

Aplicación de la reestructuración cognitiva en un proceso de psicoterapia breve desde el modelo cognitivo de Beck, en una consultante con trastorno de ansiedad relacionado al rol de ser cuidador principal de una persona con esquizofrenia

M.Psc. Jennifer Vargas Rojas
jvargas70619@ufide.ac.cr, Universidad Fidélitas. San José, Costa Rica

Abstract

The present article shows the application of Beck's cognitive therapy by means of cognitive restructuring in the case of a twenty-six-year-old patient with an anxiety disorder related to the role of being the main caregiver of a schizophrenic sibling. A brief therapy process, consisting of ten sessions, was carried out with the aim of reducing the obsessive thoughts related to the responsibility of caring for her sibling and in this way being able to focus on her self-care. To achieve this goal, the strategies used include psychoeducation, cognitive restructuring, self-registration, and a variety of tasks to practice at home what she learned in therapy.

At the end of the Beck's cognitive psychotherapy process, through the quantitative and qualitative results (LSB-50, changes in the results of the benchmarked mood states and the patient's verbal report), it was concluded that the psychotherapeutic approach produced the expected improvement results in terms of the patient's self-regulation of anxiety levels. As a result, her main clinical symptoms decreased, which had an impact on her quality of life when she started to give importance to her self-care without feelings of guilt.

Keywords: Cognitive restructuring, Beck's cognitive model, Anxiety, Primary caregiver, Schizophrenia.

Resumen

En el presente artículo se muestra la aplicación de la terapia cognitiva de Beck mediante la reestructuración cognitiva en un proceso de psicoterapia breve en una consultante femenina de 26 años con trastorno de ansiedad relacionado al rol de cuidador principal de un hermano con esquizofrenia. Se llevó a cabo un proceso de terapia breve que constó de diez sesiones, las que estaban orientadas a la disminución de los pensamientos obsesivos relacionados con la responsabilidad de cuidado que tenía por el hermano, y de esta forma centrarse más en su autocuidado. Para el logro de este objetivo se emplearon técnicas tales como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, los auto registros, el control del estado de ánimo y tareas conductuales para casa.

Una vez finalizado el proceso de terapia cognitiva de Beck, se pudo constatar por medio de los resultados cuantitativos y cualitativos (LSB-50, los cambios en los resultados del control del estado del ánimo y el reporte verbal de la consultante), que el abordaje psicoterapéutico generó los resultados de mejoría esperados, en cuanto a la autorregulación de los niveles de ansiedad de la consultante, como consecuencia disminuyeron sus principales síntomas clínicos, esto impactó en su calidad de vida al empezar a dar importancia a su autocuidado, sin experimentar sentimientos de culpa.

Palabras clave: Reestructuración cognitiva, Modelo Cognitivo de Beck, Ansiedad, Cuidador principal, Esquizofrenia.

1. Introducción

Para la terapia cognitiva "la esencia de la ansiedad se encuentra en la interpretación errónea o exagerada de la amenaza ante una situación o circunstancia anticipada que es percibida como significativa para los recursos vitales de la persona." (Clark y Beck, 2012, p. 65). De esta forma la literatura evidencia que "La ansiedad, por lo tanto, es el producto de un sistema de procesamiento de información que interpreta una situación como amenazadora para los intereses vitales y para el bienestar del individuo" (Clark y Beck, 2012, p. 71).

Al analizar entre las diversas terapias para el tratamiento de una persona con ansiedad se llegó a la conclusión que las terapias de tipo cognitivas son una propuesta exitosa en los trastornos de ansiedad, e inclusive hay estudios que han demostrado por medio de la neuroimagen la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de la ansiedad en donde han concluido que se producen cambios cerebrales relacionados con la fisiopatología de la ansiedad (Moreno, 2016). Una de las ventajas teórico-técnicas de la terapia cognitiva es que se basa en un modelo estructurado y de duración breve, además tal como lo menciona Beck (2006) en uno de los principios de esta terapia, la misma está centrada en los objetivos que se propusieron ante los problemas determinados.

La Terapia Cognitiva de Beck, está indicada para el diagnóstico tanto de depresión como de ansiedad ya que como Clark y Beck (2012) mencionan ya van más de 20 años en los que se ha investigado la efectividad del modelo cognitivo de la ansiedad, incluso se han realizado protocolos de tratamiento, y detallan que hay docenas de estudios que demuestran con resultados la eficacia de la terapia cognitiva para la ansiedad. Eficacia que se demuestra cada vez que se usa la misma, y en ciertos casos lo documentan al concluir que “Dentro de los tratamientos que han mostrado mayor eficacia se encuentra la terapia cognitiva de Beck” (Restrepo, 2023, p. 6).

