



# UADY

UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
DE YUCATÁN

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

## **SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE: UN ESTUDIO DE CASO DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL**

### **TESIS**

PRESENTADA POR

**STEPHANYE GABRIELA COVARRUBIAS PRECIADO**

EN SU EXAMEN DE GRADO

EN OPCIÓN AL GRADO DE

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE CLÍNICA PARA  
ADULTOS**

DIRECTOR(A) DE TESIS

**RICARDO RAFAEL RAMÓN CASTILLO AYUSO**

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO 20 DE SEPTIEMBRE

2018

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 619628 durante el periodo de agosto 2016-julio de 2018 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.

## **Agradecimientos**

Agradezco a mi madre por estar apoyándome en cada meta que he querido alcanzar, a pesar de las dificultades o los obstáculos que en ocasiones se han presentado, has estado ahí para apoyarme en todos los sentidos y has creído en mí incluso cuando yo he dudado.

A mi padre, aún a la distancia, ha podido estar ahí de cierta manera y que me ha brindado uno de los mejores regalos, una educación de calidad, no está de más decir que ambos me dieron la oportunidad de una buena educación pero también me enseñaron infinidad de cosas desde casa y sobretodo, a luchar a pesar de cualquier circunstancia, a trabajar por todo lo que deseo y no rendirme nunca.

A mi hermana, que aún recuerdo como me ayudaba en las tareas de la casa, cuando era pequeña, y sobre todo por tenerme paciencia cuando me enseñaba cosas que me eran difíciles de entender, ya sabemos que las matemáticas nunca fueron lo mío, gracias por ser y por estar, por darme el ejemplo de tu profesionalismo y cariño por lo que haces.

Agradezco infinitamente a mi director, supervisor y maestro que estuvo dispuesto siempre a enseñarme todo lo que él había aprendido a lo largo de su carrera, pero que también supo escucharme cuando tenía dudas o ideas de las cuales no estaba segura y que sobretodo, me hizo pensar que podía creer en mí misma y tenía la capacidad incluso cuando yo dudaba, gracias por la amabilidad, la paciencia y sobretodo por todas las enseñanzas, espero un día ser una gran terapeuta como usted.

A Bernardo que siempre estuvo ahí, que supo hacer la distancia pequeña y me apoyó en todo momento, que me motivó a hacer las cosas cuando estaba por desistir o cuando tenía miedo de fallar, que me escuchó siempre a pesar de que algunas veces no

sabía de los terminos de los que hablaba y que me acompañó en todo este camino con altos y bajos.

A mis compañeros, por todo lo que pudo aprender de ustedes en el camino, lo hicieron más fácil, agradable y sobretodo lleno de amistad, compañerismo, consideración, empatía, entre muchas otras cosas que me hicieron disfrutar aún más.

A mis amigos psicólogos, aprendí aún más de ustedes, no sólo como profesionales, sino como personas, fueron una guía en ocasiones, fui una guía otras veces y crecimos, erramos, aprendimos y mejoramos juntos, me da gusto haberlos encontrado en el camino, muchas gracias.

## Tabla de contenidos

Resumen.....	8
1. Introducción.....	9
1.1. Planteamiento del problema y Justificación.....	9
1.1.1. Conveniencia.....	9
1.1.2. Relevancia social.....	9
1.1.3. Implicaciones prácticas.....	10
1.1.4. Interés personal.....	10
1.2. Objetivos de la investigación.....	11
1.2.1. Objetivo General.....	11
1.2.2. Objetivos Específicos.....	11
1.3. Preguntas de investigación.....	11
1.4. Marco Teórico/Referencial.....	12
1.4.1. Síndrome de Intestino Irritable.....	12
1.4.1.1. Prevalencia del SII en adultos.....	12
1.4.1.2. Diagnóstico y sintomatología.....	12
1.4.1.2.1. Roma IV.....	12
1.4.1.2.2. Tipología.....	13
1.4.1.3. Causas.....	13
1.4.1.4. Consecuencias.....	14
1.4.1.5. Tratamiento.....	15
1.4.1.6. Relación del SII y aspectos psicológicos.....	15

