5c para sesión 5
ESQUEMA ABCDE**

Aún cuando la activación de nuestras experiencias puede ser muy real y causar un gran nivel de dolor, **son nuestras creencias las que le dan el calificativo de larga estancia y de mantener problemas a largo plazo.** Ellis (1994) añade una letra **D** y una **E** al ABC: el terapeuta debe **debatir o discutir (D)** las creencias irracionales, de manera que el cliente pueda disfrutar después de los **Efectos psicológicos positivos (E)** de ideas racionales.

**Material ilustrado No. 6a para sesión 6
PENSAMIENTO RACIONAL**

- Propone que para en realidad sentir, actuar y estar mejor, debemos abandonar el rígido y “grandioso sistema de obligaciones e imperativos” al que nos hemos habituado y forma parte de nuestro diario vivir (Ellis, 1980).
- Nos ayuda ser capaces de ver y eliminar nuestras creencias autoderrotistas: personalizaciones, auto desaprobaciones, sentimientos catastróficos y sobregeneralizaciones, mostrándonos que detrás de nuestras creencias ilógicas y disfuncionales, razonadas de forma absolutamente antiempírica, se esconden imposiciones de tipo absolutista que deben hallarse y modificarse.
- Promueve el abandono de nuestras molestias y trastornos presentes tomando una actitud **“decididamente antiforzante y anticatastrófica”** (Ellis, 1996) que nos llevará a ser menos susceptibles al trastorno en el presente y futuro.
- Muestra múltiples métodos cognitivos, emocionales y conductuales y nos enseña a emplearlos de forma **“persistente y firme”** (Ellis, 1994) hasta que automáticamente respondamos racionalmente.
- Nos alerta de que siempre será posible recaer de nuevo por lo que esto forma parte de nuestra naturaleza humana, por lo que nos dota de herramientas para mantenernos dentro de los pensamientos racionales.

**Material ilustrado No. 6b para sesión 6
PENSAMIENTO RACIONAL**

- Las personas pueden llegar a tener comportamientos auto-defensivos o antisociales y no por eso son corruptos.
- Las personas pueden comportarse de manera estúpida, ignorante o neurótica y es mejor que reciban ayuda que rechazo.
- No siempre la perfección nos dará satisfacción, es mejor aceptar las propias limitaciones.
- Las personas pueden llegar a tener comportamientos auto-defensivos o antisociales y no por eso son corruptos.
- Las personas pueden comportarse de manera estúpida, ignorante o neurótica y es mejor que reciban ayuda

**Material ilustrado No. 6d para sesión 6
PENSAMIENTO RACIONAL Y AUTOAFIRMACIÓN POSITIVA**

- 1.- Como ser humano puedo tener ejecuciones que son deficientes y aunque preferiría que fuesen mejores, no tienen necesariamente que ser así pues no por hacerlas mal, me convertiré en una persona despreciable.
- 2.- Mis fallas sólo son problemas a resolver para mi propio bien más que para el prestigio de mi familia, sociedad o de mi psicólogo.
- 3.- No importa cuántas veces tenga que corregir mis pensamientos erróneos yo soy capaz de cumplir con mis objetivos pronta y apropiadamente.
- 4.- Puedo fracasar pero no por eso darme por vencido y seguir intentándolo.
- 5.-Me centraré en mis puntos buenos así como en los malos, y aunque es deseable tener características buenas, eso no me convierte en buena persona.
- 6.-Aunque me gustaría, como a los demás, tener éxito, esto no es una exigencia personal y en caso de no lograrlo sólo me sentiré molesto pero no como para detestarme.
- 7.-Tengo mucha más capacidad de la que creo tener pues sólo me centro en algunos puntos de mi mismo con los que muchas veces me obsesiono, por esto es conveniente que descubra otras capacidades en mí sin negarlas de antemano.
- 8.-Es muy importante que me acepte como un ser humano con aciertos y errores y que además acepte a los otros con los suyos.

**Material ilustrado No. 6c para sesión 6
PENSAMIENTO RACIONAL**

- No siempre la perfección nos dará satisfacción, es mejor aceptar las propias limitaciones.
- Lo que hace que las situaciones o las personas sean desafortunadas se basa en el punto de vista o la forma en que interpreta la persona que lo evalúa.
- Es más sano enfrentar de forma franca y directa lo que nos resulta amenazante.
- Cuando no podemos cambiar las cosas es mejor aceptar lo inevitable.
- Es preferible tardarme y cansarme ahora que cuando las cosas sean muy duras.

**Material ilustrado No. 7 para sesión 7
METAS Y VALORES.**

- **Los valores se refieren a aquello que tiene valor, importancia y que vale la pena conseguir porque el perseguirlo nos trae beneficio a corto, mediano o largo plazo.**

Los valores, creencias y pensamientos pueden estar distorsionados, por nuestra tendencia a pensar lo peor o lo mejor, por las creencias socio-culturales en las que crecemos, por las experiencias que hemos vivido y por la herencia que adquirimos. Algo semejante ocurre con las expectativas sobre las personas y la vida, esperamos mucho de lo que creemos "debe" ser lo que muchas veces no coincide con la realidad o con las necesidades que en realidad tenemos.

En muchos de nuestros valores y metas reflejamos rigidez (no hay de otro modo), generalización (todos, siempre, nunca..), una forma dicotómica de ver la vida (todo o nada, blanco o negro) y unidos a otros pensamientos erróneos generalmente provocamos emociones inapropiadas como la depresión, los trastornos ansiosos, la desesperación, el desprecio y la inadecuación que no nos ayudan a mejorar, sino todo lo contrario, empeoran y nos dañan.

**Material ilustrado No. 8a para sesión 8
INCREMENTAR SU AUTO-MOTIVACIÓN**

El sólo querer las cosas no siempre es suficiente para lograr el cambio hay que agregar una gran dosis de decisión que nos lleve a realizar cosas sin pensarlo tanto y sin sentirnos motivados. Por ejemplo si deseo dejar de experimentar dolor tendré que dejar de lado la flojera que me da tomar el medicamento o las gana que tengo de masticar algo duro pues lo tengo prohibido.

La ausencia de motivación casi nunca significa una ausencia de deseo, sino más bien una incapacidad para convertir la motivación o el deseo a largo plazo en el esfuerzo requerido a corto plazo para llevar a cabo un objetivo.

**Material ilustrado No. 8b para sesión 8
INCREMENTAR SU AUTO-MOTIVACIÓN**

Puede que no deseemos algo pero podemos actuar de cualquier forma para lograr lo que nos ayudará a conseguir las metas, o bien, puede ser que tengamos algo que no queremos, como cansancio o depresión, pero podemos actuar de cualquier manera para conseguir metas como **decidir** levantarse para ir a trabajar, a pesar de eso.

Frecuentemente resulta necesario ignorar los deseos a corto plazo de forma temporal para lograr metas que pueden resultar inalcanzables, pues mientras esperemos a tener ganas las metas se perderán, si no hay ganas, es la decisión lo que nos va a lanzar a la acción.

Material ilustrado No. 8c para sesión 8
HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO:
GUIA PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS

ESQUEMA GENERAL PARA LA SOLUCION DE PROBLEMAS.

