

## TRATAMIENTO DE UN CASO CLÍNICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO

### INTERVENTION IN THE TREATMENT OF NONSPECIFIC ANXIETY: A CASE STUDY.

HECTOR CICCOTELLI

BELÉN NIETO

Universidad Nacional de Educación a Distancia

Recibido 14-10-03

Aceptado 15-11-03

#### Resumen

El caso presentado en este artículo es una exposición de la psicoterapia aplicada para el tratamiento de ansiedad no específica y su eficacia. La paciente una mujer de 46 años presentaba un cuadro clínico en el que aparecían síntomas de alta activación que se manifestaban en momentos de ira, anticipaciones de valoración social negativa y por síntomas depresivos caracterizados por una percepción de sí misma pobre, atribuciones de culpabilidad, así como un déficit en la obtención de refuerzos gratificantes. Los instrumentos utilizados para la evaluación del caso fueron el Listado de Síntomas Clínicos Revisado (SCL-90-R; Derogatis, 2000), adaptación española por González y cols. (1988); Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1995); Inventario de depresión de Beck (Beck y cols., 1961), adaptado y validado para población española por Sanz y Vázquez (1997). De igual forma, se diagnosticó el Trastorno de Ansiedad no específica a través de los criterios del DSM IV. La terapia tuvo una duración de 5 meses en la que se aplicaron: Técnicas de organización del tiempo, técnicas de reestructuración cognitiva, aprendizaje de técnicas operantes para mejorar la conducta de sus hijos, una técnica de respiración y la técnica de la silla vacía. Después de 5 meses de tratamiento, la paciente informa sentirse mucho mejor: habiendo conseguido establecer unas relaciones familiares emocional y conductualmente más estables, disminuir los ataques de ira, flexibilizar sus valoraciones cognitivas, conseguir una

mayor aceptación de los demás y recuperar su capacidad de disfrute. Por otra parte, los resultados obtenidos en las pruebas de post-tratamiento corroboran la mejoría percibida de la paciente señalando una reducción sustancial de la sintomatología inicial.

**Palabras claves:** Ansiedad, depresión, intervención, reestructuración cognitiva, «silla vacía».

#### Abstract

We present a case to show the therapeutic techniques used in the treatment of non-specific anxiety as well as their effectiveness. The patient was a 46-year-old woman who displayed the following clinical features: high activation when she was angry, anticipations of negative social valuation and depressive symptoms characterized by a low self-concept, guiltiness, as well as a deficit in getting satisfying rewards. The assessment instruments used were The Revised Symptom Check-List (SCL-90-R, Derogatis; 2000), adapted for Spanish population by González y cols. (1988), The Inventory of Situations and Responses of Anxiety (ISRA, Miguel-Tobal and Cano-Vindel; 1994), Beck Depression Inventory (BDI, Beck y cols., 1961) adapted and validated for its use with Spanish population by Sanz and Vázquez (1997). The DSM-IV criteria were also used to diagnose Anxiety disorder not otherwise specific. The therapy took place within 5 months in which different techniques were applied: Time organization, Cognitive restructuring, techniques from operating conditioning to improve her

children's behaviour, Breathing and «the empty chair». After 5 months, the patient reported to feel much better: she was able to settle more stable family relations, as far as emotions and behaviours are concerned, to diminish the anger attacks, to have more flexible cognitive evaluations and she could also be accepted by the others. What is more, the results obtained in post-treatment tests support the self-perceived improvement she had, indicating a substantial reduction of the initial symptomatology.

**Key words:** Anxiety, depression, intervention, cognitive restructuring, «empty chair».

## Introducción

El miedo es una emoción básica humana que ha sido crucial para la supervivencia tanto del hombre como de los animales. La ansiedad es la reacción normal de un organismo a los estresores los cuales pueden ser internos o externos. La respuesta de ansiedad puede ser producida por estímulos externos o situacionales, o por estímulos internos del sujeto (pensamientos, ideas, imágenes, etc.), que son percibidos por el individuo como peligrosos y amenazantes. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características del sujeto (Miguel-Tobal, 1990). La reacción ansiosa generalmente tiene dos componentes—uno fisiológico y el otro psicológico— y ambos están mediados por el sistema adrenérgico.

De acuerdo con el DSM IV, el trastorno de ansiedad no especificado incluye los trastornos prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

Los síntomas de los trastornos de ansiedad crean malestar a través de síntomas producidos en los siguientes tres componentes: el cognitivo, el somático, el motor además de formas particulares de estados anímicos.