Por otra parte, es fundamental desarrollar la relación que existe entre la ansiedad y el rol de ser cuidador principal de una persona con esquizofrenia, debido a que esto puede llegar a detonar una afectación clínica, tal como lo concluyen Ayesta y Constantino (2016) en una investigación realizada con familiares de pacientes con esquizofrenia “El familiar cuidador soporta la responsabilidad del cuidado frente a la evolución de la enfermedad y la posibilidad de empeorar, implicando para él un reto, es aquí donde se ve afectada la salud física y emocional del cuidador” (p. 48). Y es que, numerosos estudios evidencian que la mayoría de los cuidadores que comienzan a serlo, no están adecuadamente preparados para ello. Presentan pocos conocimientos al respecto de todas las implicaciones el cuidado tendrá en su vida cotidiana, no han adquirido las destrezas suficientes para cuidar de su familiar y de sí mismo y tienden a subestimar los problemas y responsabilidades a los que tendrán que hacer frente (Cruz Roja Española, 2021, p.10).

Es así como el rol de ser cuidadora principal puede llegar a pensamientos recurrentes de responsabilidad que crean afectaciones significativas. Beck (2006) explica que “el modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes” (p. 17).

De acuerdo con Beck (2005) citado por Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) en la ansiedad las creencias subyacentes de peligro predisponen a los individuos a 1) Restringir su atención a posibles amenazas en su entorno, 2) interpretar catastróficamente los estímulos ambiguos, 3) subestimar los propios recursos de afrontamiento, 4) subestimar la probabilidad de que otras personas puedan ayudarle si se encuentra en peligro, 5) llevar a cabo conductas de seguridad disfuncionales como la evitación o huida (p. 376).

De este modo Leahy (2018) recuerda que para ello el terapeuta tiene un rol claro, que consiste en que este: alienta el escepticismo respecto a cualquier pensamiento que incapacite al paciente y señala que como todos los pensamientos tienen consecuencias, deberían ser evaluados para comprobar si son pragmáticos o si se ajustan a los hechos. Es decir, un acercamiento empírico a la realidad (p.20).

Aunado a lo anterior, la evidencia indica que con esta terapia se pueden obtener resultados exitosos y evitar recaídas “al menos en los trastornos de ansiedad y en el trastorno depresivo mayor, la terapia cognitiva y el tratamiento farmacológico parecen igual de eficaces a corto plazo” (Labrador, 2008, p. 529).

2. Metodología

Este artículo tiene como finalidad demostrar la aplicación de la reestructuración cognitiva en el caso de una consultante con un diagnóstico previo de trastorno de ansiedad emitido por un médico general de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), categoría que según la American Psychiatric Association (APA, 2014) aplica cuando en la persona predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causa malestar clínicamente significativo, y se puede dar en ocasiones que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico.

Diseño

El presente es un estudio de caso clínico, el cual de acuerdo con Fernández (2020), citando a Alonso et al., (2007), menciona que “el estudio de caso es un cuadro global en el que se insertan y disponen ordenadamente los datos significativos” (p. 8). Además, indica que este tiene como utilidad probar una técnica que en la práctica clínica ya dio resultado, tal como se hizo en el presente caso.

Participante

El proceso terapéutico se llevó a cabo con una mujer de 26 años, costarricense, soltera, cursa los estudios universitarios y ayuda a atender una finca junto con sus padres. La consultante fue referida a la universidad en donde se realizó la intervención como parte de un trabajo final de graduación, por una asociación privada que trabaja por la Salud Mental de personas con esquizofrenia y sus familiares. Tal como se mencionó la consultante llega con una epícrisis de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)

cuyo diagnóstico es Trastorno de Ansiedad (F419), según el CIE-10, sin embargo, al utilizar la adaptación al DSM-5 se observa que se trata de “Otro Trastorno de Ansiedad no especificado” 300.33 (F41.9).

Mencionó como motivo de consulta lo siguiente *“básicamente me cuesta el manejo de muchas cosas desde que comencé, con la ansiedad mi vida ha cambiado mucho desde ese momento, me cuesta muchísimo manejar las emociones”*. Presentaba una preocupación constante e ideas repetitivas por el miedo a que su hermano con diagnóstico de esquizofrenia pudiera volver a afectar a su familia, además de valoraciones sesgadas y exageradas de responsabilidad que se han vuelto irracionales y le generaba estrés, así como ansiedad, razón por la cual había dejado de lado su autocuidado por estar atenta a la salud de su hermano.