Propuesta de McKay, Davis y Fanning (1985):

- 1.-Especificar el problema: determinar qué situaciones nos producen gran desazón por no saber cómo solventarlas eficazmente.
- 2.-Perfilar el problema: desmenuzar la situación y la respuesta que se da a esta situación en componentes descriptivos de ambos: quién está presente, cuándo se da el problema, cómo, cuánto dura, etc.
- 3.- Reclasificar el problema, combinando los componentes anteriores, lo que permite formas distintas de pensar en él.
- 4.- Buscar objetivos alternativos, objetivos que, si se alcanzan, significará que el problema está resuelto.
- 6.-Describir y valorar las consecuencias positivas y negativas de las estrategias seleccionadas.
- 7.- Escoger aquella alternativa mejor valorada y describir los pasos necesarios para llevarla a cabo.
- 8.- Evaluar los resultados. Si éstos no son satisfactorios, revisar todo el proceso empezando por el final.

Material ilustrado No. 9a para sesión 9
HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO:
TOMAR DESICIONES

- Significa básicamente la habilidad para sopesar el costo y el beneficio de nuestras acciones y sus consecuencias.
- Requiere de la identificación de todas las posibles consecuencias que pueden ocurrir si una alternativa particular se pone realmente en práctica, por lo que requiere generar una lista de resultados específicos anticipados de la solución, tanto los efectos a corto como a largo plazo, así como las consecuencias personales y sociales.
- Se eligen las soluciones eficaces que son aquellas que se caracterizan por una cantidad máxima de consecuencias positivas y una cantidad mínima de consecuencias negativas.
- Al elegir se deben considerar las consecuencias personales, los efectos sobre el propio bienestar emocional, la cantidad de tiempo y trabajo invertido, los efectos sobre el bienestar físico y los efectos sobre las consecuencias asociadas con el bienestar de otras personas y sus relaciones en general.

Material ilustrado No. 9b para sesión 9
HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO:
TOMAR DECISIONES

- Se debe estimar o valorar:
- La probabilidad de que la alternativa sea realmente eficaz para alcanzar el objetivo, que tenga un efecto particular sobre el problema).
- La probabilidad de que la persona sea realmente capaz de llevar a cabo una solución de forma óptima (es decir, la estimación de la capacidad y deseo propios de poner en práctica una solución, independientemente de sus efectos sobre el problema).
- Si se encuentran más de una alternativa satisfactoria, es conveniente que incluya una combinación de las opciones de afrontamiento potencialmente eficaces para cada sub-objetivo, como un medio de *atacar* al objetivo desde varias perspectivas. Frecuentemente es útil identificar un grupo de ideas para aplicarlas contingentemente si fracasan las anteriores.

Material ilustrado No. 10a para sesión 10
HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO:
PONER LIMITES

- El poner límites sanos significa sentirse libre para expresar su necesidad de ser respetado en sus opiniones, deseos, emociones y acciones
- El poner límites sanos significa poder expresar sus deseos y necesidades, mantener la integridad personal y defender sus derechos sin pasar por encima de los derechos de los
- Aún las personas tímidas pueden ser capaces de desarrollar límites sanos en sus relaciones, el requisito indispensable es desarrollar su confianza persona y estar conciente de sus derechos y responsabilidades.
- La confianza personal es un sentimiento profundo de que usted es una buena persona, que se merece lo que tiene en la vida y lo que el derecho que tiene se ha ganado.

Material ilustrado No. 10b para sesión 10
HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO:
PONER LIMITES

- El conocer sus derechos le permitirá expresar sin temor lo que desea pues se sentirá seguro en lo que requiere, algunos de sus derechos más importantes son:
- 1.- Por el sólo hecho de existir tiene derecho a que respeten toda su persona interna y externamente, con defectos y virtudes.
- 2.-Tiene derecho a ser tomada en cuenta
- 3.-Tiene derecho a decir a cambiar de opinión.
- 4.-Tiene derecho a equivocarse y a pedir una oportunidad para corregir el daño.

Material ilustrado No. 10c
para sesión 10
HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO: CONSEJOS PARA
PONER LIMITES SANOS

- Algunos consejos para colocar límites sanos:
- 1.-Tenga claro **que sí quiere y que no quiere** de la situación.
- 2.-**Respete** la situación y los sentimientos de los demás sin pasar por encima de usted.
- 3.-**Conserve el equilibrio.** Evite dejarse arrastrar por el miedo, el coraje o la culpa.
- 4.-**Revise las consecuencias** a futuro si pone sus límites tanto positivas como negativas.
- 5.-**Expresa su deseo** de la manera más breve, clara, sencilla evitando mostrar temor o

APENDICE 2: Formatos de tareas para casa.

APENDICE 2: TAREAS PARA CASA

Tarea para casa No. 1: aplicación del ABC de la TREC

¿Qué sucedió?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué hice?
¿Qué sucedió?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué hice?
¿Qué sucedió?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué hice?

TREC y SDM

Tarea para casa No. 1: aplicación del ABC de la TREC

¿Qué sucedió?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué hice?
¿Qué sucedió?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué hice?
¿Qué sucedió?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué hice?

TREC y SDM

Tarea para casa No. 3: identificación de la ansiedad perturbadora

¿Qué sucedió?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?
¿Qué sucedió?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?
¿Qué sucedió?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?

TREC y SDM

Tarea para casa No. 3: identificación de la ansiedad perturbadora

¿Qué sucedió?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?
¿Qué sucedió?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?
¿Qué sucedió?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?

TREC y SDM

Tarea para casa No. 4: identificación de las creencias irracionales en la vida cotidiana

FORMULARIO PARA EL ANALISIS DE LAS IDEAS IRRACIONALES (AUTODIAGNOSTICO, Lega, Caballo y Ellis, 2000)

El siguiente es un formulario utilizado con el propósito de analizar las propias ideas irracionales.

- ¿Qué sucedió? (A).
- ¿Qué sentí? (Ce).
- ¿Qué pensé al sentirme así?
- ¿Qué hice? (Cc)
- ¿Qué pensé al actuar así?
- ¿Qué consecuencias tuvo sentir, pensar y actuar así a corto plazo?
- ¿Y a largo plazo?

Si la misma situación (A), o una similar volviese a ocurrir,

- ¿Cómo me gustaría sentirme?
- ¿Cómo me gustaría actuar?
- ¿Cómo me gustaría pensar?

Estos nuevos sentimientos, pensamientos y conductas, aumentarían la probabilidad de mejores resultados:

- ¿A corto plazo?
- ¿A largo plazo?

TREC y SDM

Tarea para casa No. 5: evaluación de las creencias irracionales y sus consecuencias

Creencia irracional detectada	Consecuencias en emociones y acciones	Alternativas con creencias racionales

TREC y SDM

**Tarea para casa No. 6:
hoja de auto-evaluación de afrontamientos.**

¿Cuál es la situación que temo enfrentar?	¿Cuál es la creencia Irracional que me lleva a tener miedo?	¿Cómo voy a derribar esta creencia?
¿En qué herramientas me voy a apoyar para enfrentar ésta creencia irracional?	¿Qué voy a hacer exactamente? ¿Dónde lo haré? y ¿cuando lo haré?	
¿Qué hice? ¿Qué cambió? ¿Lo haría de nuevo?		

TREC y SDM

Tarea para casa No. 6a: evaluación de las creencias irracionales y sus consecuencias. Complemento .