Los síntomas del estado de ánimo incluyen sentimientos de tensión, aprehensión y algunas veces pánico. Los síntomas cognitivos pueden incluir el tiempo que la persona emplea en tratar de eliminar ese estado anímico o síntoma particular—cuando la persona siente que es incapaz de identificar las causas, se produce frustración. A menudo pensar sobre el problema empeora los síntomas y hace más difícil que la persona pueda concentrarse en otras cosas. Con respecto al componente somático abarca síntomas como sudar excesivamente, hiperventilación, altos niveles de pulsación o presión sanguínea y tensión muscular. Por último, los síntomas típicamente motores incluyen agotamiento o movimientos corporales sin un propósito particular.

Con respecto a la diferencia entre ansiedad normal y patológica, en la primera se puede esperar episodios poco frecuentes, de intensidad leve o media y de corta duración. Por el contrario, en la ansiedad patológica los episodios son repetidos, de intensidad alta y prolongada. En lo que respecta a los estímulos o situaciones estresantes la ansiedad patológica suele presentar una reacción desproporcionada y duradera con lo que el grado de interferencia en la vida cotidiana es importante.

Debido al carácter multidimensional de los trastornos de ansiedad se han empleado combinaciones de técnicas dirigidas a modificar aquellos aspectos desadaptativos que se reflejan en los tres niveles de su expresión: cognitivo, fisiológico y motor. Algunas de las técnicas empleadas para reducir el nivel de activación son la relajación o el *biofeedback* para el nivel fisiológico y las técnicas de exposición y cognitivo-conductuales para el nivel de expresión cognitiva. Éstas últimas, a la vez que permiten modificar las distorsiones cognitivas, también entrenan al paciente a enfrentarse de forma eficaz ante eventos o situaciones estresantes. Todas ellas producen en el paciente un sentimiento de autocontrol y seguridad para afrontar la mayoría de las situaciones de forma adaptada y realista.

En este artículo se expondrá la intervención de un caso con trastorno de ansiedad no específica que presenta síntomas de ansiedad moderada y depresión en grado leve.

## Descripción del caso

1) **Motivo de consulta:** La demanda principal es la sintomatología ansioso-depresiva y el sentimiento de dependencia del medicamento. La paciente expresa que se siente fatal con su vida. Además, no soporta a sus hijos y siente que su marido pasa mucho tiempo en su trabajo, viajando o planificando, y que no recibe ayuda para cuidar a los niños. También, siente que hay cosas de su madre que le agobian y no se anima a defender su independencia de ella ni su espacio vital.

2) **Historia de la paciente:** El cliente es una mujer de 46 años, casada, con tres hijos de 3, 7 y 9 años con un nivel de educación universitario. No bebe, ni fuma, ni tiene antecedentes familiares de trastorno mental ni alcoholismo. Durante cinco años acude a sesiones de tratamiento psicológico de perspectiva dinámica. Hace un año que abandonó su actividad laboral como directiva en la empresa familiar, decisión que tomó como consecuencia del alto nivel de estrés e insatisfacción que padecía, por esta razón acude al médico de cabecera que le prescribe Prozac con tomas de un comprimido diario. Desde entonces inicia una vida diferente volcándose en los estudios y en el cuidado de sus hijos.

Con respecto a su madre, la paciente muestra sentimientos ambivalentes. Expresa que su madre es diferente de lo que aparenta, que quiere parecer tolerante, optimista, alegre, pero que en realidad es triste, seria, pesimista e inflexible. Siente que su madre es inalcanzable, que está lejos, como en otro nivel, lo que le da rabia porque sabe que no es perfecta.

Con respecto a otras relaciones repite el modelo que mantiene con su madre: pasiva, dejándose llevar, sintiendo que los demás siempre tienen la razón. También lo hace extensivo a su marido. Se percibe sumisa.

Se ve a sí misma desdoblada; así se describe con características antitéticas:

«De piel hacia dentro»: Segura, independiente, creativa, fuerte, tenaz, atrevida y valiente.

«De piel hacia fuera»: Tímida, insegura, dependiente e insignificante.

Expresa que le gustaría «jugar para no perder», pero que «cuando destaca es para mal,

siempre juega para perder». Habitualmente opta por «no jugar, no llamar la atención, ocultarse, no existir, pasar desapercibida... «Sin embargo, encuentra un lado positivo en su obesidad (consecuencia de su ansiedad y de su compulsión por la comida) que le compensa de su ostracismo: «el estar gorda le permite ser visible; es un truco porque así por lo menos ocupo un espacio físico».