1.4.2. Ansiedad.....	15
1.4.2.1. Características.....	16
1.4.2.2. Diagnóstico.....	17
1.4.2.2.1. DSM V.....	17
1.4.2.2.2. IDARE.....	18
1.4.2.3. Consecuencias.....	19
1.4.3. Psicoterapia cognitiva conductual.....	19
1.4.3.1. Antecedentes.....	19
1.4.3.2. Generalidades.....	19
1.4.3.3. Terapia Racional Emotiva Conductual.....	21
1.4.3.3.1. Conceptos básicos.....	21
1.4.3.3.2. Técnicas.....	26
2. Evaluación diagnóstica del problema o necesidad sentida .....	31
2.1. Descripción del escenario y participantes.....	31
2.2. Instrumentos, técnicas y/o estrategias utilizadas.....	33
2.3. Procedimiento.....	35
2.4. Informe de resultados de la evaluación diagnóstica.....	36
3. Programa de intervención.....	39
3.1. Introducción .....	39
3.2. Objetivos.....	39
3.3. Intervención.....	40
3.3.1. Estructura de las sesiones.....	41
4. Resultados de la intervención.....	47
4.1. Evaluación de los efectos y/o procesos.....	47

4.2. Cambios registrados.....	51
4.2.1. Reporte de Sesiones.....	51
5. Discusión y conclusiones.....	75
Referencias.....	78
Anexos.....	81

## RESUMEN

El Síndrome de Intestino Irritable (SII), es una enfermedad crónica e incapacitante que tiene importantes consecuencias en la calidad de vida de las personas, esto debido a que afecta diversos ámbitos de la vida, entre ellos la psicológica, social y laboral. En algunos países de América latina como Brasil, México, Uruguay y Colombia se observa una prevalencia entre el 8% y 19% total de la población, siendo un pequeño porcentaje el que resulta beneficiado de las intervenciones médicas actuales, resultado de la influencia de diversos aspectos psicológicos, como la ansiedad y la depresión.

La presente investigación tiene como propósito conocer el impacto de una psicoterapia cognitiva conductual en una mujer adulta que presenta SII relacionado con padecimientos psicológicos, específicamente ansiedad, la cual no ha respondido a un tratamiento médico anterior. Como método de investigación se llevó a cabo un estudio de caso de una intervención psicoterapéutica, la cual constó de catorce sesiones, en las cuales se trabajaron directamente la identificación y registro de los pensamientos de la paciente sobre el padecimiento, el debate de las creencias irracionales y la creación de nuevas ideas alternativas, todo ello basado en la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis.

Dicha intervención tuvo resultados directos en los pensamientos irracionales que tenía la persona sobre el SII y esto, a su vez, permitió que pudiera existir un cambio en las consecuencias tanto en su estado de ánimo, como en la conducta, resultado de los pensamientos alternos, así como un cambio en la frecuencia, duración y gravedad de la sintomatología.

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Planteamiento del problema y Justificación**

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es una condición crónica e incapacitante que afecta la funcionalidad psicológica y social, además es un desorden común que genera altos costos significativos en el sector salud (Spiller, 2007). El tratamiento médico para esta condición es usualmente insatisfactorio, la heterogeneidad de los mecanismos fisiopatogénicos, la elevada respuesta al placebo, la asociación con mayor ansiedad e hipervigilancia, así como la falta de marcadores biológicos, hacen que la respuesta a los tratamientos sea parcial o nula hasta ahora (Tawil, 2012).

La siguiente investigación pretende explorar el impacto de una intervención psicoterapéutica bajo el enfoque cognitivo conductual, en una paciente mujer de 40 años de la ciudad de Mérida, Yucatán, que presenta sintomatología perteneciente al SII y rasgos de ansiedad, la cual no tuvo mejorías con un tratamiento médico anterior.