- **Tarea para casa No. 6a: evaluación de las creencias irracionales y sus consecuencias. Complemento .**
- **FORMULARIO DE AUTOAYUDA DE LA TREC EMPLEADO EN TAREAS PARA CASA.**
- Institute for Rational-Emotive-Therapy
- 45 East 65th Street, New York, N.Y. 10021
- (212) 535-0822
- **ACONTECIMIENTOS ACTIVANTES**, pensamientos o sentimientos que ocurrieron justo antes de sentirme emocionalmente perturbada o de actuar de forma autodevaluadora.
- _____
- _____
- **CONSECUENCIAS O CONDICION-** sentimiento perturbador o conducta autodevaluadora- que generé y me gustaría cambiar.
- _____
- _____
- **CREENCIAS** Creencias irracionales que conducen a mi **CONSECUENCIA** (perturbación emocional o conducta auto-devaluadora). Rodee con un círculo todos los que se apliquen a estos **ACONTECIMIENTOS ACTIVANTES (A)**, **(D)REFUTACIONES** para cada **CREENCIA IRRACIONAL** rodeada con un círculo. Ejemplos: "¿Porqué DEBO hacerlo muy bien?" ; ¿Dónde está escrito que soy una MALA PERSONA? ; ¿Dónde se encuentra la evidencia de que DEBO ser aceptado? **CREENCIAS RACIONALES EFICACES** para reemplazar a mis **CREENCIAS IRRACIONALES**. Ejemplos: "PREFERIRIA hacerlo muy bien, pero NO TENGO QUE hacerlo necesariamente" ; Soy una PERSONA QUE actúa mal, no una MALA PERSONA" ; No existe evidencia de que TENGA QUE ser aceptada aunque me GUSTARIA" ; 1.-¿DEBO hacerlo bien o muy bien? 2.-Cuándo actúo de forma estúpida es porque soy una PERSONA MALA o SIN VALIA. 3.-DEBO ser aceptado por la gente a la que considero importante? 4.- ¿NECESITO que me quiera alguien, que se preocupe mucho por mí? 5.-Si me rechazan quiere decir que soy una PERSONA MALA, INDESEABLE. 6.- ¿La gente DEBE tratarme correctamente y darme lo que NECESITO? 7.-La gente DEBE vivir de acuerdo a mis expectativas, si no, será TERRIBLE. 8.-¿La gente que actúa de forma inmoral es GENTE INDIGNA, CORRUPTA? 9.-¿NO PUEDO SOPORTAR las cosas malas o la gente difícil? 10.-Mi vida DEBE tener pocas dificultades o problemas importantes. 11.-¿Es HORRIBLE cuando las cosas importantes no marchan como yo quiero? 12.-¿NO PUEDO SOPORTAR que la vida sea tan injusta? 13.-¿NECESITO mucha gratificación inmediata y TENGO QUE sentirme desgraciada cuando no la consigo? Otras creencias irracionales:
- _____
- _____
- **SENTIMIENTOS y CONDUCTAS** que he experimentado después de haber llegado a mis **CREENCIAS RACIONALES EFICACES**:
- _____
- _____
- **ME ESFORZARE EN REPETIR FRECUENTEMENTE MIS CREENCIAS RACIONALES EFICACES, DE MODO QUE CONSIGA ESTAR MENOS PERTURBADO AHORA Y ACTUAR DE FORMA MENOS AUTODEVALUADORA EN EL FUTURO.**
- Joyce Sichel, Ph. D. y Albert Ellis, Ph. D.
- Copyright 1984 by the Institute for Rational-Emotive Therapy.

TREC y SDM

Tarea para casa No. 7: el ABCDE de la TREC aplicada a mi vida

- 1.-¿Qué se dice a usted misma como persona cuando piensa acerca de esta situación ?
- 2- ¿Qué es lo que consideró horrible o tan desagradable en esta situación?
- 3.-Busque algo que no pueda soportar y sométalo a cuestionamiento, pregúntese:
 ¿Cuáles son las necesidades o imperativos que experimento en mí mismo y que causan mi perturbación?
 ¿Tengo estas necesidades o imperativos en mi vida social?, ¿en mi trabajo? ¿dónde?
- 4.- Busque la condena que hace de sí mismo y de los demás: ¿de qué forma condeno o desprecio a cualquiera por este imperativo o necesidad?
- 5.-Busque su sentirse horrible o su no poder soportarlo, su ansiedad perturbadora o su condena de los demás o de sí mismo y luego encontrará varias creencias irracionales.
- 6.- Revise las tres creencias irracionales básicas y vea si identifica su situación con éstas.

TREC y SDM

Tarea para casa No. 8:nuevos hábitos de pensamiento racional

fecha	Creencia irracional detectada	No. de veces que aparece en mi pensamiento.	Creencia racional que la sustituye	No. de veces que aparece en mi pensamiento

TREC y SDM

Tarea para casa No. 8: ejercitar Toma de decisiones

Muchas de nuestras decisiones nos obligan a sopesar el costo y el beneficio de nuestras acciones y sus consecuencias. Para lograr una favorable toma de decisiones, vea los siguiente:

- 1.-Haga una lista de posibles soluciones para un problema, anote todas las que se le ocurran.
- 2.- Anote las posibles consecuencias de cada opción pensada para resolver su problema. Revise y valore las consecuencias personales y sociales así como los efectos que le traerán si decide esto a corto, mediano y largo plazo.
- 3.- Elija las tres opciones que le parezcan más útiles. Recuerde que se definen como soluciones eficaces aquellas que se tienen una cantidad máxima de consecuencias positivas y una cantidad mínima de consecuencias negativas.
- 4.-Al elegir no olvide que debe revisar los efectos sobre el propio bienestar emocional, la cantidad de tiempo y trabajo invertido, los efectos sobre su bienestar físico y los efectos sobre las consecuencias asociadas con el bienestar de otras personas y sus relaciones interpersonales.

Debe aprender a valorar :

Si de verdad hay probabilidades de que esa alternativa determinada sea realmente eficaz para alcanzar el objetivo, osea que la solución elegida tenga un efecto particular sobre el problema.

Si identifica distintas alternativas satisfactorias, usted puede llegar a realizar combinaciones desde aquellas opciones de afrontamiento que parecen eficaces para ir logrando sus objetivos pequeños, como un medio de *atacar* el objetivo desde varias perspectivas.

No olvide que frecuentemente es útil un plan de respaldo que consiste en identificar un grupo de ideas para ser aplicadas inmediatamente después de que fracasen en las anteriores.

TREC y SDM

Tarea para casa No. 9: ejercitar Solución de problemas

Propuesta de McKay, Davis y Fanning (1985):

- 1.- Especifique el problema: busque qué situaciones le producen inquietud por no saber cómo solucionarlas eficazmente.
- 2.- Perfíle el problema: desmenuze la situación y la respuesta que se da a esta situación en partes pequeñas: quién está presente, cuándo se da el problema, cómo, cuánto dura, etc.
- 3.- Reclasifique el problema: combine los componentes anteriores, esto le permitirá formas distintas de pensar en él.
- 4.- Busque otros objetivos que le sirvan para resolver el problema , objetivos que, si se alcanzan , significará que el problema está resuelto.
- 5.- Busque y seleccione estrategias o acciones planeadas que le permitan alcanzar esos objetivos.
- 6.-Describa y valore las consecuencias positivas y negativas de las estrategias seleccionadas.
- 7.- Escoja aquella alternativa mejor valorada y describa los pasos necesarios para llevarla a cabo.
- 8.- Evalúe los resultados. Si éstos no son satisfactorios, revise todo el proceso empezando por el final.