En cuanto a su historia pasada, proviene de una familia de nivel económico alto compuesta por 6 hermanos de la que ella es la cuarta. Relata que el suceso más traumático fue la muerte de su hermano pequeño cuando ella tenía 6 años. Recuerda el fuerte impacto que supuso para toda la familia su muerte. Le gustaría saber como experimentaron sus padres esta muerte. Nunca se ha hablado demasiado de ello. Sin embargo, sentía que todo lo ocurrido era por su culpa e inclusive por la de todos sus hermanos. En el ejercicio terapéutico de escribir una carta a su madre, la paciente le recrimina haber desarrollado sentimientos de culpa y que actualmente con su sufrimiento, ella no hace lo mismo con sus hijos y esto le hace sentirse aliviada (en un intento de justificar que ella es mejor persona que su madre).

Sus respuestas de ansiedad se manifiestan predominantemente a nivel cognitivo (pensamientos catastrofistas, autovaloraciones negativas) y fisiológicas (tensión muscular y fatiga), aunque también presenta algunas manifestaciones a nivel motor. Tiene un concepto muy negativo de sí misma, es insegura y le cuesta tomar decisiones propias. De igual forma es pasiva y contenida en sus afectos. Algunos de los síntomas depresivos que presenta son el estado de ánimo triste, sentimiento de culpa, disminución de la energía, fatiga, sensación de estar «lento» y dificultad para concentrarse, además de tener dificultades en tomar decisiones.

## Evaluación

La evaluación se desarrolló a través de la entrevista en la que el primer objetivo fue establecer una adecuada relación terapéutica. A continuación, se recogió información complementaria a las pruebas psicométricas con el fin de identificar los problemas y sentimientos de la paciente, familiarizarse con sus experien-

cias vitales y proponer soluciones posibles y tentativas. También se utilizaron autorregistros para descubrir aquellas situaciones que producen mayor malestar subjetivo e identificar las distorsiones cognitivas empleadas.

En la Tabla 1 se presentan los instrumentos empleados para realizar la evaluación.

### Resultados de la evaluación:

— SCL-90-R: En los resultados del SCL-90R observados en la Tabla 2, ninguno de ellos llega a los valores de la población psiquiátrica presentados por el manual del instrumento, aunque varios de ellos son superiores a los valores presentados para la población general.

Tabla 1. Instrumentos de evaluación

INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS	DESCRIPCIÓN
Listado de síntomas clínicos de Derogatis -SCL-90-R- (Adaptación española por J.L. González y cols., 1988)	El SCL-90-R (Derogatis, 1983) es un cuestionario multidimensional, auto aplicado conformado por 90 ítems diseñado originalmente para evaluar el grado de malestar en pacientes psiquiátricos, como también en sujetos no clínicos. El malestar psicológico está medido en nueve dimensiones primarias de síntomas (Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo). El instrumento ofrece tres índices globales de malestar que son indicativos de diferentes aspectos del sufrimiento psicopatológico general. El primero es el Índice Global (GSI, Global Symptom Index) que indica el grado del malestar general e indiscriminado de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático global.
Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA-(Miguel Tobal J.J., Cano Vindel A, 1995).	Proporciona información sobre los tres componentes de la ansiedad (cognitiva, fisiológica y motora), que permitirá elegir la mejor técnica -llegado el caso- de reducción de la ansiedad. Consta de 22 situaciones y 24 respuestas de ansiedad que posibilitan una evaluación de la reactividad de los tres sistemas de respuesta, así como una medida de cuatro áreas situacionales ligadas a diferencias individuales. Proporciona ocho puntuaciones. Las tres primeras corresponden a los tres componentes de la ansiedad (cognitivo, fisiológico y motor). La cuarta es una medida de rasgo o nivel general de ansiedad. Finalmente las cuatro últimas escalas corresponden a áreas situacionales: ansiedad de evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica, y ansiedad ante situaciones cotidianas. El instrumento presenta los resultados en centiles, baremados en población española.
Inventario para la depresión de Beck -Beck - BDI- (Adaptación española por Sanz y Vázquez, 1997; Vázquez y Sanz, 1997a, b).	El BDI (Beck et al, 1961) es un cuestionario de autoevaluación de síntomas depresivos. Consta de 21 ítem en los que se evalúa la intensidad de la depresión. Cada ítem consiste en una serie de 4 frases entre las que el paciente ha de elegir la que mejor describa cómo se encuentra en el momento actual. La puntuación total de la prueba se obtiene de la suman los valores de todas las frases seleccionadas por el sujeto, que tienen determinados pesos (de 0 a 3) en función de la gravedad / intensidad del síntoma.