Se inició el proceso una vez que la persona firmó el consentimiento informado donde se acata lo establecido en el Código de ética y deontológico (2019) del Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica (CPPCR), en sus artículos 9, 32,33, 34. Además de los “Lineamientos del CPPCR para el Uso de la Psicología en Línea” en caso de ser necesario la atención en telepsicología por la emergencia nacional ante el COVID-19.

Instrumentos y técnicas

Para corroborar el diagnóstico y con el fin de elegir el mejor proceso de intervención se realizó lo siguiente:

- Entrevista clínica semiestructurada, con la cual se busca obtener la mayor cantidad de información de la consultante por medio de la ficha de identificación, el motivo de consulta, la historia longitudinal y la historia clínica de relevancia con la cual se efectuó el análisis funcional de la conducta, además de obtener los antecedentes familiares e históricos de la consultante.
- Examen mental, con el cual se evalúa el estado mental de la consultante, se busca detectar signos y síntomas de una posible afectación, esto por medio de aspectos tales como las manifestaciones comportamentales, afectivas y cognitivas.
- Aplicación del Listado de síntoma Breves LSB-50, es un instrumento clínico cuya finalidad es la identificación y valoración clara, precisa y rápida de síntomas psicológicos y psicosomáticos en adultos, ofreciendo puntuaciones diferenciadas para las principales dimensiones psicopatológicas. De acuerdo con De Rivera y Abuín (2012) la prueba cuenta con una alta consistencia interna, además de coeficientes de fiabilidad comprendidos entre 0,79 y 0,90.

En la terapia cognitiva se pueden emplear una cantidad de técnicas para cambiar el estado del ánimo y la conducta, para el desarrollo del proceso terapéutico se implementaron como principales las siguientes:

- La Psicoeducación, en la cual se brinda información a los consultantes de manera directa, acerca de temas que desconoce y se consideran importantes de comprender antes de iniciar otro tipo de intervención (Caro, 2007). De acuerdo con Rivera (2023) citando a Hernández (2020) “cuando mejor conozca sus propias dificultades personales o el proceso patológico que padece, mejor lo puede afrontar, más recursos propios puede poner en juego y por lo tanto mejor calidad de vida puede llegar a tener” (p. 10). En este caso se brindó psicoeducación sobre el modelo cognitivo de la ansiedad, las distorsiones cognitivas y el desgaste del cuidador.
- La reestructuración cognitiva, en donde se trabaja la identificación y utilización de todas aquellas estrategias cognitivas que se consideran adecuadas para un afrontamiento efectivo y la modificación de los pensamientos disfuncionales o inapropiados, que están determinando o manteniendo el problema. Se utiliza especialmente el análisis de la evidencia confirmatoria o disconfirmatoria de pensamientos o creencias mediante diálogo socrático entre terapeuta y cliente (Ruíz et al., 2012, p. 426).
- Control del estado de ánimo, por medio del cual se puede controlar el estado anímico del consultante, tal como lo indica Beck (2006) se le enseña al consultante a proporcionar un puntaje de su estado de ánimo en una escala del 0 al 100.
- Los autorregistros, que “permiten obtener información detallada de lo que ocurre al paciente a lo largo de la semana, y sirve de línea base para comparar los cambios posteriores” (Ruíz et al., 2012, p. 387).
- Las tareas para el hogar, cuyas asignaciones se buscaron que fueran agradables y tomando en cuenta el parecer de la consultante para que ella las realizara con facilidad, y obtuviera así los beneficios que conlleva seguir ensayando lo visto en el proceso de terapia breve durante la semana.

Programa terapéutico de intervención

Se optó por elegir las siguientes áreas prioritarias de atención:

- Pensamientos obsesivos referente a su rol con el hermano
- Autoexigencia en las responsabilidades asumidas
- Dificultad para asumir su autocuidado

El programa de intervención que se resume en la Tabla 1 está diseñado para su aplicación a lo largo de diez sesiones de aproximadamente una hora de duración cada una y con una periodicidad semanal. Las sesiones se estructuraron para responder cada una a un objetivo terapéutico, con estrategias de intervención específicas, luego sesiones que buscan la prevención de recaídas, para terminar con una sesión de cierre.