#### **1.1.1. Conveniencia.**

Los trastornos funcionales digestivos son muy comunes y constituyen un 12% de las visitas a los clínicos generalistas y más de un tercio de las consultas al gastroenterólogo, lo que representa una enorme carga económica derivada en gastos de atención, medicamentos y ausencias laborales (Man & Bustos, 2013). Se continúa invirtiendo una gran cantidad de dinero en esta problemática, debido a que muchos de los pacientes reciben medicamento y atención médica durante toda su vida, sin contemplar si algunos de ellos podrían beneficiarse con un tratamiento psicológico, por lo tanto, se plantea que esta alternativa podría ser significativa para el tratamiento del padecimiento.

#### **1.1.2. Relevancia Social.**

De acuerdo con Valenzuela (2004), en los países latinoamericanos como Brasil, México, Uruguay y Colombia, se observa una prevalencia entre el 9 y 18%, considerándose al SII como una enfermedad de gran impacto en la calidad de vida. La falta de comprensión de esta patología, la ausencia de marcadores biológicos, los múltiples mecanismos fisiopatogénicos involucrados, la elevada comorbilidad psicopatológica y la falta de respuesta a los tratamientos instaurados, hacen del SII una entidad que altera la Calidad de Vida y provoca elevados gastos en salud (Tawil, 2012). Se desea contribuir al impacto que tiene en la Calidad de Vida de los pacientes con el SII que no han tenido respuesta a los tratamientos ya existentes, a través de una psicoterapia cognitivo conductual.

### **1.1.3. Implicaciones prácticas.**

En los últimos años se ha visto un incremento en la investigación del SII, QUE VAN desde estudios exploratorios, hasta de correlación. En una investigación compuesta por estudios de caso de pacientes con y sin el SII, el 79,1 % de los pacientes con esta enfermedad presentaron estrés, 71,48 % depresión y 73,49 % ansiedad. (Díaz & Arrieta, 2010) explican cómo esto tiene una fuerte relación con los riesgos para la enfermedad. Sin embargo, continúaN sin contemplarse los factores psicológicos que el síndrome tiene.

### **1.1.4. Interés personal.**

Ha sido de mi interés desde hace algún tiempo la somatización de los conflictos psicológicos, en especial en pacientes con ansiedad, me llama la atención cómo aspectos psicológicos pueden afectar de cierta manera la salud física cuando se van dejando de lado.

El SII empezó a ser parte de mi repertorio de intereses debido a que familiares y amigos lo han padecido desde años atrás y no ha mejorado con ningún tratamiento médico, lo cual me pareció muy interesante en su momento y decidí buscar más sobre el tema, viendo su relación con el estrés y la ansiedad y encontrando que uno de los tratamientos

más recomendados es la terapia con enfoque Cognitivo Conductual, el cual también es de mi agrado y he estado trabajando sobre él.

## **1.2. Objetivos de la investigación**

### **1.2.1. Objetivo General.**

Evaluar el impacto de una intervención Cognitivo Conductual en una paciente con síntomas de SII y rasgos de ansiedad, la cual no responde al tratamiento médico anterior.

### **1.2.2. Objetivos Específicos.**

Diseñar una intervención Cognitivo conductual para una paciente con síntomas de ansiedad que presenta SII en la cual no haya tenido resultados favorables un tratamiento médico anterior.

Determinar si existe una relación entre los síntomas de la ansiedad y el SII.

Explorar si existen diferencias en la frecuencia, duración y gravedad de los síntomas del SII en la paciente a partir de una intervención psicológica Cognitivo conductual.

## **1.3. Preguntas de investigación**

¿La intervención Cognitivo conductual ejerció un impacto sobre la sintomatología en la paciente con SII?

¿Cuál es la asociación entre los síntomas de la ansiedad y el síndrome de intestino irritable en la paciente?

¿Existieron cambios en la frecuencia, duración y gravedad de los síntomas de SII?

¿Cuáles son las diferencias antes y después de un tratamiento psicológico en la paciente con SII y rasgos ansiosos?