Tabla 2. Resultados del SCL-90-R

	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	GSI	PST	PSDI
Población General	0.55	0.60	0.45	0.72	0.52	0.45	0.25	0.47	0.21	0.51	25.3	1.75
PRE	1.33	1.10	0.55	0.90	1.30	1.33	0.14	0.17	0.20	0.67	36,0	1.93
POST	0.66	0.90	0.48	0.46	0.23	1.22	0.23	0.11	0.20	0.48	21,0	1.32
SEGUIMIENTO	0,66	0,90	0,55	0,20	0,25	0,85	0,25	0,00	0,00	0,27	21,0	1,19
Muestra Psiquiátrica	1.67	1.42	1.89	1.61	1.64	1.18	1.04	1.33	1.03	1.49	52.7	2.39

Destacan los comportamientos obsesivos respecto a la Preocupación por el desorden y la dejadez. La dimensión hostilidad (HOS) que alude a pensamientos, sentimientos y conductas propias de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento, puntuaban el máximo en los ítems que indican sentimientos de irritación, tener arrebatos de cólera y gritar o tirar cosas.

**Tabla 3.** Resultados del BDI

	PRE	POST
RESULTADO	10	2

— BDI: en el instrumento utilizado para evaluar los síntomas de depresión, la paciente obtuvo una puntuación directa de 10, lo cual la situaba en un nivel de depresión bajo. Ver tabla 3.

— ISRA: La paciente obtuvo puntuaciones que la ubicaban -utilizando los baremos de la muestra normal- en torno al percentil 70 en los tres sistemas de respuesta. Ver tabla 4.

— AUTOREGISTRO: como se puede ver en la tabla 5, se detectaron las situaciones que más provocaban malestar en la paciente y las distorsiones cognitivas más empleadas.

**Tabla 4.** Resultados del ISRA (Centiles)

	Cognitiva	Fisiológica	Motor	F I	F II	F III	F IV
PRE	75	70	65	125	30	22	25
POST	30	55	55	65	25	21	19

- F I: Ansiedad ante la evaluación  
 F II: Ansiedad interpersonal  
 F III: Ansiedad fóbica  
 F IV: Ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana

**Tabla 5.** Ejemplo de una hoja de autorregistro. Se proporciona a la paciente hojas de registro en las que debía anotar las situaciones que le producían ansiedad, valorando el nivel de 0 a 10 e identificando las distorsiones cognitivas que utiliza. Las situaciones que valoró más negativamente (8 ó 9) son:

Situación	Qué pienso	Qué siento	Intensidad de lo que siento (0-10)	Distorsión cognitiva
• Que su marido, el domingo se fuera a jugar temprano, sin hacerles caso en todo el día.	No nos ha hecho caso en todo el día.	No tengo energía. Estoy molesta y dolida.	9	Filtro mental Filtraje o Abstracción selectiva
• Estar todo el día en casa con su marido de mal humor y los niños alocados.	La casa me atrapa.	Ganas de llorar. Me agobia la casa desordenada.	8	Todo-Nada
• Cine. Su marido dice que no vendrá	Cree que ha metido la pata en algo.	Tristeza y soledad.	8	Personalización Razonamiento emocional.
• Su marido está serio, le duele la cabeza	Está enfadado conmigo.	Que es injusto. Me enfado, me callo.	8	Visión catastrófica Personalización Razonamiento emocional
• Desorden en casa y los niños alocados.	Que no puedo soportarlo.	Ansiedad, ira.	8	Falacia de control Visión catastrófica Magnificación

## Diagnóstico

De acuerdo con la información obtenida de las entrevistas clínicas y de los cuestionarios psicométricos se establece el diagnóstico del DSM-IV de trastorno de ansiedad no especificado [300.00]. Esta categoría incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Es un ejemplo del Trastorno mixto ansioso-depresivo que presenta síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos, aunque no se cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno del estado de ánimo específico ni de un trastorno de ansiedad específico.