Tabla 1. Resumen del proceso de intervención

Sesión	Objetivos	Actividades	Técnicas Empleadas
Nº1	Conocer el motivo de consulta, Conocer la historia del padecimiento actual Efectuar el examen mental Aplicación de Lista de síntomas breve (LSB-50)	Lectura y firma del consentimiento informado Entrevista clínica a profundidad Aplicación de Lista de síntomas breve (LSB-50)	Entrevista clínica Examen Mental LSB-50 Tarea: Realizar la lista de problemas y metas
Nº2	Convertir los problemas en objetivos de la terapia Explicación del modelo cognitivo-conductual desde su problemática	Establecimiento de los objetivos terapéuticos. Instruir a la consultante en cómo los pensamientos automáticos influyen en las emociones y reacciones. Solicitar resumen de la sesión.	Control de estado de ánimo Psicoeducación del modelo Cognitivo de la ansiedad Tarea: Registro de P.A
Nº3	Indagar el significado de los PA's, así como su validez y utilidad Búsqueda de posibles explicaciones alterativas	Revisión de la tarea para analizar los Pensamientos Automáticos por medio de preguntas específicas que exploran y evalúan la validez y utilidad de estos. Pensamientos versus posibles hechos.	Exploración de los P.A Distinguir pensamientos de hechos Tarea: Autorregistro
Nº4	Enseñar al consultante a catalogar sus distorsiones cognitivas	Explicación de cada una de las distorsiones cognitivas con ayuda del documento y la consultante va diciendo un ejemplo de su vida en el que pueda reconocer esa distorsión. Entrenamiento uso las hojas de autorregistros.	Psicoeducación distorsiones cognitivas Tarea: Categorizar las distorsiones cognitivas
Nº5	Ayudar al consultante a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales	Revisión de la tarea. La consultante elige un pensamiento que le ha afectado y mediante el diálogo socrático se analiza la peor situación, la mejor y la más realista, para crear un pensamiento racional.	Reestructuración cognitiva Descubrimiento Guiado Tarea: Biblioterapia
Nº6	Disminuir el grado de convicción de las principales distorsiones cognitivas	Se realiza un juicio donde la consultante actúa como su abogada defensora mientras el terapeuta hace de los PA's. Con la tarta de responsabilidad se analiza gráficamente la creencia de responsabilidad absoluta	Reestructuración cognitiva Análisis de responsabilidad Tarea: Tarta de responsabilidad
Nº7	Buscar las diversas evidencias acerca de un pensamiento automático que le generó ansiedad	Revisión de la tarea. Analizar una situación reciente que le generó ansiedad para determinar los PA's y reestructurarlos al buscar la evidencia a favor y en contra. Desarrollar un pensamiento alternativo más realista con la situación.	Reestructuración Cognitiva. Búsqueda de evidencia Pensamientos alternativos

N°8	Analizar la importancia y necesidad del autocuidado como un derecho	Por medio de los infográficos se le explican los síntomas del desgaste que puede enfrentar un cuidador principal. Lee la declaración de independencia de Estado Unidos haciendo énfasis en los derechos a la vida, libertad, y búsqueda de la felicidad para crear su propia declaración de derechos.	Psicoeducación sobre el desgaste del cuidador. Exploración de barreras cognitivas hacia el autocuidado. Declaración de los derechos
N°9	Enseñar estrategia de afrontamiento como	Después de hacer un ejercicio de respiración diafragmática se prevención de recaídas le solicita imaginar que situaciones y pensamientos le podrían afectar en el futuro. Con base en esos pensamientos realizar tarjetas de apoyo para que sepa cómo se puede enfrentar en el futuro.	Respiración Imaginación como estrategia de <i>coping</i> Tarjetas de apoyo: Pensamiento automático – Respuesta adaptativa
N°10	Cerrar el proceso repasando lo aprendido en la terapia Aplicación de Lista de síntomas breve (LSB-50)	Por medio de la revisión de la tarea se hace un recuento de las diversas técnicas aprendidas Imagina su “yo del futuro” y cómo las decisiones que se deben de tomar de ahora en adelante sean pensadas también en ella misma.	Resumen de las sesiones Decisión para mi yo del futuro Lecciones aprendidas en la terapia.

Nota: Elaboración propia (2021).

Es importante resaltar que, las sesiones siguieron la estructura de seis fases que propone la Terapia Cognitiva (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Para el inicio de cada sesión se siguió un patrón, donde se comienza con el control del estado de ánimo de la consultante, seguidamente se comenta lo de la sesión anterior y se revisa la tarea asignada. Posterior a esta actividad, se abarcó el objetivo de cada sesión el cual conlleva la modificación del pensamiento, para ello se utilizan diversas estrategias. Beck (2006) menciona dentro de sus principios que “la terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta” (p. 26). Esas técnicas varían en cada consultante, para ello en la tabla anterior se puede observar las utilizadas para el presente caso en particular.

Una vez finalizada cada sesión se le solicitó un resumen de lo aprendido y se asignaba una nueva tarea con el fin de reforzar los aprendizajes durante la psicoterapia, y practicar así las habilidades adquiridas.