TREC y SDM

Guía para ejercitar Solución de problemas

Propuesta de McKay, Davis y Fanning (1985):

- ESQUEMA GENERAL PARA LA SOLUCION DE PROBLEMAS.
- Para tomar decisiones adecuadamente efectúe los siguientes pasos:
- 1.- Piense en dos problemas que le molesten constantemente. Anótelos.
- 2.- De cada problema conteste a las siguientes preguntas:
 - ¿Cuál es la situación?
 - ¿Cómo respondo a esto?
 - ¿Quién está presente?
 - ¿Cuándo se da el problema?
 - ¿Dónde se da el problema?
 - ¿Cómo se presenta el problema?
 - ¿Cuánto dura el problema?
- 3.- Reclasifique el problema, combine lo que contesto antes permitase formas distintas de pensar en él.
- 4.- Piense en las Busque objetivos alternativos, objetivos que, si se alcanzan , significará que el problema está resuelto.
- 5.- Busque y seleccione estrategias que le permitan alcanzar esos objetivos.
- 6.- Describa y valore las consecuencias positivas y negativas de las estrategias seleccionadas.
- 7.- Escoja aquella alternativa mejor valorada y describa los pasos necesarios para llevarla a cabo.
- 8.- Evalúe los resultados. Si éstos no son satisfactorios, revise todo el proceso empezando por el final.

TREC y SDM

Tarea para casa No. 10a : ejercitar nuevos limites

- Piense en una situación en la que le parezca difícil poner límites y pregúntese lo siguiente.
- 1.-¿Tengo claro **que sí quiero y que no quiero** de esta situación o esta persona?.
- 2.-¿Estoy **respetando** la situación y los sentimientos de los demás sin permitir que pasen por encima de mi?
- 3.-¿Estoy **conservando el equilibrio**? ¿evito dejarme arrastrar por el miedo, el coraje o la culpa?
- 4.-¿Estoy **revisando las consecuencias** tanto positivas como negativas que tendré a futuro si pongo los límites?
- 5.-¿Estoy **expresando mi deseo** de manera breve, clara, sencilla y evito mostrar temor o enojo?

TREC y SDM

Tarea para casa No. 10b: ejercitar establecimiento sano de límites.

- Revise que tan sanos y funcionales fueron los límites que intento colocar con los demás:
- 1.-¿Tuvo claro lo **que sí quería y lo que no quería** de la situación?
- 2.-¿Tuvo el **respeto esperado** hacia la situación, sus sentimientos y los sentimientos de los demás sin pasar por encima de usted?
- 3.-¿**Conservó** el equilibrio emocional y conitivo? ¿**Evitó dejarse arrastrar** por el temor, el coraje o la culpa?.
- 4.-¿**Revisó las consecuencias** a futuro que tendrán usted y los demás después de haber colocado sus límites.
- 5.-¿**Expresó su deseo** de la manera más breve, clara, sencilla evitando mostrar temor o agresividad?

TREC y SDM

APENDICE 3: Folletos informativos.



El **ABC** se entiende así:

"A" representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser externo (por ejemplo la lluvia) o interno (por ejemplo el recuerdo de alguien).

"B" representa todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc., es lo que pensamos de A

"C" representa la consecuencia que pueden ser emociones y/o acciones.

De acuerdo con el ABC nosotros **no** sentimos y actuamos inmediatamente después de un acontecimiento que encontramos

en nuestra vida, sino que **somos nosotros los que causamos nuestras propias reacciones de acuerdo a la forma en que interpretamos o valoramos las situaciones que experimentamos.**

Un ejemplo puede ser:

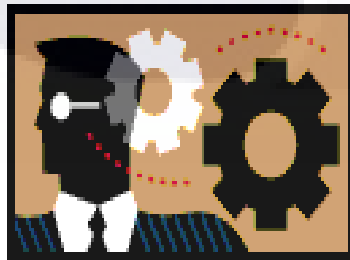
A acontecimiento: comienza a llover cuando voy a salir a la calle.

B pensamiento: "tenía que ser ahora, voy a llegar mal, siempre me tiene que salir todo mal"

C consecuencias emocionales y conductuales **irracionales:** "que coraje, que frustración".
" no voy a ir, me quedo " (aviento la bolsa con fuerza).

C consecuencias emocionales y conductuales **racionales:** "que molestia."
" conseguiré con que taparme" (aviso que no voy) o "esperaré a que cambie el clima."

Durante las sesiones y en los siguientes folletos hablaremos



Centenario Hospital Miguel Hidalgo .
Galeana sur 465. Centro.
Psic. Angélica Campos Luévano.
teléfono: 9 18 50 54 ext. 220
celular 449 2093153
Correo: anvica7@yahoo.com.mx

Terapia racional emotivo-conductual (TREC).

Un ejemplo de somatización es el estrés protraumático en donde las primeras señales físicas o fisiológicas provocan respuestas automáticas sin que la persona se dé cuenta de la valoración que está haciendo de la situación, por lo que es de esperarse que presente problemas físicos como dolor en diferentes partes del cuerpo y problemas gástricos, entre otros.

Otro ejemplo es el de quien padece el Síndrome doloroso miofacial (SDM) la cual generalmente comenzó con respuestas de tensión en la zona de la quijada, cabeza y rostro, al reprimir enojos o al estar preocupados se apretaban los dientes y esto sumado a

otros factores físicos, desencadenó a mediano o largo plazo un problema orgánico.

En los problemas de somatización se ha comprobado que la Terapia Racional Emotivo Conductual o TREC resulta una alternativa eficaz, pues ofrece cambios de pensamientos e ideas que ayudan a modificar nuestras formas de respuesta emocionales o de conductas que aumentan la propensión al incremento del Síndrome Doloroso Miofacial (SDM).

La TREC es denominada así por su autor Albert Ellis en 1956. Es una terapia que ofrece cambios profundos y duraderos pues su objetivo es llegar a la raíz de los pensamientos que afectan las emociones y las conductas.

La TREC considera que las

APENDICE 4: Escala de Ansiedad de Hamilton adaptada.



APENDICE 4: Escala de Ansiedad de Hamilton adaptada

Los grupos de síntomas y sus indicadores se presentan a continuación:

No me pasa	
si, levemente	
si, moderadamente	
si muy fuerte	

Item		
anticipación ansiosa o		sueño con cansancio al despertar
extrasístoles		sueño interrumpido
Aprensión		incapacidad de relajarse
espera de lo peor		insomnio de madrugada
tono muscular aumentado		visión borrosa
mala memoria		Taquicardia
rigidez muscular		dolores y cansancio muscular
Inquietud		Fatigabilidad
llanto fácil		Sofocos
dificultad para conciliar el sueño		peso o presión torácica
chirrido de dientes		urgencia para orinar
miedo al tráfico		Borborignos
Temblores		dolores en pecho
voz poco firme		zumbido de oídos
variaciones del humor en el día		Sobresaltos
no disfrute de pasatiempos		latidos vasculares
sensación de tensión		Palpitaciones
dificultad en la concentración		Tristeza
Suspiros		falta de interés
sueños penosos		miedo a la oscuridad
orina frecuentemente		Pesadillas
Vómitos		amenorrea (no hay periodo menstrual)
náusea o ganas de vomitar		dificultad para deglutir
falta de aire o disnea		sensación de ahogo
sensación de debilidad		sensación de desmayo
sensación de hormigueo		meteorismo (ruidos intestinales)

Gases		pérdida de peso	
estreñimiento		miedo a quedarse solo	
miedo a la multitud		miedo a los animales	
dolor abdominal		miedo a gente desconocida	
sensación de estómago vacío		Escalofrío	



APENDICE 5: Lista cotejable de verbalizaciones irracionales presentadas por la participante durante la intervención.