La paciente presenta sintomatología ansiosa-depresiva con fuerte reactividad para expresar sus sentimientos hacia los demás significativos. Sentimientos de baja autoestima y baja expresión asertiva y de valoraciones cognitivas distorsionadas con relación a sus padres desarrolladas desde muy temprana edad que le llevan a conductas ambivalentes de impulsos desbocados de expresión emocional (hostilidad) y represión interna.

A través del diagnóstico se establecieron las áreas problema: dificultades para concentrarse, falta de energía, irritabilidad, preocupaciones, llanto fácil, hipervigilancia, desesperanza y baja autoestima. Estos síntomas provocaban malestar clínicamente significativo en el ámbito familiar, social y laboral. Los síntomas de ansiedad eran expresados mayormente a nivel cognitivo, con pensamientos tendentes a percibir lo negativo y exagerarlo. Tenía una percepción negativa de sí misma y poca autoconfianza. Además, estaba permanentemente insatisfecha con sus relaciones interpersonales y particularmente con su pareja, su madre y por el agobio que le provocaban sus hijos.

## Hipótesis explicativas

La ansiedad que presenta la paciente es provocada generalmente por cogniciones negativas que hacen referencia a su experiencia previa

(situaciones de su infancia relacionadas con la muerte de su hermano pequeño y sentimientos de abandono de su madre).

También la ansiedad puede producirse por situaciones surgidas de su vida cotidiana: el desorden en la casa provocado por sus hijos, las dificultades en la convivencia con su marido, y el persistente sentimiento de sumisión hacia su madre. Situaciones ante las que no tiene adecuado afrontamiento.

Habitualmente utiliza distorsiones cognitivas como el pensamiento catastrofista, la culpabilización, el filtraje y la personalización para interpretar la conducta de su marido. Además, la dificultad que la paciente tiene para desarrollar actividades placenteras como la pintura provocados por una falta de planificación de su vida, el tiempo que tiene que dedicar a sus hijos sin recibir ayuda de su marido, la dificultad para expresar sus sentimientos y la baja autoestima intensifican su estado de ansiedad y depresión.

## Objetivos del proceso terapéutico

### 1. Generales:

- Disminuir los niveles de ansiedad, expresados fundamentalmente a nivel cognitivo.
- Mejorar la relación con su pareja y su madre a través de una mejora de la comunicación.
- Mejorar la relación con sus hijos.
- Mejorar el nivel de autoestima.
- Entrenar en el uso de estrategias de afrontamiento para combatir las situaciones ansiógenas.

### 2. Específicos:

- Organización de su tiempo y uso de agenda.
- Cambio de conductas para incrementar las actividades distractoras placenteras.
- Entrenamiento en la práctica de la técnica de relajación para controlar y disminuir la sintomatología fisiológica de ansiedad.
- Identificar y combatir las distorsiones cognitivas generadoras de ansiedad, sustituyen-

- do los pensamientos negativos por otros más adaptativos.
- Identificar situaciones específicas de interacción de pareja que sean más conflictivas.
- Entrenamiento en técnicas operantes para mejorar el manejo de los niños.
- Entrenamiento en habilidades sociales como la conducta asertiva y la expresión de emociones y afectos.

- Identificar y potenciar los recursos personales.
- Entrenamiento en resolución de problemas.

### *Intervención*

El paquete terapéutico utilizado en esta intervención consistió en: técnicas de respiración para reducir la activación fisiológica y como estrategia de autocontrol para percibir las situaciones estresantes adecuadamente. Para

**Tabla 6.** Fases de la Intervención

Fase	Duración	Frecuencia	Técnica
Evaluación pretratamiento.	3 semanas.	Semanal.	Establecimiento de la relación terapéutica Reconceptualización del problema. Organización del tiempo
Disminuir los niveles de ansiedad, expresados fundamentalmente a nivel cognitivo.	3 semanas.	Semanal.	Reelaboración biográfica Confrontación emocional a través de la técnica de la silla vacía. Confrontación y disputa racional.
Mejorar la relación con su pareja y su madre a través de una mejora de la comunicación.	4 semanas.	Semanal.	Autoregistro de pensamientos y sentimientos Reestructuración cognitiva.
Entrenar el uso de estrategias de afrontamiento para combatir las situaciones ansiógenas.	3 semanas.	Semanal.	Entrenamiento en respiración Resolución de problemas Actividades gratificantes
Mejorar la relación con sus hijos.	2 semanas.	Semanal.	Entrenamiento en técnicas operantes: uso del refuerzo positivo, registros de actividades para los niños, tiempo fuera, refuerzo negativo.
Mejorar el nivel de autoestima.	3 semanas.	Semanal.	Entrenamiento en habilidades sociales: mejorar la expresión de dar y recibir afecto y opiniones frente a los demás. Conducta asertiva. Autoinstrucciones y autorrefuerzos.
Comprobación de los logros obtenidos. Seguimiento	2 semanas.	Quincenal.	Cierre.