3. Resultados

Primero, se estableció la alianza terapéutica fundamentado en un ambiente de confianza y rapport con el cual se obtuvo el finalizar el proceso terapéutico con una consultante que ya había recibido diversas intervenciones psicológicas anteriores sin los resultados que esperaba; en la actualidad indicó sentir que logró una mejoría y un impulso para retomar lo que había dejado.

Por medio de la reestructuración cognitiva, se logró que la clienta pudiera valorar de manera realista sus pensamientos y se dio cuenta que la responsabilidad ante la enfermedad de su hermano y el cuidado del mismo no es totalmente de ella; además que ceder el control no es lo mismo que abandonarlo. Aunado a lo anterior logró poner a prueba los pensamientos alternativos, con lo que pudo solicitar y obtener ayuda de su familia para el cuidado de su hermano cuando ella requiriera, lo que le hizo constatar que no está sola y puede delegar responsabilidades en las demás personas que también son capaces para hacerlo.

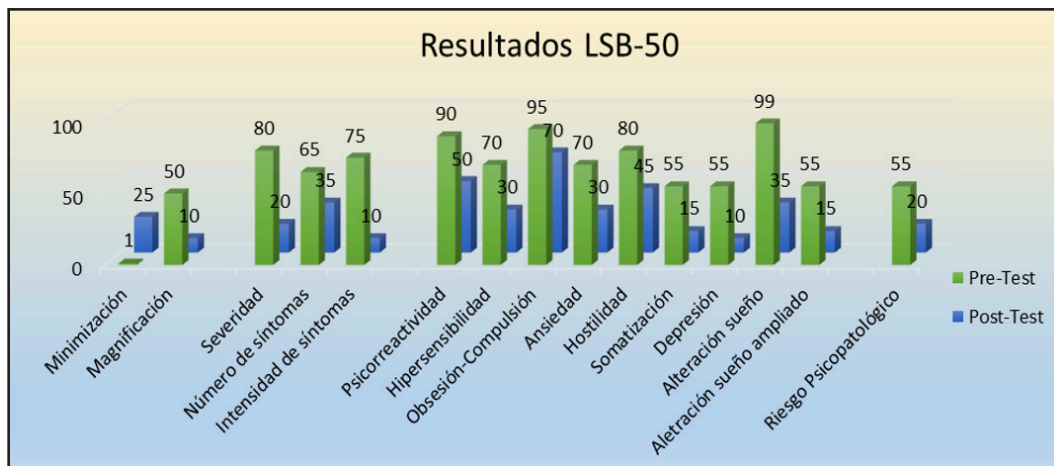
La consultante ahora es capaz de descansar mejor durante la noche, ya no presenta las dificultades para conciliar el sueño a causa de las preocupaciones; además al minimizar la autoexigencia y sus sentimientos de culpa pudo salir de su casa sin su hermano en repetidas ocasiones, tanto a la Universidad como en citas personales, inclusive pasar un fin de semana fuera de su casa sin sentirse preocupada constantemente por lo que estuviera pasando sin ella.

Así también, a través del descubrimiento guiado obtuvo nuevas perspectivas en donde reconoció que tiene derechos como persona, que no la hacen ser egoísta y valora la importancia que tiene la toma de decisiones para cuidarse a sí misma, de modo que intenta no posicionar todos sus esfuerzos en los demás, obteniendo estrategias para enfrentarse a sus pensamientos, tales como las tarjetas de apoyo en las cuales fue anotando diversas alternativas de pensamientos que fue ensayando.

Finalmente, por medio de las tareas que realizó a lo largo de la terapia se dio cuenta que invertir tiempo en ella es una necesidad, además de ser capaz de replicar lo aprendido durante las sesiones terapéuticas por su parte y enfrentarse a las situaciones que se requieran recordando las técnicas empleadas.

Como evidencia de lo anterior, en este punto se desea resaltar que, la consultante fue evaluada previo al proceso terapéutico con la prueba LSB-50 y una vez concluida la psicoterapia breve se procedió a realizar la misma prueba como post-test para obtener las diferencias, cuyos resultados se detallan en la Figura 1.

Figura 1. Resultados Pre-Test y Post-Tes del LSB-50



Nota: Elaboración propia (2021)

De acuerdo con la Figura 1, se puede observar que, todas las elevaciones que se presentaban al inicio del proceso terapéutico obtuvieron descensos significativos en la posterior aplicación de la prueba. Esto también incluye los índices generales, tales como el índice global de severidad, el índice de síntomas presentes y el índice de intensidad de síntomas presentes, los cuales representaban una visión general del nivel de sintomatología, malestar y sufrimiento que experimentaba la consultante.

