



**UADY**

FACULTAD DE  
PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN  
CUIDADOR INFORMAL CON SOBRECARGA  
MULTIFACTORIAL**

**TESIS  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE  
CLÍNICA PARA ADULTOS**

**PRESENTA  
LIC. EN PSIC. BÁRBARA SOLÍS HERNÁNDEZ**

**DIRECTOR  
MTRO. RICARDO CASTILLO AYUSO**

**MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO  
SEPTIEMBRE 2016**



Agradezco a mis padres y a mis hermanos por cuidarme, por estar conmigo y para mí, ahora y siempre...

Al Mtro. Ricardo Castillo por su dirección, por compartir su conocimiento a lo largo del posgrado y por enseñarme que *the answer is blowing in the wind...*

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No.627642 durante el periodo agosto 2014-julio 2016 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

Cornisa: Intervención en un cuidador informal

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CUIDADOR  
INFORMAL CON SOBRECARGA MULTIFACTORIAL

TESIS  
PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE CLÍNICA  
PARA ADULTOS

PRESENTA  
LIC. EN PSIC. BÁRBARA SOLÍS HERNÁNDEZ

Director de Tesis  
Mtro. Ricardo Castillo Ayuso

## Contenido

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
Planteamiento del problema.....	9
Justificación.....	11
Sustento teórico.....	12
Ansiedad.....	12
Sintomatología.....	12
Teoría cognitiva de la ansiedad.....	13
Depresión.....	13
Sintomatología.....	14
Teoría cognitiva de la depresión.....	15
Enfermedad crónica: Epilepsia.....	16
Definición.....	16
Terminología.....	16
Etiología.....	17
Prevalencia.....	17
Diagnóstico.....	18
Posibles factores precipitantes de crisis epilépticas.....	18
Tratamiento.....	18
El cuidador informal.....	19
Conceptualización.....	19
Sobrecarga multifactorial: implicaciones de ser cuidador informal.....	20
Terapia Cognitivo Conductual.....	21
Intervención Cognitivo Conductual.....	22
<b>2. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL CASO.....</b>	<b>23</b>
Descripción del escenario.....	23
Instrumentos.....	23
Técnicas utilizadas.....	24
<b>3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESARROLLADO.....</b>	<b>25</b>
Objetivos.....	25
Procedimiento de aplicación.....	26
<b>4. EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS.....</b>	<b>28</b>
Conceptualización del caso.....	28
Familiograma.....	29
Cambios registrados.....	30
Reporte de sesiones.....	31

Sesiones.....	34
Discusión.....	61
Limitaciones de la intervención.....	64
Factores predisponentes favorables.....	64
Referencias.....	65
Anexos.....	71
Apéndice A.....	71
Apéndice B.....	75
Apéndice C.....	79

## 1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas, entendidas desde la epidemiología, son aquellas enfermedades de alta prevalencia y no curables. En un sistema de salud incapaz de sostener la alta demanda asistencial de personas con estos padecimientos, es la familia la que constituye el principal y mayormente el único núcleo prestador de asistencia, convirtiéndose así, en prestadora de un cuidado informal (Duarte e Izquierdo, 2002).

Por sí mismas, las condiciones en las que se desarrollan las actividades diarias del cuidador/a informal, lo hacen un ser vulnerable desde el punto de vista sanitario. La sobrecarga de un cuidador puede ser reflejada por un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de personas enfermas, afectando sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional (González, Graz, Pitiot, Podestá, 2004).

Debido a las afecciones identificadas que son características de la labor del cuidador informal (cognitivas, emocionales y conductuales), los pacientes involucrados en esta situación de vida se verán beneficiados con intervenciones psicológicas que resulten en un mejor funcionamiento en las diversas áreas de su vida.

El trabajo que a continuación se presenta describe la intervención psicológica con una cuidadora informal, en donde se logran identificar pensamientos, conductas y emociones sobre el significado que ella otorga a su labor de cuidadora y madre; por lo que la intervención realizada se enfoca en ayudar a la paciente a reestructurar aquellos pensamientos que le imposibilitan desempeñarse de una manera más conveniente en la atención de sus hijos y sin olvidar que también es necesario cuidar de ella misma.

## 1.1 Planteamiento del Problema

De acuerdo con estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015), la esperanza de vida para el año 2015 fue de casi 75 años; sin embargo, así como se ha registrado un aumento en la esperanza de vida, igualmente se ha registrado un aumento en el padecimiento de enfermedades crónico degenerativas, como las demencias, la enfermedad de Parkinson, etc. En el Programa Nacional de Salud 2007-2012, la Secretaría Salud (2007), indicó un aumento en la necesidad de atención de dichas enfermedades, las cuales producen una carga en términos de discapacidad, y una grave disminución en los años de vida saludable.

Cuidar de un niño enfermo es una labor que pone en juego la participación conjunta de los sistemas de cuidado formal e informal, representados por el personal de salud de las instituciones y la familia, quienes otorgan los cuidados. En la familia, el cuidador es normalmente uno de sus miembros, denominado cuidador informal ya que generalmente tiene un vínculo de parentesco o cercanía, asumiendo la responsabilidad del cuidado. Esta persona toma decisiones, supervisa, apoya y realiza las actividades de la vida diaria que corresponden a su labor de cuidado (García, Mateo y Maroto, 2004; Ramos, 2008).

Existen ciertos rasgos que caracterizan el cuidado informal y que afectan directamente su visibilidad y reconocimiento social: se trata de un trabajo no remunerado, sin precio en el mercado, y esto se confunde con una carencia de valor. El cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco, perteneciente al terreno de lo privado; se trata de “asuntos de familia” en los que el resto de la sociedad no se implica. Se desarrolla en el ámbito doméstico y, como tal, queda oculto al reconocimiento público (García-Calvente, Mateo-Rodríguez, Eguiguren, 2004).

Con el paso del tiempo el cuidador puede sufrir un deterioro en su calidad de vida y diversos problemas físicos, psicológicos y sociales; el cuidado se convierte en un factor de estrés que eventualmente le conlleva a tener sobrecarga. Por ello el cuidado informal se puede conceptualizar como una situación de vida estresante por las demandas propias del cuidado que se exigen al cuidador, lo que en consecuencia puede tener graves repercusiones en la salud y bienestar del mismo. En primera instancia, los cuidadores informales se

enfrentan a estresores inmediatos propios del desempeño de su labor, y a esto se adiciona a el deterioro de proporcionar asistencia durante un periodo indeterminado y sin descanso probable (Zarit, 2002).

La sobrecarga del cuidador es de carácter multifactorial e involucra: el aislamiento social, sobrecarga de actividades tanto en casa como fuera de ella, alteración del comportamiento de los familiares que reciben cuidados, la idea de ser los responsables exclusivos de su familiar, dificultades financieras, abandono de empleo por parte del cuidador, entre otras (Mangini 2004 en Miranda de Andrade, Maia-Costa, Áfio-Caetano, Soares, y Pinheiro-Beserra, 2009).

Por otro lado, el género también influye en las consecuencias de la labor de cuidado sobre los cuidadores; se ha señalado que los hombres presentan menor malestar físico y emocional que las mujeres, las cuales suelen padecer más problemas de ansiedad y depresión, menor bienestar subjetivo y calidad de sueño (Crespo y López, 2008; Larrañaga et al., 2008).

## ***Justificación***

El cuidado informal se desarrolla en el ámbito doméstico, en lo privado y como parte de una rutina de vida cotidiana cuya base son las relaciones de parentesco y las afectivas; por lo que se caracteriza siendo una atención “a puerta cerrada”, todo esto redundando en la invisibilidad de su trabajo. Dicha invisibilidad resulta ser uno de los límites y barreras para la intervención (Duarte e Izquierdo, 2002).

Ramírez y Ríos (2004), encontraron que en aquellos pacientes con lesiones neurológicas, el 91.7% de sus cuidadoras informales reportaban una carga severa, concluyendo que la discapacidad y/o la enfermedad no solamente afecta la vida social y personal de quien la padece sino también de los cuidadores informales.

La importancia de reconocer los cuidados informales se puede relacionar con diversos elementos:

- a) los avances en la medicina e incluso los tecnológicos están permitiendo que haya un aumento el promedio de supervivencia de los enfermos crónicos y discapacitados; lo que significa en consecuencia un mayor número de personas que requieren cuidados, la mayor parte de ellos son dados en el ámbito informal,
- b) a nivel servicios de salud pública se han reducidos costos, por lo que no se prevé una mayor inclusión de cuidados necesarios de enfermedades crónicas ni degenerativas (Duarte e Izquierdo, 2002).

Frente a este escenario, el siguiente trabajo se justifica, en un primer aspecto, debido a que la capacidad de autocuidado que desarrollen los cuidadores informales juega un rol fundamental en el mantenimiento de la salud y en el desempeño adecuado en su labor de cuidador. Es posible pensar que cada cuidador responde de diferente manera ante las demandas de esta labor, ante los estresores y ante las habilidades para afrontarlos; asimismo pueden percibir la carga como desbordante, adaptarse ante las demandas de las circunstancias o fluctuar entre ambas. En un segundo aspecto, se justifica al generar una intervención que demuestra aquellas cogniciones y conductas subyacentes a la sobrecarga multifactorial identificada en la paciente, para modificarlos y así disminuir su malestar y permitirle ejecutar su labor adecuadamente sin perjuicio a su persona.

## **1.2. Sustento Teórico**

### **Ansiedad**

La ansiedad es un estado emocional desagradable que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona (Secretaría de Salud, 2010).

### **Sintomatología**

Moreno (2007), indica que los síntomas de ansiedad son los que ocurren cuando experimentamos una situación amenazante:

- a) *Los síntomas cognitivos* son aquellos pensamientos o recreaciones mentales que se generan ante la amenaza; son pensamientos automáticos, típicamente difíciles de identificar. Es un diálogo interno que surge justo antes de que se presenten los otros síntomas fisiológicos y motores que son característicos de la ansiedad.
- b) *Los síntomas fisiológicos* se manifiestan corporalmente a través de: tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, respiración acelerada, mareos, náuseas, sequedad en la boca, sudor, temblores, enrojecimiento en la cara, escalofríos, oleadas de calor, dificultad para dormir, dolores de cabeza, cuello o espalda, fatiga, diarrea, etc. Algunos de estos síntomas se producen en consecuencia de un estrés mantenido o estrés crónico.
- c) *Los síntomas motores* se refiere a las expresiones de ansiedad visibles para los demás, por ejemplo la evitación o el escape de dichas situaciones que se perciben como amenazantes; asimismo estas manifestaciones contribuyen a que se mantenga la ansiedad. Por ellos es fundamental aprender a manejar los pensamientos automáticos para afrontar las situaciones que tendemos a evitar o escapar.

## **Teoría cognitiva de la ansiedad**

Las distorsiones cognitivas integran y explican el funcionamiento psíquico desadaptativo de un individuo con ansiedad. Existen amplias posibilidades de aparición de estas distorsiones, su origen y desencadenantes, lo que imposibilita tener una clasificación o cuadro específico; de hecho e curso idiosincrático en el que se desarrollan las hace singulares y propias de la persona que las padece. Sin embargo, algunas distorsiones cognitivas identificadas con frecuencia en individuos ansiosos son:

- a) el pensamiento dicotómico de todo o nada, en donde el individuo se encuentra “entre la espada y la pared” que en combinación con un locus de control externo, reduce la capacidad de maniobra,
- b) en las inferencias arbitrarias o razonamiento emocional se refleja un plano cognitivo sin control y mal dirigido en donde surge y se dispara un ámbito emocional que se asume y transforma en reacciones automáticas,
- c) el “debería” o “tengo que”, refleja la necesidad, obligación, es un pensamiento absolutista característico presente en el sujeto ansioso; la situación de “sentirse obligado a” puede ser un determinante para la aparición de culpabilización (Luengo, 2003).

## **Depresión**

De acuerdo a la OMS la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión es definida por Dorsch (2008), como un estado de ánimo triste deprimido, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión; es una manifestación normal cuando hay causas exteriores que la explican.

## **Sintomatología concomitante**

A continuación se presenta una explicación de los fenómenos relacionados con la depresión:

### *Tristeza y soledad*

El recuerdo selectivo de las experiencias es uno de los aspectos cognitivos más notables de la depresión que está directamente relacionado con el estado de ánimo disfórico; las experiencias desagradables son más fáciles de recordar para un individuo deprimido. Se puede observar una selectividad similar en su percepción de los hechos ordinarios de su vida, siendo hipersensible a los estímulos que significan una pérdida e insensible a los que significan una ganancia. Como resultado de esta visión de túnel el individuo se vuelve impenetrable a aquellos estímulos que podrían representar emociones agradables; así en consecuencia la pérdida de gratificación conlleva a la tristeza, el pesimismo predominante mantienen un continuo estado de tristeza (Ellis y Grieger, 2003).

### *Cambios motivacionales*

El común que el individuo no solamente desee evitar experiencias que anteriormente le satisfacían sino que es arrastrado hacia un estado de inactividad. Al considerar las formas en la que el individuo se ha dado por vencido, se puede comprender la unión entre los cambios en la motivación y las cogniciones; es decir, ya no se siente atraído por el tipo de tareas a las que antes participaba de forma espontánea. También cumple sus labores diarias o de rutina porque cree que es su “deber” hacerlos, o porque es lo que “tiene” que hacer o porque otros le urgen a que lo haga. Esto demuestra igualmente un deseo, menos evidente, de escapar de toda situación evaluada como desagradable (Ellis y Grieger, 2003).

### *Conducta suicida*

Los deseos e intentos de suicidio son la expresión máxima del deseo de evadirse. El individuo en depresión vislumbra un futuro de pena y sufrimiento, no imagina alguna manera de mejorar y cree que nunca lo hará. Así es el suicidio llega como una solución racional y lógica, promete un final al sufrimiento y la miseria; es el deseo de encontrar al fin reposo (Ellis y Grieger, 2003). En un estudio realizado por Aaron T. Beck, los deseos

suicidas estaban presentes en aproximadamente un tercio de las personas con casos de depresión moderada, y en cerca de tres cuartos de las personas gravemente deprimidas (Burns, 2008).

#### *Síntomas físicos y vegetativos*

Dentro del marco de un modelo psicológico, la explicación de estos síntomas presenta dificultades; los diferentes niveles conceptuales que se entremezclan aumentan el riesgo de confusión. En cuenta con lo anterior, se trata de relacionar los modelos cognitivos con una de las correlaciones de la depresión, el retraso motor y la fatiga. Una inactividad motora concuerda con la consideración negativa de sí misma de la persona y la pérdida de la motivación espontánea. Los signos vegetativos como la pérdida de libido y el insomnio, se pueden ver desde la perspectiva de ser los concomitantes fisiológicos de la perturbación psicológica (Ellis y Grieger 2003).

#### **Teoría cognitiva de la depresión**

El modelo cognitivo de la depresión guarda relevancia de los demás modelos tradicionales que defienden que todos los otros síntomas son secundarios para la perturbación afectiva fundamental. La sentencia central del modelo cognitivo es la importancia en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos que tienen las concepciones idiosincráticas. El principal relieve explicativo se da a través de la tríada cognitiva (Ellis y Grieger, 2003).