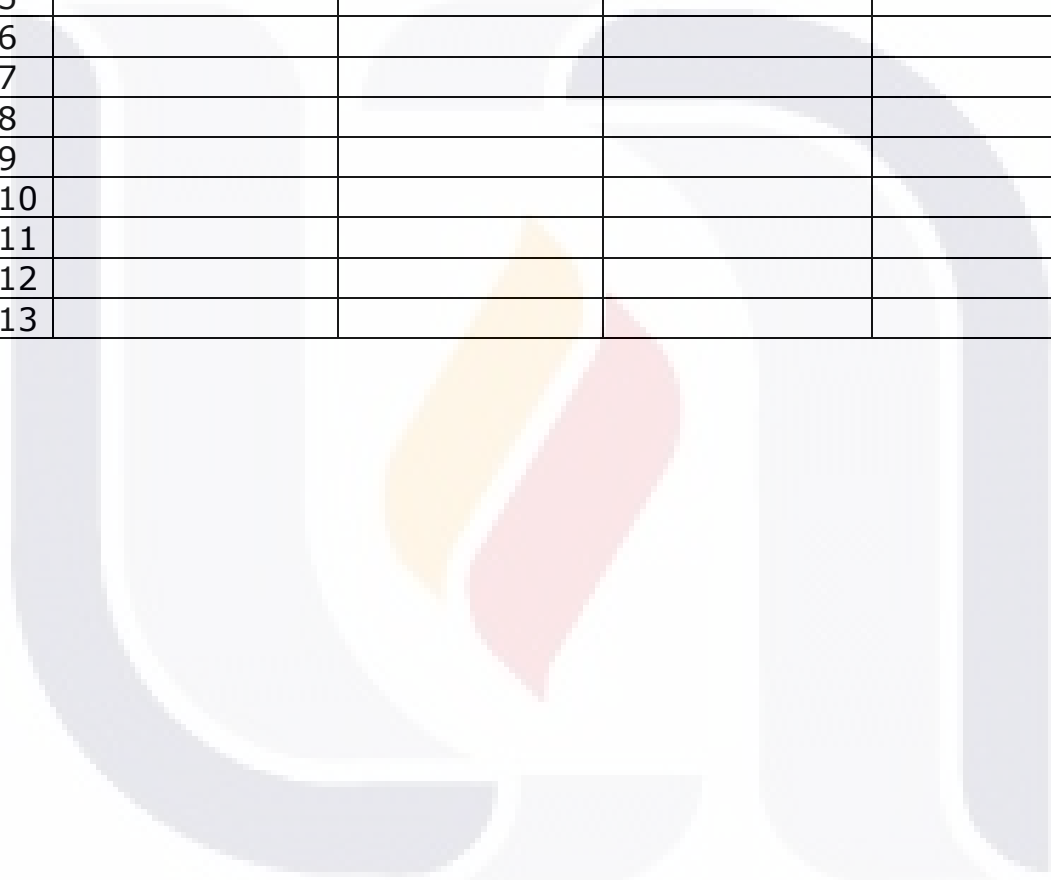


Apéndice 5: Lista cotejable de verbalizaciones irracionales presentadas por la participante durante la intervención.

Sesiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
perfecto													
Desastre													
es inútil													
Siempre													
Nunca													
Nadie													
Malo													
Terrible													
lo peor													
Debo													
tengo que													
Deberían													
Debería													
Verbalización propia de la participante													
Verbalización propia de la participante													
Verbalización propia de la participante													

APENDICE 6: Tabla de actitudes, respuestas a las tareas de casa y sucesos importantes ocurridos a la participante en la sesión y entre sesiones.

	ACTITUD	TAREAS	Sucesos importantes	observaciones
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				



APENDICE 7

Planes de sesión.



APENDICE 7
Planes de sesión.

PLAN DE SESION 1

Expediente: _____

Nombre: _____ edad: _____ fecha: _____ Fase: diagnóstica No. de sesión: 1.

OBJETIVO:

Obtener los datos de identificación del participante, los motivos que le llevaron a presentar SDM, el problema o problemas que presenta actualmente y las características de su respuesta cotidiana, posteriormente clarificar su situación de pensamientos-emociones y comportamientos introduciéndola al trabajo de la TREC.

PROCEDIMIENTOS:

- 1.-Obtener la ficha de identificación del participante.
- 2.-Revisar los indicadores físicos y fisiológicos de ansiedad con la Escala de ansiedad de Hamilton y responder tabla de primer nivel subjetivo de: dolor y ansiedad (NSD y NSA).
- 3.-Obtener los motivos por los que considera fue canalizada, identificar el problema real y sus características de respuesta cotidiana.
- 4.-Completar la información obtenida de las pruebas (cuestionarios) aplicadas.
- 5.- Retroalimentar el folleto introductorio y a partir de esto clarificar su situación de pensamientos-emociones y comportamientos introduciéndola al trabajo de la TREC apoyándose en el material ilustrativo No. 1a, 1b y 1c.
- 6.-Solicitar su primer Tarea para casa: auto-evaluación de situaciones que le provocan ansiedad desde el ABC de la TREC, usando el Formato de Tarea para casa 1 explicando la manera de realizarla con un ejemplo.
- 7.-Proporcionar el Folleto informativo No. 2 de la teoría de la TREC.
- 8.-Cierre de sesión.

MATERIAL:

- a) Formato guía de ficha de identificación y escala de Hamilton y de NSA- NSA.
- b) Folleto informativo No. 1 y Formato de tarea de casa No. 1.
- c) Guía de cuestiones a completar a partir del análisis de la evaluación previa.
- d) hojas blancas y lápiz.
- e) Material Ilustrativo 1a, 1b y 1c.
- f) Folleto informativo de la teoría de la TREC No.2.
- g) Tarea para casa 1: aplicación del ABC de la TREC en situaciones de ansiedad.

TIEMPO: 80minutos.

OBSERVACIONES: verificar la comprensión disposición hacia las tareas para casa.

PLAN DE SESION 2

Expediente: _____

Nombre: _____ edad: _____ fecha: _____

Fase: Intervención No. de sesión: 2

OBJETIVO:

Proporcionar al participante información acerca del mecanismo del ABC de la TREC y del mecanismo de la ansiedad perturbadora por medio de un ejemplo del mecanismo de creencias-ansiedad-SDM (somatización) así como promover la aplicación de este esquema en su situación y vida cotidiana.

PROCEDIMIENTOS:

- 1.- Revisión de los indicadores físicos y fisiológicos de ansiedad: Escala de ansiedad de Hamilton y de los niveles subjetivos de: ansiedad y dolor así como la revisión de tarea para casa No. 1.
- 2.-Proporcionar a la persona la información acerca del mecanismo del ABC de la TREC por medio de Material ilustrativo No. 1c
- 3.-Mostrar ejemplos de la situación de creencias-ansiedad-SDM (somatización) con el esquema del ABC por medio de Material ilustrativo No. 1c y 2a.
- 4.-Identificar la presencia de ansiedad perturbadora (creencias de las creencias) junto con el participante por medio de la explicación del concepto apoyándose en el Material ilustrativo No. 2a.
- 5.-Solicitarle retroalimento lo aprendido con algún ejemplo que recuerde.
- 6.-Proporcionar el diagnóstico a la persona al respecto de su situación apoyándose en el Material ilustrativo No. 2b.
- 7.-Proporcionarle el Formato de tarea para casa No. 2 y No. 3 en donde ejercitará la aplicación de estos esquemas en su vida cotidiana, mostrándole el ejercicio con ejemplos.
- 8.-Proporcionar el Folleto informativo No. 3 de la teoría de la TREC.
- 9.-Cierre.