Respecto las escalas clínicas que en la primera aplicación mostraron elevaciones significativas ahora se logran encontrar mejoras claramente visibles, por ejemplo, las alteraciones del sueño, la obsesión-compulsión y la psicorreactividad; estos datos obtenidos reflejan que la consultante ahora se encuentra en capacidad de tener un sueño más tranquilo, sin tantos despertares durante la madrugada o inclusive con los episodios de insomnio que estaba empezando a presentar debido a los pensamientos recurrentes que le inundaban la mente, los cuales se estaban volviendo obsesivos en el tema de su hermano, y la mantenían en constante alerta, ya que su forma de actuar y de pensar estaba con exceso de autoobservación.

Las escalas que en el pre-test no presentaban alteraciones lo suficientemente altas para ser consideradas clínicas, pero de igual manera estaban altas, en el post-test mostraron un descenso importante, entre ellas se pueden resaltar las escalas de ansiedad, depresión y somatización. Aunado a lo anterior el índice de riesgo psicopatológico presentó una mejoría importante después del proceso terapéutico.

Además de lo anterior, se llevaron a cabo mediciones que se hacían cada sesión en cuanto al nivel de ansiedad que se había experimentado durante la semana; esto se realizaba al inicio de la sesión por medio de la escala del control del estado de ánimo, donde la misma calificaba de 0 (nada de ansiedad) hasta 10 (máxima ansiedad percibida), la cual fue una medida importante para evidenciar si había alguna mejora en el sentir de la consultante en el transcurso de las sesiones, esta se muestra en la Figura 2.

Figura 2 . Escala de control del estado de ánimo por sesión



Nota: Elaboración propia (2022)

Tal como se muestra en la Figura 2, se obtuvo como resultado que, el estado del ánimo de la consultante fue descendiendo su malestar progresivamente, la ansiedad máxima percibida fue calificada por ella en un 9 (semana 2 del proceso terapéutico), hasta posicionarse en 1 el último día de la terapia, indicando que sus emociones actuales son de calma, tranquilidad y estabilidad, lo anterior demuestra que la terapia que se llevó a cabo resultó eficaz.

4. Discusión

Diversas investigaciones han manifestado la eficacia del procedimiento de la terapia cognitiva llegando a la misma conclusión, que el cambio de pensamiento, indudablemente modifica la manera en que las personas reaccionan y se sienten. Incluso, “hoy la neurociencia ya ha podido confirmar, mediante las técnicas de neuroimagen, el potencial efecto de la psicoterapia para modificar circuitos neuronales alterados en diferentes patologías” (Moreno, 2016, p. 3).

Con los resultados obtenidos se demuestra la utilidad de la terapia cognitiva para el tratamiento no farmacológico del trastorno de ansiedad, y es que, entre sus fortalezas se encuentran que es una terapia que busca centrarse en los problemas actuales del consultante, es decir, lo más urgente y para ello se utilizan técnicas que cuentan con evidencia empírica que comprueban sus resultados, los cuales han sido asociados a resultados con efectos potenciales a largo plazo más fuertes que la farmacoterapia (Fernández, 2020).

Tal como se mostró en el presente caso, la consultante, al ser la cuidadora principal de su hermano, estaba sufriendo de ansiedad, misma que afectó primeramente su cognición, proporcionando inseguridad, miedos y preocupaciones que se volvieron irracionales que en consecuencia le desgastaban y debilitaban. En ese sentido, la evidencia de este trabajo es coherente con lo mencionado por Ayesta y Constantino (2016) al mostrar que la presencia de indicadores de ansiedad es común en el caso de las personas cuidadoras, el exceso de estrés deteriora también su salud física, generando un abandono personal el cual se va dando como resultado la incapacidad de continuar con su atención personal en las diferentes necesidades, desde las básicas, hasta las de mayor complejidad, a causa de ello puede llegar a abandonar sus proyectos de vida. Considerando lo anterior hay que tener presente a los familiares de los consultantes con algún trastorno mental grave, ya que según Ayesta y Constantino (2016) es esperable que esto suceda si no se gestiona adecuadamente la tarea.

En el presente estudio de caso fue el miedo por lo que podría pasar si ella como cuidadora principal no está y el pensamiento de incapacidad de las demás personas para hacerse cargo, así como la visión catastrófica y sentimientos de responsabilidad absoluta, lo que hacían que la consultante se consumiera en las diferentes actividades de cuidado y preocupaciones constantes. Por lo que es silenciosamente y poco a poco, que el cuidador comienza su afectación, en ocasiones llegando a niveles grandes de autodestrucción sin que se hubiera dado cuenta antes, es por ello que no se debe esperar a llegar a niveles tan avanzados, ya que cuidar a una persona con esquizofrenia puede elevar el estrés, debido a que implica brindar diversos cuidados para ayudarles en su salud física y emocional, por cual es importante solicitar ayuda familiar, de los centros de salud, o diversas organizaciones como La Asociación para la Promoción de la Salud Mental (APROSAM) donde le brindaron este apoyo (Ayesta y Constantino, 2016).