En un análisis del contenido verbal de pacientes depresivos y no depresivos, los informes de los clientes deprimidos mostraron un contenido idiosincrático y negativo, es decir:

- a) *Una consideración negativa de sí mismo.* Es una tendencia marcada a considerarse a uno mismo como deficiente, inadecuado o inútil; incluso considerarse indeseable, despreciable, con una tendencia a rechazarse a sí mismo y creer que los demás harán lo mismo.
- b) *Una consideración negativa del mundo.* En donde las interacciones con su ambiente son interpretadas de manera derrotista, con privación y menosprecio. El mundo de

interpreta con exigencias y obstáculos que bloquean el alcance de los objetivos de su vida.

- c) *Una consideración negativa del futuro*. Las expectativas del futuro se traducen de forma negativa, se vislumbra que los problemas actuales continuarán indefinidamente empeorando (Ellis y Grieger, 2003).

En el estilo de pensamiento de los clientes depresivos se manifiesta claramente distorsiones en su forma de pensar. Las clases de pensamientos falaz comunes son las siguientes:

*La inferencia arbitraria*, es la tendencia a sacar conclusiones a pesar de la falta de evidencia.

*La excesiva generalización* es el proceso de hacer una generalización sin base ni justificación o solamente a partir de un único incidente.

La *amplificación* es la tendencia a exagerar el significado o la importancia de un hecho en particular. Albert Ellis llamó a esto catastrofismo.

Las perturbaciones de pensamiento en un estado de depresión pueden ser atribuibles al predominio de idiosincrasias que sobrepasan las características de exigencia de la situación externa del estímulo (Ellis y Grieger, 2003).

## **Enfermedad crónica: Epilepsia**

### **Definición**

Es un padecimiento de alteración del cerebro caracterizado por, una predisposición duradera para generar crisis epilépticas, y por sus consecuencias neurocognitivas, psicológicas y sociales. La definición de epilepsia requiere la aparición de, al menos, una crisis epiléptica (Sociedad Española de Neurología, 2012).

### **Terminología**

Entre los términos más básicos de la epilepsia se incluyen (Guía clínica HIM, 2016):

*Crisis Convulsiva*. Representa un evento de inicio brusco, generalmente autolimitado, caracterizado por una actividad muscular excesiva, pudiendo ser clónica (contracción

muscular intermitente y rítmica), tónica (contracción muscular sostenida) o mioclónica (contracción arrítmica de un grupo muscular).

*Crisis Epiléptica.* Representa los síntomas (sensoriales, motores, autonómicos o psíquicos) derivados de la activación excesiva de un grupo de neuronas cerebrales, que se presentan de forma repetida y crónica, con correspondencia electroencefalográfica.

*Síndromes epilépticos.* Grupo de entidades claramente identificables con características electro clínicas, signos y síntomas que definen, distinguen y reconocen a una entidad clínica.

*Estado Epiléptico.* El término se utiliza para describir cualquier tipo de crisis continuas lo suficientemente prolongadas que pueden producir daño neuronal. La Liga Internacional contra la Epilepsia define al Estado Epiléptico como "una crisis que no muestra datos de recuperación de lo que duraría una crisis habitual, o crisis recurrentes sin recuperación del alerta durante el periodo interictal, o recuperación de la función basal normal del sistema nervioso" Desde el punto de vista operativo se acepta una duración mayor de 5 minutos como suficiente para iniciar el tratamiento.

### **Etiología**

En la edad preescolar y, sobre todo, en la escolar, tiene lugar la aparición de las epilepsias determinadas genéticamente, o idiopáticas, muchas de ellas con defecto genético conocido (epilepsias genéticas), y, con frecuencia, autolimitadas en su expresión. Con menor frecuencia empiezan los síndromes epilépticos sintomáticos que están relacionados con factores lesionales -encefalopatía hipóxico-isquémica, infecciones SNC, enfermedades neurocutáneas, displasias corticales, etc.-y, en los márgenes inferiores de esta etapa, síndromes epilépticos aparentemente debidos a causas ocultas, o criptogénicos (Nieto, Nieto, y Nieto, 2008).

### **Prevalencia**

La epilepsia es un padecimiento crónico recurrente, en México su prevalencia fluctúa entre 1.8 a 2 %, porcentaje que representa más de un millón de pacientes. El 76% de los epilépticos inician su padecimiento antes de la adolescencia; por lo que la Organización Mundial de la salud (OMS) la reconoce como un problema de salud pública (Secretaría de Salud, s/f).

## **Diagnóstico**

El diagnóstico de este padecimiento está basado en el cumplimiento de los criterios de definición, clínicos y EEG, ya establecidos. Primeramente la historia clínica minuciosa de la crisis, de las circunstancias que le preceden, historia personal y familiar previa, y la presencia en el EEG intercrítico, con frecuencia positivo, de anomalías paroxísticas, que permite ubicar al paciente en un tipo concreto de crisis y, si es posible en un síndrome epiléptico definido. La obtención de un EEG crítico es concluyente por lo que, en caso de duda hay que realizar una monitorización video-EEG hasta registrar una crisis. La identificación del síndrome epiléptico es útil para el diagnóstico pronóstico, investigación etiológica y tratamiento adecuado. Los síndromes epilépticos idiopáticos se presentan en niños con integridad neuropsíquica y antecedentes familiares frecuentes de convulsiones febriles y/o epilepsia (Nieto, Nieto, y Nieto, 2008).

## **Posibles factores precipitantes de crisis epilépticas**

El consumo de alcohol es un factor de riesgo ante la inminente presencia de una crisis, al igual que el consumo de cafeína, en café y té, solamente permitidos en dosis moderadas. Otro factor identificado son las alteraciones del sueño, es importante mantener una higiene del sueño adecuada y horarios regulares, no se recomienda interrumpir el sueño matinal para la toma de la primera dosis de la medicación. Asimismo, la televisión y los videojuegos son conocidos factores desencadenantes de crisis en epilepsias fotosensibles y reflejas. Por último el estrés emocional ha sido reportado por los pacientes como desencadenante de las crisis en un 30% de los casos (Sociedad Española de Neurología, 2012).

## **Tratamiento**

Independientemente de la etiología concreta, el tratamiento con los fármacos antiepilépticos tienen como mecanismo de acción: 1) la inhibición o bloqueo de los canales de sodio; 2) la inhibición o bloqueo de los canales de calcio; 3) la inhibición de los receptores glutamérgicos NMDA, AMPA y kainato; 4) la potenciación de los canales de potasio; y 5) la potenciación de los receptores gabérgicos GABA-A y GABA-B, a los cuales se ha incorporado un nuevo mecanismo con el levetiracetam, que actúa sobre la

proteína de la membrana de las vesículas sinápticas SV2A, favoreciendo la liberación de los neurotransmisores que están en su interior (Sociedad Española de Neurología, 2012).

Algunos de los efectos adversos que se han registrado a los fármacos están relacionados con afectación al sistema nervioso central, llamado neurotoxicidad, somnolencia, afectaciones cognitivas y conductuales, este aspecto es más adverso durante la infancia ya que repercute en el aprendizaje académico. También se han registrado cambios en el peso, osteomalacia, entre otros (Sociedad Española de Neurología, 2012).

## **El cuidador informal**

### **Conceptualización**

A pesar de que hasta el día de hoy, la definición del término “cuidador informal” sigue provocando debate, existe cierta unanimidad al definirlo como “la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen” (Wright, 1987). Sin embargo, en esta definición se denota una falta de componentes que abarquen la labor y una completa conceptualización del término.

El cuidador informal se define como “aquella persona principal responsable del cuidado no profesional del paciente. Reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña” (Feldberg et al., 2011). Otra nueva definición indica al cuidador informal principal como “el individuo que asume las tareas del cuidado, con la responsabilidad que ello implica, es percibida por los restantes miembros de la familia como responsable de la persona dependiente y no es remunerada económicamente” (Fernández et al., 2011).

El perfil sociodemográfico de una mujer cuidadora es el de una persona usualmente sin empleo, con un bajo nivel educativo, responsable de las tareas domésticas, de clase social baja, familiar directo de la persona dependiente y que convive con éste (García-Calvente et al., 2004).

### **Sobrecarga multifactorial: Las implicaciones de ser cuidador informal**

La prestación de cuidados a un enfermo dependiente conforma una fuente de estrés crónico que puede conllevar serias consecuencias para la salud del cuidador (García-Calvente et al., 2004). Se califica a una patología como crónica e incapacitante en carácter de temporalidad indefinida, que implica directamente al cuidador, mismo que debe hacerse cargo del enfermo de por vida o combinar el cuidado con algún recurso de carácter formal con la finalidad de dispersión (Garcés et al., 2010).

Paciente y cuidador deben afrontar diariamente nuevas demandas sociales, físicas y psicológicas que conlleva poner en marcha recursos para afrontar a dichas demandas, lo que incrementa claramente los niveles de estrés (Feldberg et al., 2011)

De acuerdo al modelo transaccional del estrés, conceptualizado por Lazarus y Folkman (1984), la clave son aquellos factores subjetivos que intervienen en la experiencia del cuidado, especialmente las evaluaciones que realiza el cuidador relacionadas con las demandas percibidas de su labor. A pesar de las diferencias que puedan existir en función de la patología del individuo bajo cuidado, aquellos cuidadores que desarrollan estrategias activas, muestran mejor salud que aquellos que utilizan estrategias pasivas y centradas en la emoción (Badia, 2002).

Los efectos del tiempo de cuidado también se suman a la sobrecarga del cuidador ya que proporcionar cuidados de forma crónica puede asociarse con la presencia de una mayor sintomatología en diversos sistemas, incluyendo el respiratorio, el gastrointestinal, el cardiovascular, el neurosensorial, el músculo-esquelético, el inmunológico, entre otros (Moya-Albiol y Ruiz-Robledillo, 2012).

Bódalo-Lozano (2010), confirma algunas de las afectaciones que padece el cuidador informal, dentro de las físicas, como el cansancio crónico, dolores musculares; también se presentan dificultades económicas, la utilización del tiempo libre que antes se dedicaba a actividades de ocio o cuidado personal se ve disminuido. Además los cuidadores tienen una baja percepción de recibir ayuda de otros (familiares, amigos) en las responsabilidades del cuidado cotidiano. Dentro del plano psicológico y emocional se identifica la presencia de

tristeza, desesperación, desesperanza, síntomas depresivos y un alto nivel de auto-exigencia.

De manera concluyente los cuidadores informales han reportado cansancio, dolores de espalda, cefaleas y dolores musculares. Igualmente, se ha constatado la presencia de problemas relacionados con la ansiedad y la depresión, así como también alteraciones del sueño, apatía e irritabilidad (López-Gil et al., 2009, Méndez et al., 2010).

Las afectaciones e implicaciones identificadas por la realización de esta labor son del tal grado que incluso ya se le ha llegado a denominar como un *síndrome del cuidado*, no solamente por las consecuencias médicas que se le derivan, sino las sociales, las económicas, entre otras ya descritas previamente. Un punto clave para el cuidador es la externalización; si existe una represión de la tensión física y psíquica, esto puede dar lugar a que el cuidador aumente esta diversa sintomatología (Pérez-Trullen, Abanto-Ald, y Labarta-Mancho, 1996).

### **Terapia Cognitivo Conductual**

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) está basada en una teoría de la personalidad que sostiene que las personas responden a los eventos de la vida a través de habilidades cognitivas, afectivas, motivacionales y respuestas conductuales. Estas respuestas se basan en la evolución humana y la historia de aprendizaje individual (Clark y Beck, 1997 en Caro 2007).

Hoy en día existen tres clases de terapias cognitivo-conductuales que, valga la redundancia, incorporan procedimientos cognitivos y conductuales en su intervención a diversas problemáticas y malestares reportados por los pacientes; se encuentran los métodos de *reestructuración cognitiva*, las terapias en *habilidades de afrontamiento* y las terapias en *solución de problemas* para entrenar estas habilidades. Los métodos de reestructuración cognitiva suponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y, sus intervenciones están destinadas a establecer patrones de pensamientos más adaptativos (Lega, Caballo y Ellis, 2009).

Se fundamenta en la idea de que el procesamiento de información es crucial para la supervivencia de cualquier organismo. Si no tuviéramos un aparato funcional para la toma de información relevante del entorno y síntesis, y la formulación de un plan de medidas sobre la base de esta síntesis, las personas no tardarían en morir o ser asesinados. Y es por ello que ésta busca aliviar el sufrimiento emocional de las personas ayudándoles a identificar, examinar y modificar las distorsiones cognitivas y los pensamientos desadaptativos que subyacen en su angustia. En las últimas décadas el enfoque de Beck se ha centrado en la investigación y tratamiento de los factores cognitivos de otro tipo de trastornos más allá de la depresión y ansiedad, como los trastornos de personalidad (Clark y Beck, 1997 en Caro 2007).

La TCC tiene como objetivo ajustar el procesamiento de información e iniciar un cambio favorable en todos los sistemas actuando a través del sistema cognitivo. En un proceso de colaboración entre el terapeuta y el paciente se examinan las creencias del paciente sobre sí mismo, sobre otras personas y el mundo. Las conclusiones irracionales y desadaptativas del paciente sobre estos temas son tomadas como hipótesis y se trabajan a través de técnicas conductuales y procedimientos cognitivos que se utilizan para explorar las interpretaciones alternativas para así generar evidencia contradictoria que apoye las creencias más adaptativas para conducir a un cambio terapéutico (Beck y Weishaar, 2011 en Kottler y Shepard, 2015).

### **Intervención Cognitivo Conductual**

Al identificar los pensamientos distorsionados derivados de creencias perturbadas y someterlas a un análisis lógico y a una verificación empírica, el terapeuta y el cliente trabajan para hacer que el pensamiento del cliente se ajuste a la realidad. Así, una intervención meramente cognitiva se constituye por técnicas que capacitan al cliente a considerarse a sí mismo y a las circunstancias de forma más adecuada y realista. Las técnicas conductuales usadas en terapia cognitiva tienen un doble objetivo: primero, producir un cambio en las conductas características del malestar en particular que aqueja al individuo; segundo, motivarlo a evaluar de manera empírica sus creencias distorsionadas. El objetivo más inmediato del cambio conductual es reducir en el paciente el malestar apremiante (Ellis y Grieger, 2003).

## **2. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL CASO**

### ***2.1 Descripción del escenario***

El proceso terapéutico del presente estudio de caso comenzó a realizarse en el Servicio Externo de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán. A unos meses de iniciado el proceso la paciente comenzó a tener dificultades para asistir a terapia, relacionadas con el horario y la distancia. Como segunda instancia que permitiera a la paciente continuar con el proceso, se gestionó un consultorio privado en el Hospital Star Médica Mérida.

### ***2.2 Instrumentos***

#### *Historia Clínica*

Es el instrumento que concentra todos los datos disponibles del paciente que permiten descifrar y explicar el curso de la vida del paciente en cuanto interesa para el estudio de la problemática. Estos datos incluyen los personales (biológicos, funcionales, emocionales, etc.) familiares, escolares, sociales, laborales, etc. Constituye una de las bases para el diagnóstico y la orientación; se integra con las observaciones y entrevistas realizadas así como el resultado de las pruebas aplicadas y, en dado caso, de los informes de profesionales de otras disciplinas (Tomas, 2010).

#### *Entrevista*

La entrevista psicológica es un instrumento y técnica de evaluación que utiliza la comunicación verbal, escrita y gestual para obtener información, analizarla e interpretarla con fines de asesoramiento, diagnóstico y terapéuticos. Se establece una relación directa y asimétrica con los clientes y se establecen objetivos se desarrolla dentro de un marco determinado por el rol de psicólogo y paciente-cliente (Vidal, 2011).