ello se complementaron con autoinstrucciones y autoreforzos. Además, se emplearon técnicas cognitivo-conductuales para reestructurar las percepciones distorsionadas y la técnica de la silla vacía para favorecer la confrontación emocional. En la Tabla 6 se puede ver la secuencia de intervención a lo largo de todo el proceso terapéutico.

- Relajación mediante la técnica de respiración de Davis, McKay, y Eshelman (1985): Con esta técnica se trabajó en la disminución de la sintomatología de ansiedad a nivel fisiológico y resultó eficaz en el control de los ataques ira.
- Reestructuración cognitiva: La primera fase consistió en entrenar a la paciente en la identificación de las distintas distorsiones cognitivas basándose en la terapia cognitiva de Beck. A continuación se realizaron autoregistros para identificar la relación entre los pensamientos y sentimientos que tenía a lo largo del día, además de la identificación de las distorsiones usadas en la interpretación de los acontecimientos. Posteriormente, se trabajaron en las sesiones para modificarlos por pensamientos más adaptados. Sus distorsiones cognitivas más frecuentes fueron el pensamiento catastrofista, la culpabilización, el filtraje y la personalización para interpretar la conducta de su marido (Méndez C., F. y cols., 1999; McKay y cols., 1985).
- Técnica de resolución de problemas: Se entrenó a la paciente en esta técnica para ayudarle a resolver de forma planificada los problemas con su marido, su madre y para

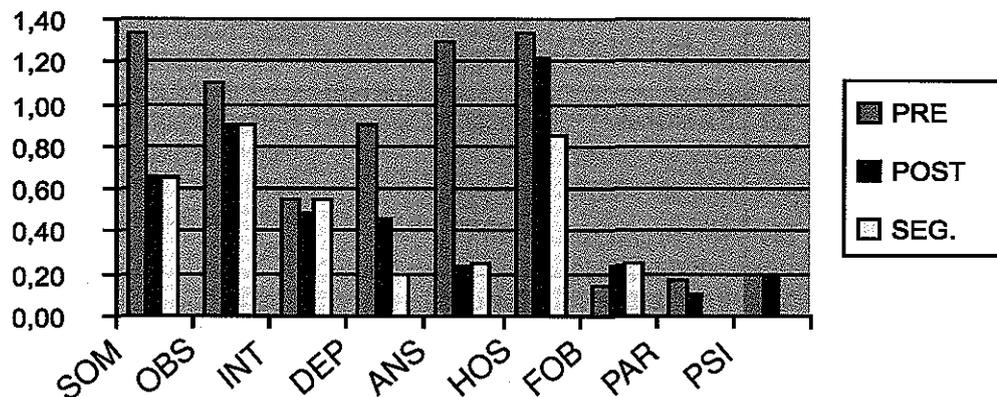
establecer sus metas futuras (D'Zurrilla y Goldfried, 1971; D'Zurrilla y Nezu, 1982).

- Habilidades sociales: se utilizó para elevar su autoestima y la expresión asertiva con relación a su pareja y su madre, además de mejorar la expresión de afecto. También se mejoraron sus relaciones interpersonales en general. (Méndez y cols. 1998).
- Técnica de la silla vacía: Una de las técnicas de la Terapia Gestáltica es la técnica de la silla vacía. Consiste en una representación dramática en la que el paciente toma alternativamente el papel de dos aspectos de sí mismo u otro significativo en un diálogo que se vale de una silla vacía como sede del otro aspecto conflictivo del paciente o interlocutor. Son pocos los métodos de intervención Gestálticos que han sido evaluados, pero recientemente algunos estudios han reconsiderado la técnica de la Silla Vacía como efectiva (Paivio & Greenberg, 1995). La eficacia de la aproximación experiencial para diferentes trastornos está empíricamente apoyada por Greenberg, Watson y Leiter (1998). La intervención experiencial, con su énfasis en la activación emocional, parece que encaja particularmente bien en el tratamiento de problemas que tienen su origen en la experiencia de traumas pasados (Paivio y Patterson, 1998; Paivio et al. 1998).