¿Cuáles son las diferencias en la frecuencia, duración y gravedad de los síntomas del SII partir de una intervención psicológica cognitivo conductual en una paciente con rasgos DE ANSIEDAD?

## **1.4. Marco Teórico/Referencial**

### **1.4.1. Síndrome de Intestino Irritable.**

El SII ha sido catalogado como un desorden funcional crónico gastrointestinal el cual se caracteriza por frecuentes síntomas que incluyen dolor abdominal, inflamación y molestia en el colón (Kabra, 2013). Afecta entre 10 y 15% de la población adulta, con más presencia en el sexo femenino (Talley, 1991).

En Latinoamérica, específicamente en Brasil, Colombia, México y Uruguay, la prevalencia es de entre el 9 y el 18% (Bautista, 2011), siendo una de las enfermedades crónicas con más altos porcentajes.

El SII se puede definir como un trastorno intestinal caracterizado por dolor abdominal recurrente asociado con la defecación o con un cambio del hábito intestinal, ya sea diarrea, estreñimiento o alternancia de ambos, así como hinchazón o distensión abdominal. Los síntomas deben ocurrir al menos 6 meses antes del diagnóstico y estar presentes durante los últimos 3 meses (Mearin, 2016).

#### ***1.4.1.1. Prevalencia del SII en adultos.***

En la mitad de los pacientes con SII, los síntomas inician entre los 30 y los 50 años, aunque hay pacientes en quienes los síntomas comenzaron desde la infancia. Los registros en México señalan que este padecimiento se encuentra en un amplio rango de edad entre los pacientes afectados, ya que se presenta entre los 15 y los 40 años (Bautista, 2011).

#### ***1.4.1.2. Diagnóstico y sintomatología del SII.***

##### ***1.4.1.2.1. ROMA IV.***

El SII es definido según Drossman (2016) en el Consenso de Roma IV como dolor o molestia abdominal recurrente asociado a cambios en la consistencia y/o la frecuencia de

las deposiciones y que mejora con la evacuación. Los síntomas deben presentarse al menos 3 días al mes desde los últimos 6 meses.

Se menciona que los criterios de Roma tienen un valor predictivo positivo del 100% con una sensibilidad de 65% (Bautista, 2011).

Entre los criterios diagnósticos del ROMA IV se encuentran: el dolor abdominal recurrente (que es el síntoma predominante) al menos un día por semana, en promedio, en los últimos 3 meses asociado con 2 o más de los siguientes criterios:

- Relacionado con la defecación.
- Asociado a un cambio en la frecuencia de las heces.
- Asociado a un cambio en la forma (aspecto) de las heces.

#### *1.4.1.2.2. Tipología.*

El SII se divide, de acuerdo al tipo de alteración del hábito deposicional predominante, en SII con estreñimiento (SII-E) y SII con diarrea (SII-D); cuando se combinan ambos trastornos, estreñimiento y diarrea, se habla de SII de tipo mixto y SII de tipo indeterminado cuando el patrón de las deposiciones es intermedio y no puede clasificarse como diarrea ni estreñimiento (Thompson, 2006)

El SII se caracteriza por la presencia de dolor abdominal recurrente asociado a alteraciones del ritmo deposicional, ya sea en forma de estreñimiento, de diarrea, o de ambas; la hinchazón y la distensión abdominal son muy frecuentes, todo ello basado en los criterios ROMA IV (Mearin, 2016)

#### *1.4.1.3. Causas.*

A pesar de la alta prevalencia de esta condición, su fisiopatología no ha sido totalmente establecida, ya que se han encontrado hasta el momento varias causas, estando entre ellas: la hipersensibilidad visceral, la alteración en la modulación del dolor, cambios

en la permeabilidad intestinal, alteración de la motilidad, ciertos factores psicológicos (ansiedad, depresión), activación cerebral anómala con cambios en los receptores de serotonina, hipersensibilidad o malabsorción de alimentos, antecedente de infección gastrointestinal reciente y cambios en el microbioma intestinal (Longstreth, 2006)