### *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*

Es una escala tipo Likert que mide de manera auto-informada el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos que se describen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cada uno de los 21 ítems describe de manera simple síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, s/f).

### *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*

Este auto-informe proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de indicadores de depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Sus ítems describen los síntomas clínicos más frecuentes en poblaciones clínicas y no clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora (Sanz y Vázquez, 1998).

### **2.3 Técnicas utilizadas**

A continuación se presenta un cuadro ilustrativo de las técnicas utilizadas a lo largo de las sesiones durante el proceso de intervención; la definición y descripción de las mismas se despliega en el apartado de anexos, apéndice A.

<b>Técnicas</b>
Vigilancia de los estímulos estresantes y de los síntomas.
Educación en el modelo
Asignación de tareas
Reestructuración cognitiva
Solución de problemas
Imaginería guiada
RMP

### **3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESARROLLADO**

#### ***3.1 Objetivos del Programa de Intervención***

##### ***Objetivo General***

Diseñar, implementar y evaluar un programa de intervención basado en el enfoque Cognitivo-Conductual que permita identificar, describir y modificar las cogniciones, conductas y emociones en el caso de un cuidador informal para disminuir la sobrecarga multifactorial identificada.

##### ***Objetivos específicos***

- a) Identificar y describir las cogniciones, conductas y emociones irracionales de un cuidador informal con sobrecarga multifactorial
- b) Reestructurar creencias irracionales relacionadas con su labor de cuidador informal de la paciente y con las enfermedades de sus hijos.
- c) Disminuir el nivel de ansiedad registrado en la aplicación del BAI
- d) Disminuir el nivel de depresión registrado en la aplicación del BDI

##### ***Pregunta de Investigación***

¿Cuáles son las cogniciones, conductas y emociones irracionales de un cuidador informal con sobrecarga multifactorial?

¿Se habrán reestructurado aquellas creencias irracionales relacionadas con la labor de cuidador informal de la paciente y con las enfermedades de sus hijos, como resultado de la intervención?

¿Se identificará una disminución en el nivel de ansiedad registrado en la aplicación del BAI?

¿Habrá una disminución en el nivel de depresión registrado en la aplicación del BDI?

### 3.3. Procedimiento de aplicación

El proceso terapéutico descrito en el presente estudio de caso se realizó en veinte sesiones a lo largo de los meses de Octubre del 2015 a Mayo del 2016. A continuación se presenta el esquema cronológico de dichas las sesiones.

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5
<i>Conceptualización de caso</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entrevista</li> <li>➤ Datos Biográficos</li> </ul>				
<i>Diagnóstico</i>			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entrevista</li> <li>➤ Identificación de estímulos estresantes y síntomas</li> <li>➤ Aplicación de Instrumentos</li> </ul>		

	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17
<i>Intervención</i>	<p>Educación en el modelo</p> <p>Entrenamiento en relajación</p> <p>Solución de problemas</p> <p>Reestructuración cognitiva</p>											

	Sesión 18	Sesión 19	Sesión 20
<i>Resultados</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Re-aplicación de instrumentos</li> <li>➤ Revisión de estímulos estresantes y síntomas</li> </ul>		
<i>Prevención de recaídas y Cierre</i>			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entrevista final</li> </ul>

## 4. EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS

### 4.1. *Conceptualización del caso*

Magda (M) es una mujer de 41 años, tiene dos hijos varones Felipe (F) y Alex (A) de 13 y 6 años respectivamente. Se separó de su esposo hace 4 años, actualmente vive en casa de su madre, y se dedica a sus hijos tiempo completo. El hijo mayor de Magda tiene diagnóstico de epilepsia parcial compleja, con TDA y al parecer también tiene un leve retraso neurológico, el menor de seis años al parecer padece de epilepsia sincopal vasovagal; sin embargo aún se le realizan estudios para dar un diagnóstico certero ya que no le pueden asegurar el tipo de epilepsia ni la posible presencia de hipotiroidismo.

Magda dejó su trabajo para cuidar de sus hijos, ya que a pesar de estar ambos bajo tratamiento las crisis propias de las enfermedades de ambos son inminentes e impredecibles; para sobrevivir económicamente depende de una mensualidad mínima que le da el padre de sus hijos y el apoyo de familia y conocidos. Refiere que en su matrimonio vivió maltrato físico, sexual, emocional y psicológico pero la situación que la llevó a decidir separarse fue ser testigo del maltrato y poco interés de su esposo por la salud de sus hijos. Al separarse de su esposo vivió en casa de la tía de él por tres años, después se mudó a casa de su madre donde reside actualmente.

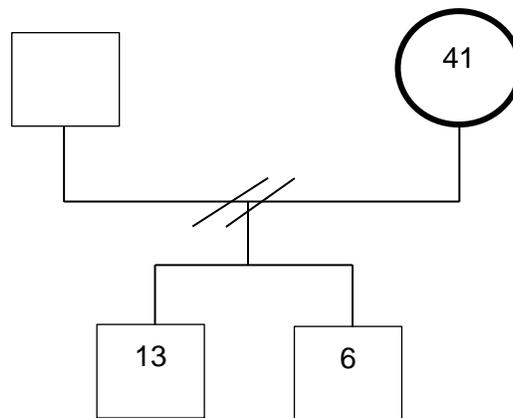
Manifiesta sentir impotencia ya que no sabe qué hacer ante la situación de sus hijos, llora constantemente, hay días en los que se le dificulta levantarse de la cama. De igual manera Magda relata que sus hijos se preocupan al verla triste y preocupada por ellos y tratan de animarla esto dice que la frena más para no demostrar nada, lo que le impide desahogarse durante la presencia de ellos. Hablar de esto con su madre no es fácil porque se siente juzgada por ella cada vez que intenta tener una conversación sobre lo que le pasa.

A continuación se describen los resultados de la aplicación pre-intervención del Inventario de Depresión de Beck (BDI), descrito previamente. Se revela un nivel de *depresión moderada* en la paciente, con altas puntuaciones en afirmaciones como “Cuando

miro hacia atrás sólo veo fracaso tras fracaso”, “Me siento culpable en bastantes ocasiones”, “Me siento irritado continuamente”, entre otras.

El resultado del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), descrito previamente, refleja una puntuación de 29 puntos, lo que se interpreta como un *nivel grave de ansiedad*. Algunas afirmaciones con mayor puntuación refieren en la paciente un temor a que ocurra lo peor, incapacidad para relajarse, estar atemorizado, latidos del corazón fuertes y acelerados, entre otros.

### *Familiograma*



## 4.2 Cambios registrados

Las primeras sesiones del proceso terapéutico fueron dedicadas a conceptualizar el caso y diagnosticar el malestar referido por la paciente, durante este período se exploraron condiciones de vida personal, social, familiar y su evolución después del diagnóstico y padecimientos característicos de las enfermedades de sus hijos; lo que permitió identificar indicadores de ansiedad y depresión. Cabe señalar que el objetivo de la fase diagnóstica no fue realizar la diagnosis clínica de algún trastorno basado en la terminología ni en los criterios del DSM-V; en cambio, los síntomas reflejados por la paciente fueron identificados meramente como indicadores característicos/descriptivos de un malestar ansioso y depresivo, conjuntamente con la identificación de cogniciones irracionales.

Se identificaron pensamientos relacionados con una visión negativa (“visión de túnel”) del pasado y del futuro, igualmente inferencia arbitraria/culpabilidad sobre el origen de las enfermedades de sus hijos, deberías sobre su labor de cuidadora como “debo ser fuerte” “debo cuidar en todo momento a mis hijos”, “necesito hacer todo bien por la salud de mis hijos”, “No soporto la situación, necesito escapar”, etc. Emocionalmente se registró en su malestar la presencia de tristeza, enojo, miedo y culpa; las conductas y consecuencias derivadas de sus pensamientos fueron el llanto, no querer levantarse de cama, querer huir (evitación), no mostrar interés por involucrarse en actividades fuera de su labor materna y de cuidadora informal como actividades recreativas o de relajación (aislamiento).

El plan de intervención se diseñó en base a la descripción previa de la problemática; se dirigió a debatir activamente con la paciente aquellas creencias irracionales que le impedían ser adecuadamente funcional sin perjuicio para sí misma e incluso darse permiso para la recreación. Del mismo modo, se dirigió a entrenar a la paciente en técnicas de relajación e imaginación para minimizar su ansiedad.

Los resultados de la intervención, recolectados en las últimas sesiones, reflejan modificación de sus creencias irracionales es decir, reconoce que “es necesario estar al pendiente de mi misma y estar en lo posible tranquila porque si yo estoy bien, ellos también”, “no me siento mal, ni preocupada por salir sin ellos para distraerme de la rutina diaria”, “antes no tenía ganas de nada, me sentía muy cansada; ahora a pesar de mis

actividades de diarias, me siento mejor”, “sé que con mi mamá es difícil platicar de lo que me pasa pero tengo también a mi tía de cariño quién me apoya mucho y me entiende por tener un hijo con discapacidad”.

En cuanto a las consecuencias conductuales y emocionales, la paciente reporta, en la sesión de recolección de resultados, en la última semana, no haber llorado, una vez no haber querido levantarse de cama, una vez haber tenido dolor de cabeza, ninguna dificultad para dormir, no haberse sentido triste, ni con miedo, ni culpa, y haberse enojado dos veces.

Los resultados de los Inventarios de Beck aplicados post-intervención reflejan *estados de depresión intermitentes* en el BDI y en el BAI se reportó un *nivel leve* de ansiedad.

#### ***4.3 Reporte de sesiones***

En el presente apartado se describen las características particulares de la paciente, desde su propio motivo de consulta, la descripción de su desarrollo personal, familiar, antecedentes y evolución de su problemática. Como último elemento del apartado se describen las sesiones de intervención con la paciente.

##### ***Motivo de consulta***

Se contacta a la paciente a través de una psicóloga que labora en una Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) de la ciudad de Mérida, Yucatán, la cual conoce la situación de vida de Magda. Durante el primer contacto con la paciente, vía telefónica, se le propone participar en un proceso terapéutico que le permita desempeñar eficientemente su labor de cuidadora ante las enfermedades de sus dos hijos.

##### ***Relaciones familiares***

La paciente relata que la relación más cercana la tenía con su padre, quien la escuchaba y aconsejaba; por ello su fallecimiento sigue siendo, a descripción de ella, un golpe fuerte además por el hecho de que no ha podido pasar por el duelo de su pérdida debido a la situación de sus hijos y sus problemas matrimoniales. La relación con su madre la describe como buena aunque tienen desacuerdos regularmente, algunos relacionados con la crianza de los niños. Magda tiene dos hermanas, la mayor padece esquizofrenia y no

guarda una relación muy cercana con ella, a diferencia de su hermana menor a quien describe como alguien con disposición para ayudarlo siempre que le sea posible debido a que frecuentemente padece de migrañas. Por último, describe a sus hijos como niños amorosos, al pendiente de ella y tener una relación muy buena con ellos.

### ***Antecedentes personales***

Magda se describe como una persona que siempre ha sido responsable y que trabaja por conseguir lo que necesita. Su historial académico concluye hasta el bachillerato, a partir de esto se dedicó a tener trabajos poco formales y temporales. Después de nacer sus hijos y debido a los cuidados requeridos dejó de laborar; considera que su papá desde siempre fue su principal apoyo.

### ***Antecedentes relacionados con el motivo de consulta***

Los acontecimientos que anteceden a los malestares reportados por la paciente se originan a su consideración a partir de que ella notara algo diferente en su primer hijo, tuvo que pasar por varios desacuerdos y discusiones con su esposo para convencerlo de que había algo mal en el niño y llevarlo a atención médica; relata tener que tomar dinero a escondidas para pagar el médico. Después de confirmarse el diagnóstico de epilepsia y retraso neurológico, Magda relata que al nacer su segundo hijo y pasar por lo mismo que el anterior todo se complicó en diversos aspectos aún más por el hecho de no contar con el apoyo de su esposo, sino por el contrario sufrir maltrato y carencias que dificultaban cumplir con las necesidades de los niños.

### ***Antecedentes familiares***

La paciente refiere que de lunes a viernes su mamá vive en casa de su hermana mayor ya que ella misma no acepta tener tratamiento para su esquizofrenia y su mamá la cuida y asiste entre semana; esta hermana tiene un hijo de 21 años de edad el cual no vive con ella y en ocasiones se queda varios días con Magda y ella lo tiene a su cargo. La paciente relata que es difícil para tener que cuidar además de su sobrino ya que describe que lo tiene que atender como a un niño. Magda tiene una relación más cercana con su

hermana menor, quien tiene una hija con la que Magda igualmente tiene una estrecha relación.

La relación con su madre no ha sido tan cercana como lo fue la relación con su padre, a quién describe como un alguien que le brindó su apoyo incondicional y le expresaba siempre lo orgulloso que estaba de ella; sin embargo menciona estar agradecida por el apoyo que le ha dado su madre, permitiéndole vivir en su casa y compartiendo los gastos a pesar de los desacuerdos que tienen y el hecho de que la paciente mencione que es difícil platicar con su mamá y contarle sus problemas ya que terminan comúnmente en discusiones.

### ***Evolución del problema***

La paciente relata que el aumento de su malestar se vio repuntado a partir de circunstancias que sucedieron en un periodo corto de tiempo; por ejemplo, los problemas en su relación de pareja que conllevaran a la separación, un grave accidente de su esposo, a quién a pesar de la separación apoyó en su recuperación, la repentina muerte de su padre, ser testigo de los malestares de sus hijos, tener los cuidados pertinentes y las constantes visitas al servicio médico para realizar diversos estudios que permitieran establecer un diagnóstico de sus enfermedades. Con el paso del tiempo se le hacía cada vez más difícil cumplir con sus pendientes y responsabilidades, sus pensamientos y emociones eran derrotistas y sobredemandantes.

A continuación se presenta una descripción de manera más detallada del trabajo terapéutico realizado a lo largo de las veinte sesiones con la paciente; desde el diagnóstico, la intervención misma (aplicación de técnicas), la obtención de resultados, prevención de recaídas y el cierre del proceso terapéutico.

Para fines prácticos e ilustrativos, en ocasiones, se utiliza formato de letra cursiva al plasmar lo que literalmente menciona la paciente y la terapeuta. Asimismo algunas de las sesiones tuvieron que ser atendidas vía telefónica o vía correo electrónico debido a ciertas dificultades que tuvo la paciente para acudir al consultorio.

## Sesión 1

**6 de octubre**

Primera sesión del proceso terapéutico, se procedió a recabar información básica sobre el caso y a la lectura y firma de los derechos y obligaciones del paciente. Las primeras sesiones se dedicaran a la exploración de la problemática y conceptualización del caso.

Magda comienza relatando los primeros signos de enfermedad que notó en su hijo mayor de 13 años, Felipe (F). Cuando él tenía alrededor de 10 meses ella ya había notado que por momentos él se quedaba viendo hacia el techo y tenía la mirada perdida, ella le insistía a su esposo pero el negaba que algo le pasara hasta que un día su esposo la llamó gritando y el niño parecía tener una pequeña convulsión; después de varios estudios le dieron el diagnóstico de epilepsia parcial compleja; se encuentra en tratamiento desde el año de edad. Años más tarde a Felipe le dieron también diagnóstico de retraso mental leve, Magda comenta que después de realizarle una prueba en la escuela le dijeron que su hijo F tiene 59 de CI en el IMSS le aplicaron otra y el resultado fue de 73 de CI; tiene que esperar 2 años mínimo para una re-aplicación. A los 6 años lo diagnosticaron con TDAH pero Magda no está segura si eso es resultado de su retraso o una afectación por sí sola, el diagnóstico se le dieron en el psiquiátrico por orden del psicólogo del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), lo último que recuerda sobre eso es que otro médico le dijo que ese no era un diagnóstico correcto.