### Resultados y discusión

Los resultados post test indican un descenso importante en los valores de ansiedad y

Gráfico 1. Resultados de la aplicación del SCL-90-R pre, post tratamiento y seguimiento



depresión como se puede observar en la tablas 2, 3 y 4.

Después de cinco meses de acudir a las sesiones semanales, la paciente informa sentirse mucho mejor habiendo conseguido establecer unas relaciones familiares más estables y reducir sus ataques de ira. Los resultados obtenidos en las pruebas de post-tratamiento demuestran una reducción sustancial de la sintomatología inicial observándose una mejoría en la calidad de vida de la paciente que informa haber podido flexibilizar sus valoraciones cognitivas, conseguir una mayor aceptación de los demás y recuperar su capacidad de disfrute.

La intervención realizada con la paciente comenzó con la planificación de sus actividades en lo que respecta a horarios y metas, produciendo un sentimiento de control de su vida. El entrenamiento en técnicas operantes para emplearlo en el manejo de los niños dio como resultado el control de las contingencias que la paciente percibió con un incremento de sentimiento de control de sus hijos y de auto control de sus impulsos. Cabe destacar que el descubrimiento de sentimientos encontrados respecto de sus vivencias infantiles y la confrontación en rol playing utilizando la técnica de la silla vacía, produjo un alivio emocional y la resolución de algunos de los problemas con su madre. Posteriormente, el trabajo en asertividad y autoestima se planteó paralelamente utilizando técnicas de reestructuración cognitiva.

Durante el seguimiento tres meses después del alta, se comprueba que sigue manteniendo el estado de bienestar general obtenido al final del tratamiento a través de sus autoverbalizaciones y por los resultados en el SCL-90-R (ver gráfico 1).

### Conclusiones

Por los resultados obtenidos a lo largo del tratamiento, se podría concluir que tratamiento fue efectivo en reducir los niveles de ansiedad, en la mejoría de su estado anímico y en el sentimiento de autocontrol en general, y que esos cambios se han mantenido durante el tiempo posterior al final del tratamiento. Fue de utilidad conocer el sistema predominante en la expresión de la ansiedad a través del ISRA.

Además, el uso de los registros con el entrenamiento previo en distorsiones cognitivas permitió a la paciente identificar y modificar los pensamientos distorsionados en cuanto se producían. El uso de la silla vacía fue de importancia por lo que permitió a la paciente confrontar muy directamente los problemas que tuvieron su origen en épocas tempranas de su vida relacionados con su madre y con la muerte de su hermano. El empleo combinado de técnicas cognitivo-conductuales y otras de origen humanista, como la técnica de la silla vacía, produjeron una rápida resolución del conflicto con su madre mantenido durante muchos años de su vida.

### Referencias bibliográficas

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Davis, M., Eshelman, E. R., y McKay, M. (1988). *The relaxation & stress reduction workbook*. Oakland, CA, England: New Harbinger Publications.
- Derogatis L. R. (1983). SCL-90-R, *Administration scoring and procedures manual II*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- DSM IV (1998). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Edición española. Barcelona: Editorial Masson S.A.
- D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126.
- D'Zurilla, T. J. y Nezu, A. M. (1982). Social problem solving in adults. En P. C. Kendall (ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, vol. 1, 201-274. New York, Academic Press.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., y Lietaer, G. (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Méndez Carrillo, F.X., Olivares R., J. y Moreno G., P. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva. En José Olivares Rodríguez, y Francisco Xavier Méndez Carrillo, (eds.), *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Miguel-Tobal, J.J. (1990). La Ansiedad. En J. Mayor y J. L. Pinillos (eds.) *Tratado de psicología general. Motivación y emoción*. Madrid: Alhambra.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano V. A. (1995). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

- Paivio, S. C., y Bahr, L. M. (1998). Interpersonal problems, working alliance, and outcome in short-term experiential therapy. *Psychotherapy Research*, Vol 8(4), 392-407.
- Paivio, S. C. y Greenberg, L. S. (1995). Resolving «unfinished business»: Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, Vol 63(3), 419-425.
- Paivio, S. C. y Patterson, L. A. (1998). *Efficacy of Emotion Focused Therapy for adult survivors of child abuse*. En prensa.