Fue en el proceso de psicoterapia breve que la consultante pudo irse encaminando a lograr lo que menciona Fernández (2020):

“(…)identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. De esta forma, el paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, a través de la reevaluación y modificación de sus pensamientos (p. 86)”.

Para ello, la psicoeducación fue una técnica eficaz para ayudar a que la consultante se diera cuenta cómo sus pensamientos estaban afectando su estado de ánimo y las relaciones con sus familiares al anticiparse a situaciones desde una perspectiva catastrófica. Además, con el diálogo socrático y el descubrimiento guiado la consultante logró identificar sus pensamientos intrusos, negativos y obsesivos, los cuales le hacían sentir culpable, fue así como se llegó a la reestructuración cognitiva para entender que no es la única responsable de su hermano y que inclusive, lo que se debe buscar es la independencia de este en lo que se pueda, así como pedir la ayuda de sus demás familiares y manejar mejor el tiempo al no dejarse de lado puesto que comprende que también es una persona y tiene derechos.

Cuando la consultante cambió sus cogniciones negativas por pensamientos más realistas y creó autoafirmaciones, se regularon sus niveles de ansiedad, estrés y preocupación. Al darse esta reducción de forma sustancial en la sintomatología ansiosa, el malestar asociado tal como las alteraciones del sueño, los pensamientos obsesivos, y la hipervigilancia disminuyeron haciendo así que el índice de riesgo psicopatológico descendiera.

Además, tanto la consultante como su hermano se pueden ver beneficiados como resultado de la terapia, ya que el rol del cuidador desde una persona que está estable es de mayor beneficio para la persona que cuida “El familiar cuidador del enfermo con esquizofrenia, es figura clave en todo el proceso de atención” (Ayesta y Constantino, 2016, p. 42). El familiar al realizar el cuidado a la persona con esquizofrenia va a constituir una valiosa herramienta para su atención, pues este debe hacerse con dedicación y afecto volviéndose una tarea que conlleva esfuerzo y entrega, necesitando una gran dosis de empeño y voluntad. (Ayesta y Constantino, 2016).

Finalmente, el aprendizaje en las diferentes técnicas utilizadas se puede seguir manteniendo en el tiempo, la consultante cuenta después de la intervención con la capacidad de autoanálisis en su forma de pensar, para ser utilizada en cualquier evento futuro. Es debido a lo anterior que no se debe olvidar que el terapeuta cognitivo conductual es un facilitador, que colabora para que se dé el aprendizaje del procedimiento en una situación específica que le ayude a pensar y por ende a actuar de una manera más realista a las situaciones que se deba de enfrentar, no creyendo lo primero que se le viene a la mente cuando se está sobre cargado, ansioso, o desgastado, sino filtrando la información para evitar así una posible psicopatología.

5. Conclusiones y recomendaciones

1. Los profesionales de psicología que deseen emplear el modelo de TCC para un adecuado proceso terapéutico deben conocer y seguir la guía de estructura que Beck marca para poder hacer una terapia eficaz, en donde se siga el paso a paso lo que indica el autor, pero sin olvidar las características ideográficas del consultante para de ese modo investigar las técnicas que han comprobado ser más efectivas, y de ese modo adaptarlas a la realidad de cada consultante.
2. La estructura que el terapeuta proponga para esa persona no es rígida, y de ser necesario se deben posponer las sesiones planificadas, en el caso particular para intervenir las posibles crisis del consultante, pero siempre manteniéndose en el modelo y ver en estas situaciones una oportunidad para provechar recordar al consultante cómo resolver por sí mismo las situaciones utilizando lo aprendido hasta ese momento.
3. El proceso de psicoterapia breve desde el modelo cognitivo de Beck resultó ser bastante efectivo al implementar las técnicas que buscan lograr la reestructuración cognitiva ya que esta ayuda a los consultantes a tomar conciencia de sus distorsiones cognitivas y a partir de dicha conciencia empezar a trabajar en posibles soluciones, percatándose de que es posible desenfocarse de sus problemas y además incentivarlas a la autorreflexión por medio del uso de diversas estrategias que enseña la terapia cognitiva, en donde la persona aprende a analizar los pensamientos y creencias que posee. La eficacia obtenida es congruente con los estudios previamente consultados (Bahamón, 2012., Fernández, 2020., Moreno, 2016., y García et al., 2012).
4. Las personas que tienen un diagnóstico nosológico de esquizofrenia necesitan de un adecuado cuidado y seguimiento, un aporte fundamental son las redes de apoyo que muchas veces se trata de la familia, y es que la relación que existe entre ellos es recíproca “entre el 83% al 95% de los familiares de pacientes con esquizofrenia experimentan una importante sobrecarga que reduce la calidad del cuidado, poniendo en riesgo a ambos” (González-Fraile, et al., 2018, p. 114).