El doctor le ha dicho que para Felipe cada crisis epiléptica significa un retroceso en sus funciones cognitivas, sin embargo ella comenta que siempre está al pendiente de su desarrollo y educación con el psicólogo y maestro de la escuela de Felipe. Además relata que por un tiempo lo llevó a un psicólogo porque el niño manifestaba mucho enojo hacia su padre diciendo que quería golpearlo e incluso en ocasiones cuando su papá llegaba a casa alcoholizado el niño tenía ataques de ansiedad o le empezaba una crisis epiléptica.

Relató que tuvo un aborto cuando su hijo mayor tenía 4 años, esto ocurrió antes del nacimiento de su hijo menor Alex, dice que el niño no se formó ya que para ese entonces no sabía que estaba embarazada y piensa que se debe a que llevaba a Felipe a realizarse

estudios con rayos X en repetidas ocasiones, y que la enfermera le preguntaba si estaba embarazada y ella decía que no sin conocimiento de estarlo.

Con su segundo hijo Alex de 4 años, quien también padece epilepsia, los primeros síntomas que ella notó fueron palidez y frialdad en sus extremidades, un día el niño se desvaneció y así comenzaron una serie de estudios y diagnósticos que hasta el momento no parecen ser definitivos sobre su tipo de epilepsia además de padecer de hipotiroidismo. El niño aún continúa bajo estudios y chequeos para conocer y controlar el efecto que tienen los medicamentos que tiene en su cuerpo, ya que Magda manifiesta que presenta dolores de cabeza, estomacales y falta de apetito, entre otros.

## **Sesión 2**

**13 de octubre**

En esta segunda sesión de conceptualización, Magda llegó muy alterada y preocupada porque en consulta un médico le dijo que su hijo menor, Alex, podría tener un tipo de “muerte súbita” en cualquier momento. Después de esto un familiar la llevó con otro médico quien le dijo que era muy apresurado hacer esa declaración y debían realizarse más estudios para conocer realmente un diagnóstico más acertado para el niño. Para esta fecha aún se continúan realizando estudios para monitorear cómo reacciona su cuerpo al medicamento para la tiroides que empezó a tomar en enero de 2015.

A pesar de que esta segunda opinión fue contraria a la del primer médico, Magda seguía muy preocupada, ya que se siente sola al atravesar por esto, mencionó que el padre de sus hijos realmente nunca se preocupó por su salud y ahora que se han separado no tiene ningún tipo de contacto con los niños.

Relata que hace aproximadamente tres años tomó la decisión de separarse de su esposo al ya no querer permitirle que maltrate a sus hijos ni a ella misma.

Terapeuta: *¿Cómo fue vivir esta experiencia de la enfermedad de tus hijos durante tu matrimonio?*

Magda: *Pues su papá siempre acostumbraba a gastar su dinero en alcohol y yo sé que consumía drogas como cocaína y marihuana; me limitaba y en ocasiones me negaba el dinero para llevar a los niños al médico porque como que minimizaba lo que les sucedía con lo de sus enfermedades, en ocasiones creía que era un engaño por parte mía para sacarle dinero. Pero lo que yo tenía que hacer en ocasiones fue tomar a escondidas dinero de su pantalón o en donde hubiera para llevarlos al médico o cualquier cosa que ellos necesitaran cuando él no me daba.*

T: *¿Cómo te sentías con todo esto?*

M: *Sola, yo era la única que me ocupaba de ellos y de todo realmente.*

Al separarse de él vivió en casa de una tía de su esposo, con quién aún guarda una buena relación, después de dos años se mudó a la casa de sus padres. Comentó que en ese tiempo en el que vivió con ellos hospitalizaron a su papá por una enfermedad y ella se quedaba de guardia; para ese momento ya tenía varios días que se sentía mal (dolor y cosquilleo en el brazo izquierdo que iba en aumento), el malestar se intensificó y un médico la revisó y le dijo que tenía riesgo de infarto y que se tenía que relajar, ella recuerda que en aquel tiempo se sentía bajo demasiado estrés.

Explica que su papá falleció 9 meses después de que ella se mudara a casa de sus papás. Siente que le hace mucha falta y que no ha podido “llorarle” por sus responsabilidades y todo lo que tiene que hacer por sus hijos; dice que su papá era la única persona que sabía escucharla muy bien y que la ayudaba a resolver sus problemas, al contrario de su mamá, con quién dice que discute a menudo y la insulta mucho cuando le cuenta sus problemas.

Comenta que pensó en suicidarse cuando estaba desesperada, pensó en dar a su hijo pastillas machacadas y después tomarlas ella misma. Comenta que solamente fue un pensamiento y que se refugió en Dios para tomar fortaleza.

**Sesión 3****20 de octubre**

La sesión descrita a continuación fue realizada vía telefónica.

La sesión tuvo como objetivo explorar con mayor especificación indicadores emocionales y conductuales de su malestar.

Terapeuta: *Cuéntame un poco sobre como pasas y realizas tu rutina de día a día.*

Magda: *Pues hay días en los que ni siquiera quiero levantarme de la cama, pero lo tengo que hacer por ellos.*

T: *¿Qué tan seguido te sucede esto?*

M: *Como unas cuatro veces a la semana, solamente me levanto por ellos, para atenderlos, Alex se acerca cada vez que me ve acostada a pedir que me levante para jugar con él o para que le dé su comida. Después de hacer el quehacer, la comida y atenderlos me vuelvo a recostar; últimamente esto me ha pasado más veces.*

T: *Y cuando no tienes ganas de hacer nada ¿cómo te sientes?*

M: *Mal porque no tengo ganas ni de pararme, pero a ellos no los puedo dejar así, tengo que estar ahí para ellos, luego me buscan o me piden y noto que están pendientes de mí. Y cuando estoy muy cansada ya a veces ni yo misma me soporto y a ellos me la paso regañándolos por nada, después me siento mal por estarlos regañe y regañe.*

T: *Pero supongo que ya se ha convertido como un círculo vicioso que a pesar de que te das cuenta que lo haces por tu frustración y cansancio, y después te sientes culpable por eso, cuando te vuelves a sentir así lo vuelves a hacer.*

M: *Sí eso hago.*

Además menciona que no ha menstruado en 1 año y 9 meses, fue a consultarlo con un médico, y le dijo que esto era debido a su constante estrés y ansiedad. No reporta sentir ningún tipo de dolor ni malestar.

Cuando estuvo en un tiempo de estrés muy alto y constante, tuvo que acudir al médico porque le dolía el pecho y sentía entumidos sus brazos, el médico le realizó varias preguntas y al conocer la situación por la que pasaba le dijo que tenía que aprender a tranquilizarse porque su nivel de estrés podría provocarle daños en su salud, como un posible infarto.

Manifiesta que siente la necesidad de acompañar a su hijo Felipe a todos lados porque dice que es fácil de engañar y la gente podría aprovecharse de él, menciona que tiene miedo de que en la escuela los demás niños le hagan algo y que se meta en problemas porque es un niño que podría igualmente responder agresivamente, incluso le ha dicho que si algunos niños llegasen a molestarlo él no se va a dejar. Ella acude al psicólogo de la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) y a la maestra de Felipe para mantenerse al tanto de sus avances y cualquier otra eventualidad.

*T: ¿Qué significa para ti sentir esa necesidad de acompañar a tus hijos a todos lados?*

*M: que ellos no pueden cuidarse, a F por su condición pues que alguien le haga algo, que se aprovechen o que se sientan mal y les dé alguna crisis si los dejo solos, yo soy responsable por ellos.*

#### **Sesión 4**

**27 de octubre**

Ante los relatos de malestar de la paciente teóricamente relacionados con sintomatología ansiosa y depresiva, el objetivo sobre la importancia de contar con una serie de parámetros que permitan puntualizar el grado de su malestar, de tal manera que esto permita construir alternativas de acción para disminuir su malestar.

Por ello, con el consentimiento de la paciente se le aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Se procedió a explicar el procedimiento y formato de respuesta.

Al ir contestando, en una afirmación del inventario de depresión relacionada con la falta de apetito, la paciente mencionó que le sucede lo contrario, es decir desde que siente ganas de comer a cada momento e incluso en los últimos seis meses ha subido diez kilos; ella mismo modificó el ítem y escribió su propia respuesta.

Al terminar la aplicación la misma paciente empezó a hablar sobre algunos de los ítems de los instrumentos y como los experimentaba en su propia vida.

## Sesión 5

**6 de noviembre**

La sesión descrita a continuación fue realizada vía telefónica y correo electrónico.
--

El objetivo de la sesión fue continuar explorando cuáles son sus pensamientos alrededor de la situación que vive con sus hijos, sus estímulos estresantes y síntomas.

*T: ¿Cómo visualizas lo que podría suceder más adelante en sus vidas?*

*M: Pienso a veces en eso, tengo miedo de que me pase algo y ya no pueda estar con ellos, me da miedo por su futuro y porque creo que su papá podría pelear la custodia, no me gustaría que él se quedara con ellos; aunque creo, estoy segura que mi mamá y mis hermanas pelearían por la custodia de los niños si el papá los quisiera.*

*T: Esta perspectiva de su futuro e incluso del tuyo que me acabas de mencionar no parece muy prometedora, parece reflejar mucho miedo de tu parte ¿de dónde crees que esto proviene?*

*M: Me siento mal y con culpa por las enfermedades de los niños (comienza a llorar) por no separarse de mi esposo, por no darme cuenta desde antes que se drogaba y todavía después de que lo supe no me separé de él, hasta después de muchos de sus maltratos y carencias que pasábamos.*

Vuelve a reportar que sentirse tensa hace que se moleste rápido con sus hijos y les regañe más; además prefiere encerrarse en casa a salir porque manifiesta estar demasiado cansada como para hacer otra cosa. Ha experimentado fuertes dolores de cabeza que en ocasiones le duran todo el día. Se ha sentido frecuentemente preocupada y de mal humor cuando le sucede esto pierde la paciencia rápidamente con sus hijos y los regaña de manera que no le agrada y después se siente culpable.

Hace énfasis en que le cuesta trabajo esconder sus preocupaciones ante sus hijos, y por más que trate de ocultarlo en ocasiones no puede; ya saben identificar cuando Magda está preocupada o cuando ha estado llorando, entonces le preguntan a cada momento si se siente mal o triste, porque está así y qué es lo que tiene. Ella refiere que no le gusta que ellos se preocupen por ella así que trata de aguantarse y ocultarlo en presencia de ellos. Magda cree que tanto aguantarse le ha traído consecuencias, algunas de ellas se refieren a su salud física, como por ejemplo ocasiones en las que se le baja la presión, o los dolores de pecho que llegó a sufrir, entre otras.

## **Sesión 6**

**10 noviembre**

Durante esta sesión profundizamos sobre diversos malestares que presenta, menciona que últimamente no ha querido levantarse, menciona:

*M: ...en ocasiones ni yo misma me aguanto*

*T: ¿A qué te refieres con “ni yo misma me aguanto”? ¿Cómo lo explicarías?*

Lo explica en forma de que le gustaría olvidarse de todo, salir, dejar a sus hijos con alguien o con su mamá e ir sola a algún lado a pasear, ha notado que cuando se siente de

esa manera tiende a regañar más a sus hijos. Expresa que ha estado pensando mucho en los regaños que le da a su hijo Felipe, quién dice le exige mucha atención afectiva, le molesta que cuando ella está ocupada él acostumbra a abrazarla y darle besos o acercar su cara al cuello de ella, se ha cansado de explicarle que no le gusta que haga eso tanto pero él continua con este comportamiento después de esto su hijo se enoja y se aleja, pero después vuelve a tener el mismo comportamiento; manifiesta que lo hace de 3 a 4 veces al día.

Menciona que en ocasiones siente desesperación al ver a sus hijos así (con malestares), aunque sabe que hay otros niños con otros padecimientos, no le gusta verlos enfermos, menciona que preferiría estar en lugar de ellos, para no enfrascarse en ese pensamiento se mantiene ocupada mayormente en limpieza y quehaceres.

Recapitulamos sobre las enfermedades de sus hijos, Magda volvió a mencionar que cree que la causa fue en parte la adicción a las drogas de su esposo (cocaína, pastillas psicotrópicas y marihuana) y en parte por genética, dice que realmente nunca le ha preguntado al médico neurólogo. Magda dedica parte de las sesiones relatando situaciones en donde ocurrieron diversos tipos de maltratos por parte de su aún esposo, con quién está actualmente en proceso de divorcio.

*M: siento que es mi culpa el trauma de Felipe porque yo aguanté y permití lo que mi esposo hacía.*

*T: Talvez sea mejor que te abstengas de afirmarte a ti misma a cada momento que esto es tu culpa y responsabilidad, cuando aún ni siquiera has averiguado las posibles causas de sus enfermedades. El hacerte responsable por ello es peligroso ya que cualquier cosa que suceda debido a estas enfermedades pareciera que tú misma les causas ese dolor a tus hijos, cuando en realidad es propio de sus padecimientos; y al hacer esto alimentas tu culpabilidad, sin tener realmente una evidencia científica. Es inútil que pienses así, no te sirve de nada incluso esto aumenta tu malestar y también dificulta tu labor para cuidarlos.*

Comentó ampliamente como fue se dio cuenta de las adicciones de su esposo y diversas circunstancias que vivió durante su matrimonio. Comenta que descubría en la ropa de su esposo capsulas que él decía tomar para no dormirse manejando en su trabajo; ella empezó a notar cambios en su comportamiento, se mostraba irritable, empezaba a beber

más, ella comenta que aumentó su gusto por ver pornografía y que la forzándola a realizar los actos que veía en las películas; en algunas ocasiones cuando ella lo confrontaba sobre la droga y la pornografía rehusándose a participar, él la llegó a agredir físicamente. Incluso después de separarse la primera vez, y regresar él le reclamaba que regreso a las drogas porque ella ya no lo cuidaba ni le hacía caso.

Revisamos un ejemplo de identificación de ABC con una situación en un partido de futbol con dos niñas en donde a ambas les comenten una falta se le mostró la situación antecedente y la consecuencia, se le preguntó después que si a ambas niñas les había sucedido lo mismo pero la consecuencia era diferente que tipo de pensamientos pudieron haber hecho la diferencia.

Situación	Pensamiento	Consecuencia (acción-emoción)
Falta en un partido de Futbol Niña1	“Por más que me pase puedo seguir adelante” “No fue a propósito” “Así es el futbol, es un juego”	Continua jugando
Falta en un partido de Futbol Niña 2	Le caigo mal Fue a propósito No es justo No me debió pasar esto a mí.	Llora Se molesta con su compañera Se sale del juego

## Sesión 7

17 de noviembre

Durante esta sesión se trató de concientizar sobre su situación a la paciente para que proceda a realizar sus labores desde una perspectiva diferente con beneficio para sus hijos y menor perjuicio para ella.

Al hablar sobre cuáles son sus miedos menciona que le preocupa descuidar a sus hijos y que por culpa de ese descuido les pase algo, comenta que incluso cuando está en la puerta de su casa o enfrente con unas amigas tiene a sus hijos a la vista, y está muy pendiente de ellos; dice que tiene miedo de tomar una cerveza para no perderse y ser negligente. *“Aunque realmente no me gusta tomar, pero sí pienso que pasaría, tengo miedo”*.