MATERIAL E INSTRUMENTOS:

- a) Formato guía de Escala de Hamilton y de NSD- NSA.
- b) Folleto informativo No.2 y Formato de tarea de casa No. 2.
- c) Hojas blancas y lápiz para ejemplos
- d) Material ilustrativo 1c, 2 a y b.
- e) Formato de tarea para casa No. 2 en donde ejercitará la aplicación de la secuencia cognitivo-conductual en la ansiedad perturbadora.
- g) Folleto informativo No. 3

TIEMPO: 50 minutos

PLAN DE SESION 3

Expediente: _____

Nombre: _____ edad: _____ fecha: _____

Fase: Intervención No. de sesión: 3

OBJETIVO:

Promover la importancia de la evaluación continua de la ansiedad perturbadora que haya presentado así como proporcionar información acerca de las creencias racionales e irracionales por medio de una explicación, ejemplos y su aplicación a situaciones personales.

PROCEDIMIENTOS:

- 1.- Revisar los indicadores físicos y fisiológicos de ansiedad: Escala de ansiedad de Hamilton y de los niveles subjetivos de: ansiedad-dolor.
- 2.- Revisar lo aprendido de la teoría del ABC por medio de la retroalimentación del Formato de tarea para casa No. 2 y su experiencia al hacerla.
- 3.- Proporcionar información acerca de las creencias racionales e irracionales por medio de una explicación apoyada en el Material ilustrativo No. 3a, 3b y 3c.
- 4.- Proporcionar ejemplos para facilitar la comprensión por medio del Material ilustrativo No. 3d, 3e, 3f y 3g.
- 5.- Proporcionar el Formato de tarea para casa No. 3 en donde practicará la identificación de creencias racionales e irracionales.
- 6.- Proporcionar el Folleto informativo No. 4 emociones apropiadas e inapropiadas.

MATERIAL:

- a) Formato guía de Escala de Hamilton y de NSD- NSA.
- b) Folleto informativo No. 3 y Formato de tarea de casa No. 2.
- c) Hojas blancas y lápiz para ejemplos.
- d) Material ilustrativo 3 a,b,c,d,e,f y g.
- e) Formato de tarea para casa No. 3.
- g) Folleto informativo No. 4.

TIEMPO: 50 minutos

PLAN DE SESION 4

Expediente: _____

Nombre: _____ edad: _____ fecha: _____

Fase: Intervención No. de sesión: 4

OBJETIVO:

Promover en el participante la identificación y diferenciación de las consecuencias emocionales y conductuales apropiadas e inapropiadas y con el ABC identificar las creencias irracionales que las provocan así como sus metas personales.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Revisión de los indicadores físicos y fisiológicos de ansiedad: Escala de ansiedad de Hamilton y de los niveles subjetivos de: ansiedad- dolor y verificar lo aprendido acerca de las creencias racionales e irracionales por medio de una explicación apoyada en el Material ilustrativo No. 3d, 3e, 3f y 3g.
- 2.- Identificar en el ABC de la TREC la C o consecuencias emocionales: emociones apropiadas e inapropiadas así como las consecuencias conductuales: conductas apropiadas e inapropiadas, apoyándose en el Material ilustrativo No. 4a, 4b, 4c, 4d y 4e.
- 3.- Identificar las creencias irracionales que las provocan.
- 4.- Con lo revisado promover la identificación de las metas deseadas apoyándose en el Material ilustrativo anexo No. 4g: metas y valores.
- 5.- Proporcionar el Formato de tarea para casa No. 4 en donde practicará la identificación de creencias racionales e irracionales así como sus consecuencias emocionales y conductuales.
- 6.- Proporcionar el Material ilustrativo anexo 4f: recomendaciones para disminuir la respuesta ansiosa.
- 7.- Proporcionar el Folleto informativo No.5: Cómo reconocer el pensamiento irracional.

MATERIAL E INSTRUMENTOS:

- a) Formato guía de Escala de Hamilton y de NSD- NSA.
- b) Folleto informativo No. 4 y Formato de tarea para casa No 3.
- c) Hojas blancas y lápiz para ejemplos.
- d) Material ilustrativo 3d,e,f,g. y 4 a,b,c,d,e,f,g,h.
- e) Formato de tarea para casa No. 4
- g) Folleto informativo No.5: Cómo reconocer el pensamiento irracional.

TIEMPO: 50 minutos

OBSERVACIONES: no es necesario emplear todo el material de apoyo sobretodo si esto saturará al participante.

PLAN DE SESION 5

Expediente: _____

Nombre: _____ edad: _____ fecha: _____

Fase: Intervención No. de sesión: 5

OBJETIVO:

Aplicar con la ayuda del participante, recordar el ABC y D con una de las creencias irracionales identificadas en él, mostrando el proceso e identificando aquellos pensamientos de base para luego comenzar a debatirlos progresivamente mostrando nuevas alternativas racionales.

PROCEDIMIENTOS:

- 1.- Revisión de los indicadores físicos y fisiológicos de ansiedad: Escala de ansiedad de Hamilton y de los niveles subjetivos de ansiedad- dolor .
- 2.- Retroalimentar la tarea revisando el Formato de tarea para casa No. 4 donde practicó la identificación de creencias racionales e irracionales.
- 3.- Ayudar a la persona a incrementar su comprensión de lo que resulta ilógico y falso acerca de las ideas o filosofías que se dirigen hacia sus problemas, por medio del debate lógico empírico retomando el Folleto informativo No.5: Cómo reconocer el pensamiento irracional y del Material ilustrativo 5a, 5b y 5c.
- 3.-Ejercitar el debate lógico empírico apoyado en un esquema subyacente identificado en la persona, enfatizando las consecuencias de un pensamiento racional vs. un pensamiento irracional..
- 4- Ejercitar lo aprendido respondiendo al formato de tarea para casa No. 5: el ABCDE de la TREC aplicada a mi vida.

MATERIAL E INSTRUMENTOS:

- a) Formato guía de Escala de Hamilton y de NSD- NSA.
- b) Folleto informativo No. 5 y Formato de tarea para casa No. 4.
- c) Hojas blancas y lápiz para ejemplos
- d) Material ilustrativo 2 a, b; 5 a, b, c .
- e) Formato de tarea para casa No. 5: el ABCDE de la TREC aplicada a mi vida.
- g) Folleto informativo No. 6: afrontamiento y ataque de nuestras creencias irracionales.

TIEMPO: 50 minutos

PLAN DE SESION 6

Expediente: _____

Nombre: _____ edad: _____ fecha: _____

Fase: Intervención No. de sesión: 6

OBJETIVO:

Recordar al participante las consecuencias temerarias o contraproducentes de sus ideas irracionales. Posteriormente enseñarle nuevas ideas y alternativas que contraríen sus pensamientos irracionales promoviendo el insight de la lógica que existe detrás de las nuevas ideas, así como de los beneficios que puede obtener aplicando el ABC D y E.