5. Es debido a lo anterior que se recomienda a los profesionales que atienden consultantes con diagnóstico mental grave que no deben olvidarse de la salud mental de los familiares, ya que como se pudo observar, los cuidadores principales pueden llegar a sufrir una serie de malestares psicológicos, biológicos y sociales que pueden detonar en una psicopatología, ante esto, diversos estudios han relacionado la sobrecarga del cuidador con problemas como ansiedad o depresión que puede ser prevenible y/o tratable si se realiza una intervención oportuna y eficaz. Es necesario, desarrollar programas efectivos de atención a los cuidadores principales, pero enfocados directamente en ellos, y no solo en la persona con la enfermedad mental grave, para ello se pueden replicar casos de terapia exitosos, ya sean de manera individual o grupal según sea la posibilidad, y fomentando lo más relevante, al respecto González-Fraile et al., (2018) en el estudio sobre la efectividad de la psicoeducación a cuidadores principales de personas con esquizofrenia mencionan algunas de las necesidades más frecuentes de los cuidadores tales como: información sobre la enfermedad, el manejo conductual, el afrontamiento adaptativo ante posibles crisis, el apoyo emocional y el propio malestar emocional experimentado.

6. Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM.5. (5ª Ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Ayesta, G. y Constantino, F. (2016). El cuidado a la persona con esquizofrenia desde la perspectiva del familiar cuidador. *ACC CIETNA*, 3 (1), 39-49
- Beck, J. (2006). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa Mexicana, S.A.
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales*. DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastorno de ansiedad*. Ciencias y práctica. DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
- Cruz Roja Española. (2021). Guía Básica para cuidadores. [PDF].
http://www.cruzroja.es/docs/2006_3_IS/Guia_Cuidados_Baja.pdf
- De Rivera, L. y Abuín, M. (2012). LSB-50. *Listado de Síntomas Breves*. TEA Ediciones.
- Fernández, M. (2020). Efectividad de la intervención Cognitivo-Conductual en una paciente con trastorno de depresión mayor con respuestas de ansiedad: estudio de caso único. (Tesis de Maestría en Psicología inédita). Universidad del Norte. <https://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/9947#page=1>
- González-Fraile, E., Bastida-Loinaz, M., Martín-Carrasco., Domínguez-Panchón, A. y Iruin-Sanz, Á. (2018). Efectividad de una Intervención Psicoeducativa en la Reducción de la Sobrecarga del Cuidador Informal del Paciente con Esquizofrenia. *Psychosocial Intervention*. 27(3) 113-121
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Ediciones Pirámide
- Leahy, R. (2018). *Técnicas de Terapia Cognitiva, Una guía para profesionales*. Librería AKADIA Editorial
- Moreno, V. (2016). *Evidencia de la eficacia de la terapia cognitivo conductual, mediante neuroimagen, en trastornos de ansiedad*. (Trabajo Final de grado inédito.). Universidad Autónoma de Barcelona. <https://ddd.uab.cat/record/169278>
- Muñoz, M., Ausín, B., y Panadero, S. (2019). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. (2ª Ed). Editorial SINTESIS.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, F. (2010). *Desarrollo Humano*. (11ª Ed.). Mc Graw Hill.
- Restrepo, Y. (2023). Evaluación De La Terapia Cognitivo Conductual Aplicada A La Depresión Y Ansiedad Durante La Pandemia De Covid19 A Los Trabajadores De La Salud Año 2020 En Colombia. (Trabajo Final de grado inédito.). Universitaria Antonio José Camacho. <https://repositorio.uniajc.edu.co/bitstream/handle/uniajc/1571/TG-Yuli%20Tatiana%20Restrepo%20Pasaje.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Rivera, F. (2023). Estudio de caso: Ansiedad e ira desde la Terapia Cognitivo Conductual. (Trabajo Final de grado inédito.). Universidad europea Madrid. <https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/4924?show=full>
- Rojas, Z. (s.f.). El examen Psiquiátrico del Paciente. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/examenpsiquiatria.pdf>
- Ruiz, M.A., Díaz, M.I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual*. Desclé De Brouwer, S.A.