Le pregunté cuál sería su deseo en cuanto a lo que ella describió como “no aguantarse a ella misma” y estar en tensión continúa, mencionó: *“estar sola, un día tranquila y des-estresarme”*. Exploramos sus estrategias para relajarse ahora y en el pasado, comenta que siempre ha sido muy tranquila y se acostumbró a no salir mucho; además comenta que su mamá no la ayuda a cuidar a sus hijos, solamente cuando es necesario y urgente. Recuerda que antes realizaba adornos de fieltro que aprendió por sí sola, le gustaba además de que la ayudaba a sentirse relajada.

Terapeuta: *“Has mencionado que tus hijos te preguntan constantemente si estas triste o enojada y que están pendientes de si has llorado y eso no te gusta porque se preocupan por ti y eso al mismo tiempo te preocupa a ti. ¿Te gustaría que se dejen de preocupar por ti y te vean más contenta y relajada?”*

M: *“Sí, no me gusta y trató de ocultarlo pero no puedo”*

Terapeuta: *“Talvez la solución sea que en verdad aprendas a relajarte y estar más tranquila en lugar de fingir y tratar de ocultar tu dolor”*

Exploré cómo se imaginaba en el futuro a sus hijos y a ella misma, *“sola con mis hijos, siento que no voy a poder estar con otra persona, ya no estoy interesada y no sé a*

*qué se deba*” (llora). Piensa que talvez sea porque su mamá le ha repetido continuamente, que primero son sus hijos, y ahora no puede rehacer su vida porque primero están sus hijos; además siente que un padrastro no trataría bien a sus hijos.

La relación con su madre es conflictiva, menciona que cuando regresa los fines de semana a su casa discuten bastante, y su mamá se la pasa diciéndole cómo cuidar a sus hijos. No se siente escuchada por ella, *“primero me insulta, me dice groserías, y luego ya quiere que le cuente bien todo...y así ya no tiene caso”*. De lunes a viernes no la ve porque cuida a su otra hermana que padece esquizofrenia y su mamá regresa a la que es su casa solamente los fines de semana.

Tiene un pretendiente de 52 años aproximadamente, cuida bien a sus hijos y le ha dicho que él no los maltratará como su padre hizo y le ha prometido seguridad financiera si lo acepta; sin embargo dice no está interesada. *“Ya viví lo de las drogas, ya viví el alcohol y ya viví ser forzada a tener relaciones sexuales, ya no quiero”* (llora).

Hablamos acerca del fallecido padre de Magda como núcleo de apoyo, rescatador y de confort, y a pesar de que ya no esté él con ella físicamente, aún podríamos trabajar en la terapia para que ella encuentre de cierta manera apoyo en él y lo que representaba.

## **Sesión 8**

**25 de noviembre**

Hablando sobre aspectos relevantes de su semana Magda comenta que un juez va a emitir una orden de restricción contra su esposo porque debido a su comportamiento agresivo no pueda acercarse a ella ni sus hijos durante el proceso de divorcio; además del hecho que a él le llegarán papeles relacionados con la manutención de sus hijos y Magda comenta que es posible que él se disguste por ello.

Durante el fin de semana que fue feriado comenta que no salió de paseo ni hizo nada para tener un momento de relajación, no se sentía con ganas de hacerlo y prefirió quedarse en casa con sus hijos.

Comenta que discutió una vez más con su mamá por diferencias con la crianza de sus hijos y la autoridad ante ellos; de acuerdo a M está es una discusión que tienen a menudo, manifiesta estar cansada de eso y decirle a su mamá que si no le gusta como ella educa a sus hijos, que cuando venga de visita los cuide ella. Varias veces en discusiones su mamá la ha amenazado con quitarle a sus hijos; Magda sabe que esto no es posible y no tiene fundamentos pero le molesta mucho que su mamá la amenace de esta manera.

Este tema abrió paso para hablar sobre cómo cada persona, cada mamá en este caso cree que todo lo que hace por sus hijos lo hace por su bien y la creencia social de que una madre lo hace y lo da *todo* por sus hijos. Hablamos de las obligaciones implícitas que siente con su labor de cuidadora y de madre, a costa incluso de su salud y bienestar, a pesar de las necesidades especiales de sus hijos y cuando incluso esto podría mermar su desempeño de cuidadora.

Realizamos un ejercicio de Relajación Muscular Progresiva; duró aproximadamente 15 minutos, al finalizar le pregunté cómo se sintió y si se le hizo fácil poder engancharse en las instrucciones, mencionó que se sintió muy bien y después notó una diferencia de un antes y después del ejercicio en su cuello y espalda. Se asignó practicar este ejercicio una vez por la mañana y noche. Igualmente, como en el ejemplo dado en la sesión, identificar situación (antecedente) y consecuencias emocionales y conductuales de diversos eventos que viva en la semana o recuerde.

## **Sesión 9**

### **2 de diciembre**

El objetivo principal de la sesión fue demostrar que los pensamientos son principales catalizadores de su propio malestar y al mismo tiempo la solución para el cambio.

Magda comenzó relatando que ha estado muy ocupada y cansada ya que además de lo que normalmente ya hace y con sus hijos, su sobrino de 21 años está muy enfermo, y ella tiene que cuidar de él, la molesta esto ya que es una carga más y no tiene ayuda.

Además tuvo algunas discusiones con su mamá, menciona que es regular que discutan por diversas situaciones, recuerda que le repite mucho “cuídate porque si algo te pasa a ti, que va a ser de tus hijos”. Eso le recuerda su mayor temor “*si no me cuido ¿qué pasa con ellos?*”

El menor de sus hijos, Alex, no la deja descansar aunque a él no le dice nada, eso la molesta y al ya no poder descansar bien se levanta y sigue haciendo quehaceres. Ahora ella misma se ha dado cuenta que lo necesita y menciona en sesión “*¿En qué momento voy a descansar yo?*”.

Menciona que hace años aprendió a hacer arreglos de fieltro, ahora se decidió y poco a poco lo ha retomado a pesar de estar muy cansada al final del día, lo hace para relajarse un poco.

Habló de cómo le ha ayudado pensar en cosas que tiene que hacer con los niños e incluso a futuro, por ejemplo, dice: “*ya me estoy mentalizando para el próximo año, las cosas que tengo que hacer*”. Este punto se considera algo positivo ya que ella se organiza y por las condiciones de su vida y de sus hijos le gusta prevenirse y prepararse dentro de lo posible.

Realizamos un ejercicio de identificación del ABC que relató de acuerdo a la asignación pasada.

situación	pensamiento	consecuencia
Sus hijos le dicen que tienen miedo de que le pase algo a ella, de que vaya a morir.	¿Y si me pasa algo en verdad? ¿Quién los cuidará? Ellos no pueden estar así	Miedo Tristeza Llanto Dificultad para dormir pero no querer levantarse de cama

El aspecto más relevante de la sesión se dio al hablar sobre que el objetivo no es dejar de preocuparse por sus hijos ni ocultar las preocupaciones, sino que si se va a preocupar que lo haga de una forma adecuada, sin perjuicio a su salud.

## Sesión 10

8 de diciembre

La sesión descrita a continuación fue realizada vía telefónica.

Comenta que esta semana fue el cumpleaños de su hijo mayor, dijo sentir coraje porque la familia paterna no le habló por teléfono para felicitarlo.

Hablamos sobre la posibilidad de explicar a sus hijos la importancia del trabajo, descanso y recreación, tanto para ellos mismos como para ella, para ver si esto hacía que la dejaran descansar un poco más.

Checamos indicadores de como se ha sentido durante esta última semana:

No ha llorado; cuando antes de la intervención lo hacía más de dos veces por semana.

Una vez no tuvo ganas de levantarse de cama. Previamente le sucedía cuatro veces a la semana aproximadamente

Presentó dos veces dolores de cabeza de duración breve en comparación previa cuando podrían durarle todo el día y noche.

Tuvo poca dificultad para dormir; antes le sucedía cinco veces por semana aproximadamente

No tuvo ganas de dormir durante el día. Anteriormente esto le pasaba igualmente cuatro veces a la semana.

El sentir "*en ocasiones ni yo me aguanto*", una vez.

No sintió tristeza. Previamente reportó sentirse triste tres veces por semana o más.

Sintió enojo el domingo por lo que sucedió. Al principio del proceso reportó estar enojada cuatro veces por semana.

No reportó alguna preocupación en específico. Previo al proceso sentía mucha preocupación dos veces por semana aproximadamente.

Miedo.- No, solo me pasa cuando pienso mucho. Al principio lo describió como una emoción constante.

Hablamos sobre esto ya que estar ocupada tampoco es la solución contra su miedo, termina exhausta y no puede disfrutar sus momentos de descanso.

Volvimos a practicar un ejercicio de relajación con imaginería

**Debido a que previamente se identificó dificultad por parte de la paciente para seguir asistiendo consistentemente al lugar de las sesiones de terapia, se gestionó un consultorio en el Hospital Star Médica, con mayor flexibilidad de horario para la paciente y así disminuir sus inasistencias. El cambio se hizo efectivo a partir de la siguiente sesión.**

## Sesión 11

**27 de febrero de 2016**

Hablamos sobre qué tal le ha ido con momentos de descanso, en cuanto a lo que me comentó que a Alex no le gusta mucho verla descansando. *M: Pues solo dos días me he podido detener a descansar, los demás días he estado atareada.*

Retomé el tema sobre si ha podido hablar con ambos hijos sobre lo que hablamos en sesiones pasadas y explicarles a ellos los beneficios y lo positivo que es descansar así como también lo es el trabajar y divertirse.

*Magda: sí lo he hablado con ellos y Felipe sí lo entiende y ahora él me cuida mi sueño cuando su hermanito no me quiere dejar.*

Anteriormente reportó que ya ha ido regulando un poco el comportamiento de Alex. Menciona que *ya es un poco menos pero si en ocasiones es un poco agresivo*. Hablamos sobre si le ha pasado algo por lo que se molestes o algo que sienta que no es muy justo; menciona que *lo que sí me molesta es lo que está haciendo la abuela de mis hijos cuando ella sabe muy bien los problemas q tenía con su hijo.*

*T: ¿Qué piensas particularmente de esas situaciones que la están perjudicando y que siente le complican aún más las cosas?*

*M: Pues que tengo que salir adelante a pesar de todas las trabas que se me presente y que mis hijos son lo que más me dan fuerza, para seguir y sobre todo que mis hijos sepan que yo siempre voy a buscar lo mejor para ellos a pesar de, las piedras que se, pongan en mi camino.*

*T: Estas piedras en el camino tal vez puedan ser visibles unas más que otras y se puedan quitar del camino si te preparas dentro de lo posible.*

Trabajamos en alternativas a la solución de un problema en particular que la está preocupando con su hijo mayor y su próxima entrada a la secundaria, ya que es probable que le nieguen la educación por su condición mental, abarcamos puntos de acción en un futuro corto y mediano.

Me comentó que se enfermó y se le bajo la presión ella dijo que *pensaba que se debía que se le había juntado lo de la escuela de su hijo mayor que no lo quieren aceptar en ninguna secundaria y lo del papa de sus hijos (manutención) y se me presento todo ese malestar.*

Hablamos sobre su tendencia a pensar de acuerdo a lo que siente, sus emociones la lideran y esto es como una pre-disposición o premonición para que así sucedan las cosas y ella lo crea.

Se le recuerda continuar practicando ejercicio de imaginería y RMP en casa.

## Sesión 12

5 de marzo

En esta sesión se pretende continuar con la reestructuración cognitiva como principal agente para el cambio durante la intervención.

M comienza la sesión relatando una dificultad que tuvo durante la semana relacionada con su hijo Felipe.

Terapeuta: *¿Puedes darte cuenta de que estas situaciones y otras has sabido entenderlas y si has podido manejarlas y enfrentarlas?... las alternativas se comprueban solamente tomando el valor necesario y actuar con seguridad de esto a pesar de que no tienes el control de otras cosas como sus enfermedades.*

M: *Pues no siempre tengo el control a pesar de que trato de resolverlas, en algunas ocasiones no resultan como esperaba. Y con respecto a las enfermedades de mis hijos pues pienso que es uno de los menores comparando con otros niños que si están en situaciones más complicadas que las de ellos.*

T: *¿Puedes identificar algunos aspectos positivos de cuestiones que consideras injustas que te han sucedido? Como lo que ha pasado con la mamá de tu exesposo que han tratado de perjudicarte...y otros ejemplos. ¿Qué de bueno te ha traído este tipo de situaciones que te han parecido negativas en algún momento?*

M: *Pues con la mamá de mi ex me fue a ver y me dio coraje porque la señora esta cegada por su hijo y no entiende razones y siempre lo escusa por cualquier cosa y lo antepone antes que a sus propios nietos y si me da coraje y me molesta mucho porque son sus nietos y ella los hacen a un lado y le da la preferencia a sus otras nietas porque para ella mis hijos ya no los toma como si fuera su familia en q deje a sus hijo. Aunque según yo pienso que no me debe de doler porque yo tengo a mi lado a mis hijos pero me da mucho coraje y mucha rabia el saber que como abuela no le interesa lo que pasa con mis hijos. Pero por otra parte me siento contenta porque sé que tengo a mi lado personas que nos quieren mucho y están en las buenas y en las malas conmigo y mis hijos entre, ellas está la Lupita la hermana de mi suegra que sé que nos quiere mucho y ella me aconseja y siempre*

ha estado con nosotros.

*T: Hablando de tu capacidad para relajarte... ¿Cómo la describirías que era antes de empezar el proceso terapéutico?*

*M: Pues antes no pensaba en eso ahora cuando puedo me trato de relajar en los tiempos que tenga libre.*

*T: Y ¿Cómo la describes ahora?*

*M: pues en este aspecto me pongo a pensar un poco más las cosas y trato de no reaccionar tan biliosa y sé que eso no me ayuda. A veces reacciono sin pensar.*

*T: Del 1 al 10 ¿en qué punto de tu capacidad para poder relajarte crees que estas?*

*M: Pues creo que en el seis porque en ocasiones me tomo situaciones ajenas a mi porque cuando hay algún problema siempre digo q no me voy a meter o a opinar pero no puedo evitarlo porque por lo general son problemas a tienen mis hermanas o mi mamá y como en ocasiones me decía mi papá que de todas ellas yo soy más consiente y yo las ayudo pues porque me importan son mis hermanas y las quiero.*

Hablamos sobre demostrar a sus hijos verbal y físicamente su agradecimiento por cuidar igualmente de ella, y agradecer por algo que hayan hecho. Debido a que anteriormente ellos se quedaban muy preocupados por lo que ella pasaba y al mismo tiempo a ella no le gustaba que se sintieran así, por lo que dicha situación había llegado a tener una connotación completamente negativa; así al demostrar su agradecimiento y cariño también les demostraba de alguna manera que su malestar es pasajero.

*M: “Los abrazo mucho y les digo que los amo y ellos me corresponden de la misma manera yo sé que me quieren aunque en ocasiones los regaño y se molestan; pero sobre todo Felipe cuando me ve molesta y estresada se acerca y me abraza aunque yo lo regaño me dice que me calme y que me relaje, que me quiere mucho y pues, igual Alex él me abraza y me dice que me quiere pero cuando está molesto no quiere ni que lo hable”.*

## Sesión 13

**19 de marzo**

En las próximas sesiones, los diálogos sostenidos con la paciente alcanzan su punto más alto con el trabajo en la reestructuración cognitiva.