PROCEDIMIENTOS:

- 1.- Revisión de los indicadores físicos y fisiológicos de ansiedad: Escala de ansiedad de Hamilton y de los niveles subjetivos de ansiedad- dolor.
- 2.- Retroalimentar lel Formato de tarea para casa No. 5 donde practicó la identificación de creencias racionales e irracionales
- 3.- Facilitar en la persona el deshacerse de sus filosofía viejas e irracionales y remplazarlas por unas nuevas racionales por medio de ejemplos en Material ilustrativo No. 6a y 6b y el Folleto informativo No. 6.
- 4.- Identificar los “Debo” y promover su cambio por “prefiero” apoyándose en el Material ilustrativo No. 6c y en ejemplos personales propuestos en material ilustrativo No. 6d.
- 5.- Ejercitar los nuevos hábitos de pensamiento para fortalecerlos apoyándose en el Formato de tarea para casa No. 6.
- 6.- Entregar el Folleto informativo No.7: Actitudes y valores que la TREC promueve en las personas.

MATERIAL E INSTRUMENTOS:

- a) Formato guía de Escala de Hamilton y de NSD- NSA.
- b) Folleto informativo No. 6 y Formato de tarea para casa No. 5.
- c) Hojas blancas y lápiz para ejemplos.
- d) Material ilustrativo 6 a, b, c, d.
- e) Formato de tarea No. 6: afrontamiento y ataque de las creencias irracionales.
- g) Folleto informativo No.7: Actitudes y valores que la TREC promueve en las personas.

TIEMPO: 50 minutos

PLAN DE SESION 7

Expediente: _____

Nombre: _____ edad: _____ fecha: _____

Fase: Intervención No. de sesión: 7

OBJETIVO:

Continuar con el ejercicio del debate de las principales creencias irracionales y fomentar la práctica de actitudes y valores que la TREC promueve ayudándole al participante a incrementar su auto-motivación por medio del ejercicio de autoinstrucciones.

PROCEDIMIENTOS:

- 1.- Revisar de los indicadores físicos y fisiológicos de ansiedad: Escala de ansiedad de Hamilton y de los niveles subjetivos de ansiedad-dolor.
- 2.- Revisar la tarea para casa con el Formato de tarea para casa No.6: afrontamiento y ataque de mis creencias irracionales.
- 3.- Facilitar en la persona el deshacerse de sus filosofía viejas e irracionales y remplazarlas por unas nuevas racionales por medio de la revisión de las actitudes y valores que promueve la TREC.
- 4.- Identificar otros “Debo” y cambiarlos por preferencias apoyándose en el Material ilustrativo No.6b y 6c y en ejemplos personales.
- 5.- Incrementar la motivación del participante por medio del ejercicio de auto-instrucciones apoyándose en el Material ilustrado No. 6d y 7.
- 6.- Ejercitar los nuevos hábitos de pensamiento para fortalecerlos apoyándose en el Formato de tarea para casa No. 7: hoja de registro de práctica de auto-instrucciones.
- 7.- Entregar el Folleto informativo No. 8: Cómo incrementar la automotivación.

MATERIAL E INSTRUMENTOS:

- a) Formato guía de Escala de Hamilton y de NSD- NSA.
- b) Folleto informativo No. 7 y Formato de tarea para casa No. 6.
- c) Hojas blancas y lápiz para ejemplos.
- d) Material ilustrativo 6 b, c, d y 7.
- e) Formato de tarea para casa No. 7: registro de práctica de autoinstrucciones.
- g) Folleto informativo No. 8: Cómo incrementar la automotivación.

TIEMPO: 50 minutos

PLAN DE SESION 8

Expediente: _____

Nombre: _____ edad: _____ fecha: _____

Fase: Intervención No. de sesión: 7

OBJETIVO:

Facilitar en el participante la modificación de las creencias irracionales por unas más racionales por medio del ejercicio práctico del ABC, D y E, así como proporcionar herramientas que faciliten la toma de decisiones que favorezcan afrontamientos efectivos en su vida cotidiana.

PROCEDIMIENTOS:

- 1.- Revisar de los indicadores físicos y fisiológicos de ansiedad: Escala de ansiedad de Hamilton y de los niveles subjetivos de ansiedad- dolor.
- 2.- Revisar lo ejercitado en casa revisando el Formato de tarea No. 7: hoja de registro de práctica de auto-instrucciones así como retroalimentar lo leído en el Folleto informativo No.8: Cómo incrementar la automotivación.
- 3.- Ejercitar el pensamiento racional recordando el Material ilustrativo 6b, 6c y 6d: cambiando los “debes” por los “prefiero” o “preferiría” aplicándolos a ABCDE de la TREC.
- 4.- Proporcionar los elementos teóricos básicos acerca de la toma de decisiones apoyándose en el Material ilustrativo No. 8a y 8b.
- 5.- Ejercitar con el participante la secuencia que se propone para tomar decisiones adecuadamente aplicándolo a un ejemplo de una situación de su vida diaria.
- 6.- Ejercitar la Toma de decisiones apoyándose en el Formato de tarea para casa No. 8: Ejercitar la toma de decisiones.
- 7.- Entregar la guía de pasos para Solucionar problemas.

MATERIAL E INSTRUMENTOS:

- a) Formato guía de Escala de Hamilton y de NSD- NSA.
- b) Folleto informativo No. 8 y Formato de tarea para casa No 7.
- c) Hojas blancas y lápiz para ejemplos.
- d) Material ilustrativo 6 b, c, d y 8 a, b.
- e) Formato de tarea No. 8: Ejercitar la Toma de decisiones.
- g) Guía para Solucionar Problemas.

TIEMPO: 50 minutos

PLAN DE SESION 9

Expediente: _____

Nombre: _____ edad: _____ fecha: _____

Fase de intervención No. de sesión: 9

OBJETIVO:

Promover en el participante la práctica de las herramientas para el uso del pensamiento racional y el empleo de las estrategias que faciliten la solución de problemas cotidianos.

PROCEDIMIENTOS:

- 1.- Revisar de los indicadores físicos y fisiológicos de ansiedad: Escala de ansiedad de Hamilton y de los niveles subjetivos de ansiedad- dolor .
- 2.- Revisar lo ejercitado en casa apoyándose en el Formato de tarea para casa No. 8: Tomar decisiones así como retroalimentar lo leído en la Guía para Solucionar problemas.
- 3.- Promover el empleo de las estrategias que faciliten la solución de problemas cotidianos apoyándose en el Material ilustrativo 9a y 9b.
- 4.- Ejercitar la Solución de problemas con un ejemplo de la vida diaria del participante.
- 5.- Ejercitar lo aprendido acerca de la Solución de problemas apoyándose en el Formato de tarea No. 9.
- 6.- Continuar promoviendo en el participante la práctica de las herramientas para el uso del pensamiento racional.
- 7.- Entregar el Folleto informativo No.9: Cómo establecer límites sanos.

MATERIAL E INSTRUMENTOS:

- a) Formato guía de Escala de Hamilton y de NSD- NSA.
- b) Folleto informativo No. 9 y Formato de tarea para casa No. 9.
- c) Hojas blancas y lápiz para ejemplos.
- d) Material ilustrativo 9 a, b.
- e) Formato de tarea para casa No. 9
- g) Folleto informativo No. 9: Cómo establecer límites sanos.