#### ***1.4.1.4. Consecuencias.***

El Síndrome de Colon Irritable es una condición crónica e incapacitante que afecta la funcionalidad psicológica y social. Es un desorden común que genera costos significativos del cuidado de la salud, más altos que los generados por personas sin la condición (Spiller, 2007), debido a que el tratamiento médico para esta condición es usualmente insatisfactorio (Hayee, 2007). En estudios epidemiológicos se ha encontrado que los pacientes con SII tienen una baja Calidad de Vida (Jamali, 2012)

La falta de comprensión de esta patología, la ausencia de marcadores biológicos, los múltiples mecanismos fisiopatogénicos involucrados, la elevada comorbilidad psicopatológica y la falta de respuesta a los tratamientos instaurados, hacen del SII una enfermedad que altera la Calidad de Vida y provoca elevados gastos en salud (Tawil, 2012).

En empleados con este padecimiento, trae consigo varias problemáticas que ocurren con respecto a la ejecución de las actividades. Los síntomas del SII generan un pobre desempeño en el trabajo (Faresjo 2007, Pare 2006).

En general, los efectos que produce el SII han sido reportados por diferentes autores, los cuales en general coinciden en el elevado costo económico, debido principalmente al ausentismo en el trabajo/escuela y el gasto médico que conlleva. Por ejemplo, en USA estudios reportados por Drossman et al. (1993), demuestran que quienes padecen del SII han perdido en promedio 13.4 días de trabajo al año, lo cual se ha estimado que lleva a una

pérdida promedio de 250 billones de dólares. Con relación al gasto médico Talley, et al., (1995) y Drossman et al. (1993), estiman que este oscila entre los 8 y 10 billones de dólares al año. Sólo ha quedado por debajo del resfriado común como principal causa médica de ausentismo laboral (Contreras et al, 1999).

#### ***1.4.1.5. Tratamiento.***

En el SII la heterogeneidad de los mecanismos fisiopatogénicos, la elevada respuesta al placebo, la asociación con mayor ansiedad e hipervigilancia, así como la falta de marcadores biológicos, hacen que la respuesta a los tratamientos sea parcial o nula. En cuanto al manejo general, la relación médico-paciente es la base para el entendimiento de la patología y el reaseguro. Debido a la elevada asociación con depresión y ansiedad, puede resultar de utilidad toda medida orientada a reducir la exposición a situaciones estresantes. (Tawil, 2012)

En varios estudios (Spiller, 2007; Hayee, 2007; Pajak, 2013) se ha encontrado que el tratamiento psicológico ha sido efectivo en el tratamiento del colon irritable.

Las cogniciones disfuncionales son conocidas por causar un efecto a nivel físico y mental en la calidad de vida de los pacientes con el padecimiento, así como a la gravedad de los síntomas (Thijssen, 2010), estos pueden ser moldeados a través de la terapia racional emotiva conductual.

#### ***1.4.1.6. Relación del Síndrome de Intestino Irritable con aspectos psicológicos.***

El SII ha sido considerado como un desorden biopsicosocial que resulta de la interacción de múltiples sistemas, incluyendo el sistema central nervioso, la alteración de la motilidad intestinal, un incremento de la sensibilidad del intestino y factores psicológicos. (Surdea-Blaga, 2012).

En diversos estudios previos se ha encontrado que los pacientes con SII presentan mayores niveles de ansiedad (Cho, 2011) y una alta prevalencia de trastornos de ansiedad (Sugaya, 2013). El 26% de 200 pacientes con criterios diagnósticos de síndrome de pánico y ansiedad experimentó síntomas digestivos significativos, especialmente vómitos y diarrea (Díaz, 2010).

A su vez, el SII usualmente se complica con la presencia de trastornos o síntomas de ansiedad (Sugaya, 2013). Los factores psicológicos como eventos estresantes de la vida conductas mal adaptativas (Hayee, 2007), y cogniciones disfuncionales (Thijessen, 2010) juegan un papel importante dentro de la patología del colon irritable.