Magda comenta que se decidió e inscribió a un curso gratis de bisutería en donde además puede obtener ganancias, el curso es todos los días alrededor de 3 a 4 horas, habla de esto bastante entusiasmada y menciona: *“Es mi des-estrés”*

Hablamos sobre el tema de su ex esposo y como a pesar de todo el sufrimiento y maltrato, también está el dolor del amor que perdió. Comentó que al principio se había separado en buenos términos e incluso ella iba a ayudarlo, visitas conyugales que él le pedía hasta que se enteró que ya tenía pareja.

Menciona que a principios de Marzo su ex suegra fue a verla para que firma unos papeles de la pensión, ella desconfió llamó a su abogada y le dijo que no firmará nada ni que aceptara dinero a medias, después de discutir en lo que ella narró fuertemente diciendo cosas que se tenía guardadas desde hace mucho y que sentía que antes no podía expresar. Se enteró que su ex la ha amenazado con hacerle algo, no está segura de qué; amigas y familiares le han dicho que se cuide. Se enteró que él la quiere demandar por adulterio, abandono de hogar, quitarle la custodia de los niños y exigirle pensión; Magda menciona que está tranquila al respecto tiene el respaldo de testigos y documentos que prueban el consumo de drogas de su ex esposo. Además le han contado que él pasa con su auto cerca de su casa pero hasta ahora ella no lo ha visto.

*T: Todas estas dificultades y problemas relacionados con la familia de su esposo, que no te esperabas ¿puedes adjudicarles un significado diferente al que has relatado en sesiones anteriores?*

Magda menciona que se siente más fuerte y que *“hace unos años no hubiera creído todo lo que iba a ser capaz de hacer por todo lo que he pasado”*.

Relató un poco sobre cómo ha estado su hijo menor en cuanto a su comportamiento, ella menciona que sigue teniendo sus rabietas.

*T: Toda esta situación con él que se te ha estado complicando un poco con sus rabietas... ¿antes las tenía?*

*M: No, siempre ha sido muy cariñoso y pegado a mí, hasta me pedía que me recostara junto a él cuándo se sentía mal.*

*T: Y ahora que está mucho más activo y juguetón, diferente a como era antes, ¿no crees que se te facilitaría manejar esta situación si le das la vuelta a una perspectiva diferente? Porque si desde muy pequeño ha estado enfermo, a lo mejor este comportamiento puede significar que poco a poco ya se va sintiendo mejor, como para comportarse como un niño normal de su edad, solamente que entiendo que esto te sorprenda porque nunca lo habías visto así. ¿Cómo lo has notado últimamente con respecto a sus malestares más comunes que me has platicado tiene día a día?*

*M: Pues últimamente no he notado que haya tenido muchos y pues sí con lo de sus rabietas y berrinches; es que tengo que ser más firme para ponerle castigos y límites.*

Realizamos un ejercicio de relajación e imaginación sobre una situación fantasiosa de éxito, después se le asignó pensar en que algún pendiente que tenga durante la semana que salga a su favor, después de haber gestionado algo al respecto, para disminuir su preocupación al respecto.

*T: Después de varias sesiones en las que hemos practicado la relajación e imaginación, entiendo que sientas como que se te complica practicarlas en tu casa con todo lo que tienes por hacer, pero estos ejercicios de imaginación son fáciles de realizar ya que no es necesario que dejes de hacer cosas para practicar, incluso estás entrenando a tu mente a tener mejores pensamientos e ir quitando terreno a pensamientos preocupantes recurrentes que no te son útiles y no te das cuenta que los tienes porque dices mantenerte “ocupada” haciendo quehaceres para distraer tu mente, y es una estrategia que no te ha funcionado realmente. Estas aprendiendo a reemplazar tus antiguos pensamientos por unos mejores.*

**Sesión 14****9 de abril**

La comunicación descrita en la presente sesión se dio vía correo electrónico.

Comentó sobre el día libre de vacaciones que tuvo con sus hijos, mencionó que hacía casi dos años que no se tomaba un día de vacaciones como ese con ellos.

Esta misma semana le llegó la respuesta por parte de personal del gobernador del estado sobre la situación de su hijo mayor y que no lo aceptaban en la secundaria; acudió a las oficinas en donde le pidieron unos documentos y le aseguraron no le podían negar la educación especial al niño y que no se preocupara porque ya tenía asegurado su lugar en la secundaria que ella solicitó. (Solución de problemas)

Con respecto a la sentencia de manutención mensual que la juez dictó a su exesposo, Magda se enteró que él presentó una apelación; su abogada y otras personas del jurídico del seguro social le han asegurado que no se preocupe que a pesar de esto es muy probable que todo salga a su favor y que la cantidad de dinero de los niños que no ha depositado él desde febrero es retroactiva.

Menciona que va a llevar a su hijo mayor a hacer unos estudios para checar si tiene hipotiroidismo igual que su hijo menor, ya que tiene síntomas que podrían señalar eso según el médico.

Su hijo menor Alex, tiene que realizarse un estudio de rutina para ver cómo sigue de la tiroides y la epilepsia, el médico le ha dicho que su masa ósea es la de un niño de 3 años y medio. Menciona que no ha identificado que él sufra de crisis.

**Sesión 15****16 de abril**

Durante esta sesión se le notó de mejor ánimo, habló sobre una laptop nueva que adquirió para su hijo mayor para sus tareas, sin embargo dijo que habló con él ya que con este nuevo privilegio le dijo que también tiene nuevas responsabilidades ya que de ahora en adelante él tiene que ir aprendiendo a lavar su ropa.

*T: ¿Cómo fue que has llegado a tomar estas decisiones y tomar esta conclusión?*

*M: me di cuenta que él ya no se esforzaba y dependía de mí para ayudarle mucho en la tarea, me di cuenta que no es que no lo entienda es que ya sabía que yo terminaba siempre ahí haciéndolo con él; ahora poco a poco ya lo dejo, puede hacer su tarea solito. Tuve junta con su maestra y ahí estaba él y dijo que tenía miedo, en parte a las burlas de sus compañeros, estoy muy pendiente de eso preguntándole cómo se siente o hablando con él.*

*T: Me doy cuenta que finalmente te decidiste a hacer un cambio y actuar diferente, el cambio te va ayudar a comprobar poco a poco que sí es posible que F tenga responsabilidades y adquiera una independencia de acuerdo a su edad y su condición de vida, pero esto no hubiera sido posible si tú no hubieras tomado la decisión de hacerlo.*

Ella le dijo en tono de broma al psicólogo del USAER y a la maestra que de seguro ya los tiene hartos de tanto ir a visitarlos, a lo que le respondieron que al contrario que les alegra mucho que ella este muy pendiente de su hijo.

Fue al jurídico del seguro social, ya habían llegado la notificación fue un error de personal que se haya perdido la notificación, le aseguraron que en mayo le empiezan a depositar y que los dos siguientes meses su ex esposo va a recibir solamente el 10 % de su sueldo; ella teme un poco que él pueda hacer algo, como vengarse de alguna forma, sobre todo si está bajo efectos del alcohol y las drogas. A pesar de esto menciona que no va a dejar de hacer sus actividades diarias y que sus vecinos le han dicho que cualquier cosa que ellos estarían al pendiente para apoyarla.

Platiqué con ella sobre que ya estamos en las últimas sesiones y el próximo cierre del proceso terapéutico.

## Sesión 16

**30 abril**

En esta sesión se priorizó el trabajo después de las sesiones que ha hecho en casa, por ejemplo, hablamos sobre las ocasiones con las que sueña con su papá al dormir; y como lo ha podido practicar aun estando despierta.

*T: ¿te has imaginado que él está ahí contigo y que le platicas algo, como lo hemos platicado que continúes practicando?*

*M: Sí, me gusta recordar cuando platicábamos y que yo le cuento lo que pasa, y como él me aconsejaba, lo que me decía y como cuando me decía que estaba orgulloso de mí*

*T: Recuerdas que me comentaste la última sesión sobre un sueño que tuviste con tu papá... ¿Qué significado le das tú a ese sueño donde él apareció?*

*M: “pues del ultimo sueño que tuve con mi papa pienso que es una señal de que él donde quiera que este, está pendiente de mí y mis hijos y que aunque él no este físicamente conmigo se que está a mi lado guiándome a mí y a mis hijos, que tenemos un ángel junto a nosotros que nos cuida”*

Nota: La sesión se interrumpió debido a que tuvo una emergencia familiar y se tuvo que ir.

## Sesión 17

**7 de mayo**

Esta sesión comenzamos hablando sobre miedos y preocupaciones que reportó durante las primeras sesiones del proceso terapéutico.

Durante estas primeras sesiones mencionaba la necesidad de acompañar a su hijo Felipe a todos lados porque mencionaba que es fácil de engañar y la gente podría aprovecharse de él; ahora Magda menciona...

M: *sé que no puedo estar ahí todo el tiempo, y él va a tener que aprender y enfrentarse, le tengo que enseñar a “moverse” por sí solo.* Recordamos el ejemplo que ella proporcionó al identificar en las primeras sesiones la estructura del modelo ABC y le pedí que lo identificara qué es lo que sucede ahora

Situación	Pensamiento POST	Consecuencia POST
Sus hijos le dicen que tienen miedo de que le pase algo a ella, de que vaya a morir.	“Sé que no estaré con ellos para siempre pero por eso mientras les enseñaré a valerse por sí mismos”	Confianza Enseña a su hijo mayor a hacer su tarea cada vez con menos ayuda. Le enseña a lavar su propia ropa. Pone límites a su hijo menor cuando le hace berrinches o es grosero.

Por último platicamos sobre las novedades que ahora ha estado aplicando por ella misma para relajarse y recrearse, además de los ejercicios practicados en sesiones y la imaginación. Menciona que ha descubierto que le gusta realizar manualidades y eso la relaja además de que practicarlas significó alejarse de sus hijos por muchas horas para tomar un curso y aprender. Asimismo, comenta que ha visitado a una familiar que siempre la apoyó

mucho pero con la que había perdido contacto, además de que ahora sí asiste a compromisos sociales a los que la invitan.

## Sesión 18

**14 mayo**

La presente sesión tuvo como objetivo la re-aplicación de los inventarios de Beck, tanto de ansiedad como el de depresión, BAI y BDI; asimismo se comenzó a revisar por última ocasión los indicadores conductuales y emocionales de su malestar.

En la última semana menciona no haber llorado ni sentido ganas de llorar, la sensación de no querer levantarse de la cama le sucedió una vez, tuvo dolor de cabeza una vez, no tuvo ninguna dificultad para dormir contrario a lo que reportó anteriormente al principio del proceso. Recuerda haberse enojado una vez, y por último reporta no haber experimentado miedo por algo en particular.

Reporta ya no haber sentido lo que ella misma llamó como “esa necesidad de huir y no aguantarse ni a ella misma”, y al hablar al respecto menciona: *“debo de estar más pendiente de mí y en lo posible estar tranquila para que mis hijos al igual estén bien porque si yo estoy bien ellos también y no siento que este mal que yo salga un día sin ellos para no frustrarme y distraerme de mi rutina de todos los días.”*

T: *Ahora que te haces tiempo para ti y te sientes más relajada, ¿haces menos cosas, ya no te cansas? ¿Objetivamente algo ha cambiado?*

M: *el cansancio que tengo ahora es por estar todo el día con mis rutinas diarias respecto a que me duermo un poco tarde y me levanto temprano por lo de mis ventas o los collares y arreglitos que hago, pero creo que en cambio antes era en si por todo los problemas que tenía me sentía sin ganas de nada, pero ahora no es tanto me siento mejor a pesar de levantarme temprano y dormir un poco tarde, y todo.”*

## Sesión 19

21 mayo

Durante la presente sesión terminamos la última revisión de indicadores emocionales y conductuales de su malestar.

Comenta que en la última semana no ha experimentado culpa, ni miedo relacionados con sus malestares reportados previamente, ni sentimientos de tristeza; y que en dos ocasiones se ha enojado. Hablamos de manera más amplia sobre estos indicadores.

Recordamos un pensamiento identificado anteriormente sobre el malestar, relacionado con la incapacidad para lograr las metas que se proponga, su sentir de no poder pero tener que lograrlo. Ahora menciona: *“siento que aunque algo no me salga, puedo luchar y luchar hasta que conseguir las cosas, sino es lo que pensaba, puedo ver una y mil formas de lograr algo; porque no siempre se puede lo que se tenía planeado.”*

Hacia el final de la sesión retomamos el tema sobre la contingencia del malestar intestinal de su hijo menor:

T: *“Aparte de la normalidad de tu preocupación (como cualquier madre lo estaría) por el inesperado malestar que tiene ahorita Alex... ¿cómo sientes que has manejado la situación?”*

M: *siento que lo he estado manejando bien tratando de seguir las indicaciones del médico aunque es un poco difícil Alex pide cosas que no puede comer.*

T: *¿Cómo lo has notado a él aparte de las molestias que tiene, su ánimo por ejemplo?*

M: *“Pues su estado de ánimo no ha cambiado mucho el siempre sigue inquieto, sigue siendo un niño muy inquieto brincando, cantando, jugando etc.”*

T: *Y ¿cómo has estado tú de ánimo?*

M: *“pues saliendo adelante con ellos y sí un poco preocupada ahora por Alex pues porque no me gustaría que lo operen, pero si realmente es necesario pues lo acepto y a tener cuidados con él.”*

## Sesión 20

28 mayo

Durante esta sesión hablamos de los avances finales logrados que percibió en ella la paciente y lo que yo misma le reflejé. Hablamos sobre la normalidad de algún grado de cuidado y preocupación que tiene por sus hijos dado que las amenazas inherentes a sus enfermedades son reales, y sin embargo esto no significa un retroceso en sus avances obtenidos a partir del proceso terapéutico.

Todo esto quedó constatado debido a un contratiempo en la salud de su hijo menor Alex, quién ha tenido un revés en su bienestar físico. Magda menciona que a pesar de esto el ánimo de su hijo no ha disminuido y esto la tranquiliza más.

Analizamos esta situación real de amenaza inminente en la que su hijo menor ha tenido una complicación o malformación intestinal que podría requerir una cirugía. Mencionó tener conocimiento de los procedimientos a seguir ahora, la serie de estudios que requiere el niño para saber exactamente qué le sucede, a empezado el cambio de dieta que requiere el niño para disminuir su dolor, a pesar de esto días después y con dolores intermitentes del niño siguió dentro de lo posible con su rutina diaria; además de ir a un festejo y festival escolar que hubo en las dos escuelas de ambos de sus hijos.

M: *“No te voy a mentir, sí he estado preocupada pero me siento dentro de todo tranquila, he estado haciendo todo lo que me dijo el doctor, sus lavados intestinales, cambio de dieta; tiene dolor pero no se queja como antes, yo lo notó bien de ánimo, brinca, juega; así en el seguro no me van a creer que está malo (ríe un poco).”*

Al final de la sesión se expresó a la paciente admiración por el avance registrado durante el trabajo terapéutico, por su esfuerzo y compromiso con la terapia que a pesar de varios contratiempos no disminuyó en su motivación al cambio. Y asimismo por su labor no solo de madre sino de cuidadora informal, una labor que ella misma aprendió a reconocerse, valorar su esfuerzo y entrega, que ante los demás podría tener una connotación de obligatoriedad y abnegación.