TIEMPO: 50 minutos

PLAN DE SESION 10

Expediente: _____

Nombre: _____ edad: _____ fecha: _____

Fase de intervención No. de sesión: 10

OBJETIVO:

Proporcionar al participante herramientas de Establecimiento de límites sanos en sus relaciones interpersonales y reforzar el auto-debate lógico empírico apoyado en sus esquemas irracionales identificados, dando énfasis a las consecuencias de un pensamiento racional vs. el pensamiento irracional.

PROCEDIMIENTOS:

- 1.- Revisar de los indicadores físicos y fisiológicos de ansiedad: Escala de ansiedad de Hamilton y de los niveles subjetivos de ansiedad- dolor.
- 2.- Revisar la tarea para casa con el Formato de tarea para casa No.9: Ejercitar la Solución de problemas y lo aprendido del Folleto informativo No.9: Cómo establecer límites sanos.
- 3.- Proporcionar herramientas de Establecimiento de límites sanos en sus relaciones interpersonales apoyándose en el Material ilustrativo No.10a.
- 4.- Ejercitar la identificación y el Establecimiento de límites sanos con desconocidos, apoyándose en el Material ilustrativo No. 10b y en ejemplos de situaciones personales en las que no coloca límites sanos.
- 5.- Ejercitar en casa lo aprendido apoyándose en el Formato de tarea para casa No. 10a: Establecer límites sanos en las relaciones interpersonales.
- 6.- Pedir al participante traer todo su material recabado en las siguientes dos sesiones.

MATERIAL E INSTRUMENTOS:

- a) Formato guía de Escala de Hamilton y de NSD- NSA.
- b) Folleto informativo No. 9 y Formato de tarea para casa No. 9.
- c) Hojas blancas y lápiz para ejemplos.
- d) Material ilustrativo 10 a, b.
- e) Formato de tarea para casa No. 10a.

TIEMPO: 50 minutos

PLAN DE SESION 11

Expediente: _____

Nombre: _____ edad: _____ fecha: _____

Fase de intervención No. de sesión: 11

OBJETIVOS:

Practicar con el participante el uso de límites sanos en las relaciones familiares así como fortalecer el uso de la filosofía de la TREC en el participante por medio de constantes ejercicios que refuercen el pensamiento racional y castiguen el pensamiento irracional.

PROCEDIMIENTOS:

- 1.- Revisar de los indicadores físicos y fisiológicos de ansiedad: Escala de ansiedad de Hamilton y de los niveles subjetivos de dolor y ansiedad.
- 2.- Revisar la tarea para casa con el Formato de tarea para casa No.10.
- 3.- Ejercitar la identificación y el Establecimiento de límites sanos en las relaciones con la familia, apoyándose en el Material ilustrativo No. 10a y 10b y en ejemplos de situaciones personales en las que no coloca límites sanos.
- 4.-Ejercitar en casa lo aprendido apoyándose en el Formato de tarea para casa No. 10b estableciendo los límites en situaciones familiares en las que no coloca limites sanos.
- 5.- Revisar lo más importante de cada folleto entregado y a partir de esto promover el ejercicio de los nuevos hábitos de pensamiento para fortalecerlos, sugerir el apoyarse en el Formato de tarea para casa No. 7: Hoja de registro de práctica de auto-instrucciones.
- 5.- Pedir al participante traer todo su material en la siguiente sesión.

MATERIAL E INSTRUMENTOS:

- a) Formato guía de Escala de Hamilton y de NSD- NSA.
- b) Formato de tarea para casa No. 10a.
- c) Hojas blancas y lápiz para ejemplos.
- d) Material ilustrativo. 10 a, b.
- e) Formato de tarea para casa No. 10b.
- g) Folletos informativos del 1 al 9.

TIEMPO: 50 minutos

PLAN DE SESION 12

Expediente: _____

Nombre: _____ edad: _____ fecha: _____

Fase de intervención No. de sesión: 12

OBJETIVO:

Promover en el participante el constante auto-debate y enfrentamiento a experiencias directas que le permitan practicar su nueva filosofía y las habilidades aprendidas que le lleven a experimentar los beneficios de la TREC especialmente en sus niveles de ansiedad y en la disminución progresiva del SDM. Finalmente, cerrar la sesión con un resumen general de la intervención enfatizando la importancia del proceso de cambio de acuerdo a la TREC.

PROCEDIMIENTOS:

- 1- Revisar la tarea para casa con el Formato de tarea para casa No. 10b.
- 2- Facilitar en la persona el deshacerse de sus filosofía viejas e irracionales y reemplazarlas por unas nuevas racionales por medio de ejemplos en Material ilustrativo 7b y 7c y 8.
- 3.- Ejercitar con el participante el Debate lógico empírico apoyado en sus esquemas irracionales ya identificados, enfatizando las consecuencias de un pensamiento racional vs. un pensamiento irracional apoyándose en el Material ilustrativo No. 7b y 7c y en ejemplos personales.
- 4.- Realizar un resumen general de la intervención enfatizando la importancia de releer periódicamente lo más importante en su material al tiempo que se le va mostrando todo el Material ilustrativo y los Folletos informativos.
- 5.- Destacar la importancia del proceso de cambio de acuerdo a la TREC desde la modificación de la filosofía y actitudes personales a practicar continuamente.

MATERIAL E INSTRUMENTOS:

- a) Formato guía de Escala de Hamilton y de NSD- NSA.
- b) Folletos informativos 1 al 9 y Formato de tarea para casa No. 10 b.
- c) Hojas blancas y lápiz para ejemplos.
- d) Material ilustrativo 7 b, c y 8.
- e) Carpeta de Material ilustrativo.

TIEMPO: 50 minutos

PLAN DE SESION 13

Expediente: _____

Nombre: _____ edad: _____ fecha: _____

Fase de seguimiento No. de sesión: 13.

OBJETIVO:

Evaluar las características de su respuesta ansiosa y sus pensamientos para verificar la efectividad de la intervención racional-emotiva recibida. Proporcionar recomendaciones acerca del mantenimiento de la Filosofía de la TREC aprendida durante la intervención.

PROCEDIMIENTOS:

- 1.- Revisar de los indicadores físicos y fisiológicos de ansiedad: Escala de ansiedad de Hamilton y de los niveles subjetivos de dolor-ansiedad.
- 2.- Aplicar las siguientes pruebas: Test de Creencias Irracionales (ITB), y la Escala de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo (STAI).
- 3.- Incrementar la motivación del participante por medio del ejercicio de auto-instrucciones apoyándose en el Material ilustrativo No.6d ejercitando de los nuevos hábitos de pensamiento fortaleciéndolos por medio de la práctica continua.
- 4.- Destacar la importancia del proceso de cambio de acuerdo a la TREC desde la modificación de la filosofía y actitudes personales a practicar continuamente, recordando los objetivos de la TREC usando el Material ilustrativo 6 a, b, c. y 11.
- 5.- Dar las últimas recomendaciones al respecto del autoreforzo y el autodebate permanente.
- 6.- Cierre de la intervención.

MATERIAL E INSTRUMENTOS:

- a) Escala de ansiedad de Hamilton y de los niveles subjetivos de dolor- ansiedad.
- b) Test de Creencias Irracionales (ITB).
- c) Escala de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo AE-AR (STAI).
- d) Material ilustrativo No. 6d: Auto-instrucciones para un pensamiento racional; Material ilustrativo No. 11 Filosofía, valores y actitudes que promueve la TREC.

TIEMPO: 50 minutos.