Se concluye el proceso terapéutico.

### Discusión

Tal y como se presentó en la conceptualización del caso de Magda se registraron pensamientos relacionados con una visión negativa (“de túnel”) del pasado y del futuro, inferencia arbitraria/culpabilidad sobre el origen de la enfermedad de sus hijos, deberías sobre su labor de cuidadora como “debo ser fuerte” “debo cuidar en todo momento a mis hijos”, etc.

Emocionalmente se registró la presencia de tristeza, enojo, miedo y preocupación; las conductas y consecuencias derivadas de sus pensamientos fueron el llanto, no querer levantarse de cama, querer huir (evitación), no mostrar interés por involucrarse en actividades fuera de su labor de madre y cuidadora informal como actividades recreativas o de relajación. Los reportes verbales y escritos que presentó la paciente sobre sus malestares conductuales y emocionales dieron la pauta para realizar la aplicación del inventario de depresión y el de ansiedad de Beck, BDI y BAI, cuyas puntuaciones registradas por la paciente se interpretan como un nivel moderado de depresión y un nivel grave de ansiedad respectivamente.

Algunos cambios registrados durante la fase de diagnóstico y posteriormente en la de resultados se muestran a continuación:

Pre-Intervención	Post-Intervención
No mostraba deseos de realizar alguna otra actividad que no estuviese relacionada con las necesidades de sus hijos.	<i>“¿y cuando voy a descansar yo?”.</i>
<i>Tengo el temor de que algún día ya no estaré con ellos y ¿quién los cuidará?</i>	<i>“Sé que no estaré con ellos para siempre, por eso les enseño a valerse por sí mismos”</i>
<i>“debo cuidar en todo momento a mis hijos”</i>	<i>“no me siento mal, ni preocupada por salir sin ellos para distraerme de la rutina diaria”,</i>
<i>“No soporto la situación, necesito escapar”</i>	Se involucró en actividades para su distracción y se permitía asistir a eventos para su recreación.

<i>“debo ser fuerte”</i>	<i>“es necesario estar al pendiente de mi misma y estar en lo posible tranquila porque si yo estoy bien, ellos también”</i>
Presencia de indicadores emocionales y conductuales	<i>“antes no tenía ganas de nada, me sentía muy cansada; ahora a pesar de mis actividades de diarias, me siento mejor”,</i>
<i>No podré lograr las metas que me proponga</i>	<i>“siento que aunque algo no me salga, puedo luchar y luchar hasta que conseguir las cosas, sino es lo que pensaba, puedo ver una y mil formas de lograr algo; porque no siempre se puede lo que se tenía planeado.”</i>

Es notable que a pesar que la salud de sus hijos objetivamente no ha mejorado (A), los pensamientos de la paciente (B) reflejan una diferente perspectiva frente a su situación de vida, las emociones y conductas resultantes (C) revelan menor perjuicio y malestar en su persona. Un dato no concluyente pero que es posible considerar como un efecto colateral de la intervención es que ella ha reportado un mejor ánimo en sus hijos, posiblemente al sentir y notar una mejoría en ella, tal y como pasaba lo contrario cuando ella se daba cuenta de que ellos se preocupaban por verla triste, llorando y preocupada. Un posible segundo efecto secundario de la intervención es que Magda reporta ser más firme en la disciplina con ellos en la imposición de reglas, adquisición de nuevas responsabilidades y castigos; por ejemplo con su hijo menor al reportar que presentaba berrinches le cumplía los castigos que le daba, con su hijo mayor dejó de ayudarle en sus tareas como antes ya que se dio cuenta que él esperaba a que ella se la termine al decirle que no entendía o que estaba cansado, además de darle la responsabilidad de aprender a lavar parte de su ropa.

Al realizar el trabajo terapéutico en un caso de cuidado informal será importante registrar aquellas creencias irracionales que producen el malestar conductual y emocional característico en este tipo de casos; el reestructurar esta variable de pensamiento derivará en una adaptación más adecuada y saludable en su labor de cuidador.

Suficiente se ha mencionado en torno a las consecuencias negativas para la salud de los cuidadores informales; en los últimos años se está desarrollando una visión más positiva

del proceso de cuidado, analizando las posibles implicaciones positivas para el cuidador, es decir que estos desarrollen “la capacidad o competencia para hacer frente a situaciones desfavorables, (Block y Kremen, 1996), sin que su salud física y psicológica se vea gravemente comprometida, ni su funcionamiento habitual alterado”.

### **Limitaciones de la Intervención**

Las características particulares del caso al mismo tiempo significaron un retraso en el avance continuo del proceso terapéutico, ya que la paciente en varias ocasiones tuvo que cancelar su asistencia a las sesiones debido a imprevistos de salud de sus hijos y de ella misma; además de la necesidad de asistir a compromisos imperativos de carácter legal y de estudios médicos. Ante estos acontecimientos para no perder la constancia del contacto con la paciente, la comunicación se amplió vía telefónica, mensajes de texto y correos electrónicos.

### **Factores Predisponentes Favorables**

En contraposición a las limitaciones que se presentaron durante la intervención, existieron factores que facilitaron al progreso del proceso terapéutico a pesar del nivel socio económico de la paciente. Se identificó su capacidad para identificar sus emociones y pensamientos, demostrando capacidad de automonitoreo.

Igualmente a pesar de las nuevas dificultades que surgían a lo largo del proceso terapéutico su compromiso y motivación con la terapia no disminuyeron.

## Referencias

- Badia-Corbella, M. (2002). Estrés y afrontamiento en familias con hijos afectados de parálisis cerebral. Salamanca: INICO. Recuperado de <http://inico.usal.es/documentos/estresPC.pdf>
- Beck, A., y Grieger, R., (2003). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. España: Desclée De Brouwer.
- Bódalo-Lozano, B. (2010). Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. *Potularia*, Vol. X, No. 1, pp. 85-97.
- Burns, D., (2008). *Sentirse bien: una nueva terapia contra las depresiones*. México: Paidós
- Caballo, V., (1998). *Manual para el tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos*. España: Siglo Veintiuno Editores
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. España: Desclée de Brouwer.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, (s/f). *Evaluación del Inventario de Ansiedad de Beck*. Recuperado Septiembre de 2015
- Crespo-López, M., y López-Martínez, J. (2008). Cuidadoras y cuidadores: efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *IMSERSO*; vol. (35), pp 1-33. Recuperado de <http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf>
- Dorsch, F., (2008). *Diccionario de Psicología*. Barcelona: Herder
- Duarte G, e Izquierdo, MD. (2002). *El sistema invisible de los cuidados*. Recuperado de [http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Documentacion %20Distrito/Documentos/Cuidadoras/ElSistemaInvisibledelosCuidados.PDF](http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Documentacion%20Distrito/Documentos/Cuidadoras/ElSistemaInvisibledelosCuidados.PDF)
- Feldberg, C., Tartaglini, M. F., Clemente, M. A., Petracca, G., Cáceres, F., & Stefani, D. (2011). *Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga*. *Neurología Argentina*, vol. 3, pp. 11-17. Recuperado de

[https://www.researchgate.net/publication/251707564\\_Vulnerabilidad\\_psicosocial\\_del\\_cuidador\\_familiar\\_Creencias\\_acerca\\_del\\_estado\\_de\\_salud\\_del\\_paciente\\_neurológico\\_y\\_el\\_sentimiento\\_de\\_sobrecarga](https://www.researchgate.net/publication/251707564_Vulnerabilidad_psicosocial_del_cuidador_familiar_Creencias_acerca_del_estado_de_salud_del_paciente_neurológico_y_el_sentimiento_de_sobrecarga)

Fernández, P., Martínez-Rodríguez, S., Ortiz-Marqués, N., Carrasco-Zabaleta, M., Solabarrieta Eizaguirre, J., & Gómez Marroquín, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, vol. 23(3), pp 388-393. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3899.pdf>

Garcés, J., Carretero, S., Ródenas, F., & Alemán, C. (2010). A review of programs to alleviate the burden of informal caregivers of dependent persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 50, pp. 254-259. Recuperado de <http://www.agjournal.com/article/S0167-4943%2809%2900098-3/fulltext>

García, P., Noguerras, E., Muñoz, F., Morales, J., (2011). *Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria*. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental. Hospital Regional Universitario. Recuperado de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_488\\_Depresion\\_AP\\_resum.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_488_Depresion_AP_resum.pdf)

García-Calvente M, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren A. (2004). El Sistema de cuidados en clave de Desigualdad. *Gaceta Sanitaria* 2004; vol.18, pp 132-139. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v18s1/03sistema.pdf>

González F., Graz A., Pitiot D., Podestá J. (2004). *Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas*. *Revista del Hospital J.M. Ramos Mejías*; Vol. 9, pp. 1-22.

Guía clínica HIM, (2016). *Crisis convulsivas y epilepsia*. Recuperado de <http://www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/CrisisConvulsivasyEpilepsia.pdf>

INEGI, (2015). Estadísticas: Esperanza de vida por sexo. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo132&s=est&c=23599>

- Kottler, J., y Shepard, D., (2015). *Introduction to Counseling: voices from the field*. U.S.A.: Cengage Learning
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Bergiristáin, J. M., Valderrama, M. J., y Arregi, B. (2008). *Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género*. *Gaceta sanitaria*; vol. 22, pp. 443-450. Recuperado de <http://www.gacetasanitaria.org/es/content/articulo/S0213911108724191>
- Latín Seniors Inc., (2011) *Salud emocional*. México. Recuperado de <http://www.enplenitud.com/salud-emocional.html#ixzz1oSyuFwbW>
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (2009). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. España: Siglo XXI Editores
- López-Gil, M. J., Orueta-Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez-Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., & Alonso-Moreno, F. J. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y salud. *Revista clínica de medicina familiar*, vol. 2(7), pp. 332-334. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1696/169614509004.pdf>
- Luengo, D., (2003). *Vencer la ansiedad: Una guía práctica para pacientes y terapeutas*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Macavei, B. (2005). *The role of irrational beliefs in the rational emotive behavior theory of depression*. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, Vol. 5, pp. 73-81. Recuperado Marzo de 2016 de [https://rbnm9w.dm2303.livefilestore.com/y3mAO-pdubdxtx8ncglp6vgaxkzsmb2cvm1vts9p139e0uc10u9dzhpmgvpaxvjk5sqnxbwvxd oaabff3axmssxmixtes-v1dhjwrkiourvqsp\\_pmuknha1nl\\_1-azh6jcp6vurcpdbyudeebatmm01hrt8jm7loymdnp8pbtalc0/10.1.1.475.9314.pdf?psi d=1](https://rbnm9w.dm2303.livefilestore.com/y3mAO-pdubdxtx8ncglp6vgaxkzsmb2cvm1vts9p139e0uc10u9dzhpmgvpaxvjk5sqnxbwvxd oaabff3axmssxmixtes-v1dhjwrkiourvqsp_pmuknha1nl_1-azh6jcp6vurcpdbyudeebatmm01hrt8jm7loymdnp8pbtalc0/10.1.1.475.9314.pdf?psi d=1)
- Méndez, L., Giraldo, O., Aguirre-Acevedo, D., & Lopera, F. (2010). *Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con*

- demencia tipo Alzheimer por mutación e280a en presenilina1*. Revista chilena de neuropsicología; vol. 5 (2), pp. 137-145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179314915007.pdf>
- Miranda de Andrade, L., Maia-Costa, F., Áfio-Caetano, J., Soares, E., Pinheiro-Beserra, E., (2009). The problematic aspects of the family caregiver of people who suffered strokes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*; 43(1). Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342009000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- Moreno, P., (2007). *Superar la ansiedad y el miedo*. España: Desclée De Brouwer
- Moya-Albiol, N. y Ruiz-Robledillo, L. (2012). El cuidador informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*; vol. 1, pp. 22-30. Recuperado de [https://rbo4yq.dm2303.livefilestore.com/y3mYCZ2pgX4ljOpuBhn7k-9GsgyOFuTL6s5wS7fkWKxyJusC0P4ZtpOPriB8QX4ohyuqxoYmE8\\_5adRjfrBnepBvT3q4AZjyMdaclXgSsesq6EfUpTMWAXB082lxQzjILAIE1vJRxEjp5uhwB-C6Ot0AcgltxvRUNjHo8lyJyVT5E/3-albiol\\_pp\\_22-30.pdf?psid=1](https://rbo4yq.dm2303.livefilestore.com/y3mYCZ2pgX4ljOpuBhn7k-9GsgyOFuTL6s5wS7fkWKxyJusC0P4ZtpOPriB8QX4ohyuqxoYmE8_5adRjfrBnepBvT3q4AZjyMdaclXgSsesq6EfUpTMWAXB082lxQzjILAIE1vJRxEjp5uhwB-C6Ot0AcgltxvRUNjHo8lyJyVT5E/3-albiol_pp_22-30.pdf?psid=1)
- Nieto, M., Nieto, M., y Nieto, E. (2008). Epilepsias y síndromes epilépticos del preescolar y del escolar. Recuperado de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/4-epilepescolar.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, (2011). *Informe del Sistema de Salud Mental en México*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf)
- Pérez-Trullen, J. M.; Abanto-Ald, J. y Labarta-Mancho, J. (1996). El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Atención Primaria*, 18 (4), pp. 194-202.
- Ramírez, G. y Ríos, A. (2004). Niveles de sobrecarga y estilos de afrontamiento en cuidadores de familiares con discapacidad física por lesión neurológica. *Interpsiquis*, Vol. 114, pp 181-192.

- Red Sanar, (s/f). Fundadores de la psicoterapia cognitiva: A. Ellis y A. Beck. Recuperado Noviembre de 2015 de <http://www.redsanar.org/drfobia/Terapias/manual2b.htm>
- Ruiz, N. y Moya, L. (2012). *El cuidado informal: una visión actual*. Revista de Motivación y Emoción. Vol. 30, pp.22-30. Recuperado Marzo de 2016 de [https://rbo4yq.dm2303.livefilestore.com/y3mY CZ2pgX4ljOpuBhn7k-9GsgyOFuTL6s5wS7fkWKxyJusC0P4ZtpOPrIB8QX4ohyuqxoYmE8\\_5adRjfrBnepBvT3q4AZjyMdaclXgSsesq6EfUpTMWAXB082lxQzjILAIE1vJRxEjp5uhwB-C6Ot0AcgltxvRUNjHo8lyJyVT5E/3-albiol\\_pp\\_22-30.pdf?psid=1](https://rbo4yq.dm2303.livefilestore.com/y3mY CZ2pgX4ljOpuBhn7k-9GsgyOFuTL6s5wS7fkWKxyJusC0P4ZtpOPrIB8QX4ohyuqxoYmE8_5adRjfrBnepBvT3q4AZjyMdaclXgSsesq6EfUpTMWAXB082lxQzjILAIE1vJRxEjp5uhwB-C6Ot0AcgltxvRUNjHo8lyJyVT5E/3-albiol_pp_22-30.pdf?psid=1)
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). *Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck*. Psicothema vol. 10, pp. 303-316. Recuperado Abril de 2016 de <http://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/7467/7331>
- Secretaria De Salud, (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012: Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Recuperado de [http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/ProNaSa\\_2007-2012.pdf](http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/ProNaSa_2007-2012.pdf)
- Secretaria de Salud, (2010). Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México. Recuperado de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392\\_IMSS\\_10\\_Ansiedad/EyR\\_IMSS\\_392\\_10.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf)
- Secretaría de Salud (s/f). Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento. Servicio de pediatría: Epilepsia. Recuperado de [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/pediatrica/consulta\\_externa/1\\_epilepsia.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/pediatrica/consulta_externa/1_epilepsia.pdf)
- Sociedad Española de Neurología (2012). *Guía Oficial de práctica clínica en Epilepsia*. Recuperado de <http://www.epilepsiasen.net/system/files/GUIA%20OFICIAL%20SEN%20EPILEPSIA.pdf>
- Tomás, U. (2010). *La Historia Clínica*. Recuperado de <http://elpsicoasesor.com/historia-clinica/>

- Vidal, M. (2011). *Concepto y definición de la entrevista psicológica*. Recuperado Mayo de 2016 de: <http://www.reeduca.com/definicion-entrevista.aspx>
- Wright, K. (1987). *The economics of informal care of the elderly*. New York: Centre for health economics, University of York. Discussion Papers, vol 23
- Zarit, S.H. (2002). Caregiver's burden. En S. Andrieu y J.P. Aquino (Eds.): *Family and professional carers: findings lead to action*. Paris: Serdi Edition y Fondation Médéric Alzheimer.

## ANEXOS

### Apéndice A. Técnicas utilizadas

#### *Vigilancia de los estímulos estresantes y de los síntomas*

Este es el primer paso necesario para ser capaz de utilizar otras estrategias de afrontamiento. Implica darse cuenta de la tensión cuando ocurre y reconocer su origen. Incluye ser sensible a los cambios físicos y a las señales de tensión en los músculos y en las vísceras. El auto-registro suele ser una herramienta adecuada para este ejercicio (Caballo, 1998).

#### *Asignación de tareas*

El propósito principal es ayudar a reforzar lo adquirido durante la sesión terapéutica, cuando el sujeto también tiene que funcionar en el mundo real. Hay tareas de diversas clases: de lectura, escritura, para escuchar, de imaginación, cognitivas, emotivas, conductuales, de relajación, entre otras (Lega, Caballo y Ellis, 2009).

#### *Reestructuración cognitiva.*

Para llevar a cabo este procedimiento, se examinan los patrones de pensamiento que son negativos, autoderrotistas y autolimitantes. La reestructuración cognitiva incluye técnicas que intentan modificar directamente creencias y/o pensamientos específicos que se piensa median las respuestas desadaptativas conductuales y físico-emocionales. Por medio de la reestructuración cognitiva se ayuda a los pacientes a examinar sus creencias personales sobre sus problemas y a contemplarlos desde perspectivas alternativas:

1. Discutir con los pacientes el hecho de que tanto en cuanto mantengan sus creencias irracionales, se sentirán molestos, ansiosos, airados, etc.
2. Proporcionar una creencia racional alternativa y preguntar cómo se sentiría el paciente si la creyera.
3. Una vez que los pacientes reconocen que se deberían sentir mejor, emplear esta retroalimentación para animarles a abandonar la creencia irracional.

4. Preguntar por las evidencias de su creencia irracional actual y utilizar estrategias de cuestionamiento.
5. Una vez que los pacientes admiten que no existen evidencias, preguntarles cómo se sienten, con el fin de hacerles ver el cambio en el afecto como un refuerzo para el cambio cognitivo.
6. Si los pacientes se están sintiendo mejor, comprobar lo que han entendido preguntándoles si pueden identificar la causa del cambio. Este es un paso importante. Los pacientes a veces sorprenderán al terapeuta diciendo que se sienten mejor debido a razones que no son la modificación de sus creencias. Si salen a la luz esas atribuciones erróneas, deberían abordarse.
7. Reconocer el cambio en el pensamiento del paciente y discutir los múltiples cambios cognitivos que supuestamente pueden tener lugar y lo beneficiosos que podrían ser (p. ej., cambio en las creencias, distraerse, modificación de las percepciones con respecto al acontecimiento estresante) (Caballo, 1998).

#### *Diálogo socrático.*

Empleo de las preguntas en la intervención terapéutica que tiene como objetivo inducir al paciente a que: a) tome conciencia de sus pensamientos, b) examinar sus distorsiones cognitivas, b) para sustituirlas por pensamientos más equilibrados y c) planear el desarrollo de nuevas formas de pensamiento. El terapeuta se encontrará con varias áreas a explorar sobre las creencias y pensamiento de los pacientes, aquí se describen cinco en donde el terapeuta puede aplicar el diálogo socrático por medio de preguntas empíricas que inicien el proceso dialectico.

1. La petición de pruebas que mantienen los pensamientos o creencias disfuncionales (Ejemplo ¿Qué pruebas tiene para creer que...? ¿Hay alguna prueba de lo contrario?)
2. Indagar las alternativas interpretativas a los pensamientos o creencias disfuncionales (Ejemplo ¿Podría haber otra interpretación distinta para ese suceso? ¿Podría haber otra forma de ver esa situación?).
3. Explorar las consecuencias emocionales de mantener los pensamientos o creencias disfuncionales (Ejemplo ¿A qué le lleva pensar eso?...¿Le ayuda en algo?).

4. Comprobar la gravedad de las predicciones negativas (Ejemplo ¿Qué posibilidades hay de que ocurra eso? Suponiendo que ocurriese ¿cuánto durarían sus efectos?...¿Podría hacerse algo?).
5. Conceptualizar pensamientos o supuestos vagos en su formulación (Ejemplo ¿Qué quiere decir con...?)

El propósito de este estilo de debate es animar al paciente a pensar por sí mismo, en lugar de aceptar automáticamente lo que diga el terapeuta (Lega, Caballo y Ellis, 2009).

### Solución de problemas

La solución de problemas está formada por cinco habilidades. La primera es la orientación hacia el problema, refiriéndose a la manera en que una persona se considera con la habilidad para afrontar un problema. La segunda habilidad es la definición del problema, que es la definición concreta y específica del mismo y con el establecimiento de objetivos que se puedan ser definibles y alcanzables. La tercera habilidad, es la generación de soluciones alternativas, que implica la producción de diversos métodos para solucionar los problemas y lograr los objetivos propuestos. La cuarta habilidad, la toma de decisiones, es un proceso sistemático para seleccionar la mejor solución a un problema de la lista generada. La quinta habilidad, es la puesta en práctica y evaluación de la solución elegida, lo que incluye la planificación y la puesta en marcha de las soluciones y la evaluación posterior del éxito o fracaso de la solución (D’Zurilla y Nezu, 1999).

### Relajación

#### *Imaginería guiada.*

Técnica mediante la cual se favorece la re-identificación a través del diálogo y la interpretación dramática a partir de una experiencia imaginaria guiada en la cual el cliente se da cuenta de que la “fantasía” es una expresión de sí mismo y de su situación vital. Igualmente se entrena al paciente a imaginarse a sí mismo en situaciones problemáticas y controlarlas, imaginar a alguna otra persona afrontándolas y sustituir gradualmente esa persona por uno mismo, y más (Caballo, 1998).

*La relajación muscular progresiva (RMP)*

Desarrollada por Edmund Jacobson (1938). Proporcionó muchos detalles sobre la RMP, permitiendo que el método fuese accesible para casi todo el mundo. A través de los años, otros autores han añadido cosas, la han apoyado por medio de la investigación y han ayudado a refinar la práctica. La relajación se considera hoy día una técnica que puede emplearse tanto con niños como con adultos (Caballo, 1998).

## Apéndice B. Lista de técnicas utilizadas ejemplificadas.

Técnicas	Ejemplo de aplicación durante la intervención
<p>1. Vigilancia de los estímulos estresantes y de los síntomas.</p>	<p>Algunas sesiones en las que se utilizó: 2, 3,4, 5, 10, 17,18 y 19.</p> <p><i>Ejemplo:</i></p> <p>Reporta no querer levantarse de cama cuatro veces por semana, que sentirse tensa hace que se moleste rápido con sus hijos y les regañe más; además prefiere encerrarse en casa a salir porque manifiesta estar demasiado cansada como para hacer otra cosa. Ha experimentado fuertes dolores de cabeza que en ocasiones le duran todo el día. Se ha sentido frecuentemente preocupada y de mal humor cuando le sucede esto pierde la paciencia rápidamente con sus hijos y los regaña de manera que no le agrada y después se siente culpable.</p>
<p>2. Educación en el modelo</p>	<p>Sesión 6</p> <p><i>Ejemplo:</i></p> <p>Revisamos un ejemplo de identificación de ABC con una situación en un partido de futbol con dos niñas en donde a ambas les comenten una falta se le mostró la situación antecedente y la consecuencia, se le preguntó después que si a ambas niñas les había sucedido lo mismo pero la consecuencia era diferente que tipo de pensamientos pudieron haber hecho la diferencia.</p>
<p>3. Asignación de tareas</p>	<p>Cada sesión concluía con una instrucción relacionada con auto-registros, vigilancia e identificación de estímulos. Practicar ejercicios de RMP, imaginaria o ejercicios meramente conductuales.</p> <p><i>Ejemplo:</i></p>

	<p>Por último platicamos sobre las novedades que ahora ha estado aplicando por ella misma para relajarse y recrearse, además de los ejercicios practicados en sesiones y la imaginación. Menciona que ha descubierto que le gusta realizar manualidades y eso la relaja además de que practicarlas significó alejarse de sus hijos por muchas horas para tomar un curso y aprender.</p>
<p>4. Reestructuración cognitiva</p>	<p>Sesión 6 a la 17</p> <p><i>Ejemplo 1:</i></p> <p>Paciente: siento que es mi culpa el trauma de Felipe porque yo aguanté y permití lo que mi esposo hacía.</p> <p>Terapeuta: Tal vez sea mejor que te abstengas de afirmarte a ti misma a cada momento que esto es tu culpa y responsabilidad, cuando aún ni siquiera has averiguado las posibles causas de sus enfermedades. El hacerte responsable por ello es peligroso ya que cualquier cosa que suceda debido a estas enfermedades pareciera que tú misma les causas ese dolor a tus hijos, cuando en realidad es propio de sus padecimientos; y al hacer esto alimentas tu culpabilidad, sin tener realmente una evidencia científica. Es inútil que pienses así, no te sirve de nada incluso esto aumenta tu malestar y también dificulta tu labor para cuidarlos.</p> <p><i>Ejemplo 2:</i></p> <p>T: Todas estas dificultades y problemas relacionados con la familia de su esposo, que no te esperabas ¿puedes adjudicarles un significado diferente al que has relatado en sesiones anteriores?</p> <p>Magda menciona que se siente más fuerte y que</p>

	<p>“hace unos años no hubiera creído todo lo que iba a ser capaz de hacer por todo lo que he pasado”</p>
<p>5. Solución de problemas</p>	<p>Sesiones 7, 9, 11, 12, 13, 14</p> <p><i>Ejemplo:</i></p> <p>Le pregunté cuál sería su deseo en cuanto a lo que ella describió como “no aguantarse a ella misma” y estar en tensión continúa, mencionó: “<i>estar sola, un día tranquila y des-estresarme</i>”. Exploramos sus estrategias para relajarse ahora y en el pasado, comenta que siempre ha sido muy tranquila y se acostumbró a no salir mucho; además comenta que su mamá no la ayuda a cuidar a sus hijos, solamente cuando es necesario y urgente. Recuerda que antes realizaba adornos de fieltro que aprendió por sí sola, le gustaba además de que la ayudaba a sentirse relajada, esto es algo que podría retomar.</p>
<p>6. Imaginería</p>	<p>Sesiones 7, 10, 13, 16</p> <p><i>Ejemplo 1:</i></p> <p>Realizamos un ejercicio de relajación e imaginería sobre una situación fantástica de éxito, después se le asignó pensar en que algún pendiente que tenga durante la semana que salga a su favor, después de haber gestionado algo al respecto, para disminuir su preocupación al respecto.</p> <p><i>Ejemplo 2:</i></p> <p>En esta sesión se priorizó el trabajo después de las sesiones que ha hecho en casa, por ejemplo, hablamos sobre las ocasiones con las que sueña con su</p>

	<p>papá al dormir; y como lo ha podido practicar en casa aun estando despierta.</p> <p>T: ¿te has imaginado que él está ahí contigo y que le platicas algo, como lo hemos platicado que continúes practicando?</p> <p>M: Sí, me gusta recordar cuando platicábamos y que yo le cuento lo que pasa, y como él me aconsejaba, lo que me decía y como cuando me decía que estaba orgulloso de mí</p>
7. RMP	<p>Sesiones 8,10, 11</p> <p><i>Ejemplo:</i></p> <p>Realizamos un ejercicio de Relajación Muscular Progresiva; duró aproximadamente 15 minutos, al finalizar le pregunté cómo se sintió y si se le hizo fácil poder engancharse en las instrucciones, mencionó que se sintió muy bien y después notó una diferencia de un antes y después del ejercicio en su cuello y espalda. Se asignó practicar este ejercicio una vez por la mañana y noche.</p>

### Apéndice C. Registro de cambios

A continuación se presenta de forma más ilustrativa los cambios registrados (post-intervención) a partir de la identificación de los indicadores pre-intervención (cognitivos, emocionales y conductuales).

<b>Indicadores</b>	<b>Pre-intervención</b>	<b>Post-intervención</b>
<i>Emocionales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza (3 veces por semana)</li> <li>• Enojo (4 veces por semana)</li> <li>• Miedo (constante, casi todo el tiempo)</li> <li>• Culpa (constante)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confianza</li> <li>• Tranquilidad</li> <li>• Satisfacción</li> <li>• Motivación</li> </ul>
<i>Cognitivos</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visión negativa (“visión de túnel”) del pasado y del futuro</li> <li>• Inferencia arbitraria/culpabilidad sobre el origen de la enfermedades de sus hijos</li> </ul> <p>Deberías sobre su labor de cuidadora como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Debo ser fuerte”</li> <li>• “Debo cuidar en todo momento a mis hijos”</li> <li>• “Necesito hacer todo bien por la salud de mis hijos”</li> <li>• “No soporto la situación, necesito escapar”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“es necesario estar al pendiente de mi misma y estar en lo posible tranquila porque si yo estoy bien, ellos también”</i></li> <li>• <i>“no me siento mal, ni preocupada por salir sin ellos para distraerme de mi rutina diaria”</i></li> <li>• <i>“antes no tenía ganas de nada, me sentía muy cansada; ahora con todo y mis actividades diarias, me siento mejor”</i></li> <li>• <i>“sé que con mi mamá</i></li> </ul>

		<p><i>es difícil platicar de lo que me pasa pero tengo también a mi tía de cariño quién me apoya mucho y me entiende”</i></p>
<p><i>Conductuales</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llanto (dos o más veces por semana)</li> <li>• Dolor de cabeza (dos o tres veces con larga duración)</li> <li>• Evitación, no querer levantarse de cama (cuatro veces por semana)</li> <li>• Dificultad para dormir (cinco veces por semana)</li> <li>• Desinterés por involucrarse en actividades fuera de su labor materna y de cuidadora como la recreación y relajación (aislamiento).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se involucra en actividades recreativas</li> <li>• Dedicar tiempo para sí misma</li> </ul> <p>En la última semana de intervención reportó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No haber llorado</li> <li>• Una vez no haber querido levantarse de cama</li> <li>• Una vez tener dolor de cabeza</li> <li>• Ninguna dificultad para dormir</li> <li>• No recordar haberse sentido triste</li> <li>• No sentir miedo</li> <li>• Haberse enojado dos veces</li> </ul>