#### **1.4.2. Ansiedad.**

La ansiedad se ha definido como una respuesta ante estímulos que la persona percibe o interpreta como peligrosos o amenazantes, aunque no lo sean en realidad y que abarca tanto cambios o reacciones fisiológicas, afectivas y cognitivas. De acuerdo con lo anterior, la ansiedad se puede diferenciar del miedo, el cual es una reacción a amenazas predecibles y reales (Gerson, 2015).

##### ***1.4.2.1. Características.***

En otro texto publicado dieciocho años después, Ellis mantiene su tesis de dos tipos de ansiedad, ahora las reconoce como ansiedad sana y ansiedad malsana. Asume una postura evolucionista y racional, porque la ansiedad sana ha sido elaborada en la historia del ser humano y ha servido para preservar la vida y la especie humana; la ansiedad malsana es una elaboración de la persona a partir de la forma en que decide vivir su vida. Cada una tiene rasgos distintos:

a) Ansiedad sana (inquietud). Preserva la vida porque mantiene activa y vigilante a la persona sobre los riesgos que enfrenta para sobrevivir. Proporciona control de las

emociones, ayuda a la persona a alcanzar sus logros y aceptar que algunas metas son irrealizables. Como expresa Ellis, le ayuda a tener más de lo que quiere y menos de lo que no quiere. Proporciona precaución, vigilancia y alerta activa ante situaciones y creencias realistas.

b) Ansiedad malsana (preocupación). Es destructiva porque hace que la persona pierda el control sobre sus emociones, la debilita en el logro de sus propósitos y propicia que afronte desastrosamente los riesgos; la persona tiene más de lo que no quiere y tiene menos de lo que quiere. Hace que entre en pánico, que tenga fobias, miedos, horror, terror, dolores y trastornos psicossomáticos, pudiendo enfermar debido a sus propias creencias irracionales, que incluso pueden conducirla al suicidio.

#### ***1.4.2.2. Diagnóstico.***

##### *1.4.2.2.1. DSM V.*

El DSM V define a los trastornos de ansiedad como trastornos que se caracterizan por un miedo excesivo y ansiedad relacionado a perturbaciones de la conducta.

Según el Manual de Trastornos Mentales, los trastornos de ansiedad se caracterizan por un excesivo miedo o ansiedad persistente, típicamente de seis o más meses y generalmente se presenta más en mujeres que en hombres. Existen diversos trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada, fobias, trastorno de pánico, trastorno por estrés por traumático y trastorno obsesivo compulsivo, los cuales difieren unos de otros en el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad, una conducta de evitación y a qué asocian la ideación cognitiva (Gerson, 2015).

Las características clave de la ansiedad generalizada son una preocupación y ansiedad persistente y excesivo en varios acerca de varios dominios, incluyendo su desempeño en la

escuela o el trabajo, que la persona ve como algo difícil de controlar. Además, la persona experimenta síntomas físicos, incluyendo el no sentirse descansado o sentirse ansiosa o al borde, fatigarse fácilmente, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, problemas estomacales ,tensión muscular y problemas de sueño.

#### *1.4.2.2.2. IDARE.*

El IDARE es una técnica, versión española, del State- Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger (1975), la cual constituyó la prueba para la investigación de dos dimensiones distintas de ansiedad: la llamada ansiedad como rasgo y la llamada ansiedad como estado, en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, aunque posteriormente demostró ser útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y bachillerato, así como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos. Esta prueba consiste en un total de cuarenta expresiones que los sujetos usan para describirse, veinte preguntas miden la ansiedad como estado ( cómo se siente ahora mismo, en estos momentos) y veinte, la ansiedad peculiar (cómo se siente habitualmente), donde los sujetos deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem.

Las instrucciones para la realización de la prueba están impresas en el protocolo de ambas escalas, no obstante el experimentador se cerciorará de que el sujeto haya comprendido cabalmente las mismas, pues de ello depende la validez de los datos, para ello dirigirá la atención del sujeto hacia el hecho de que las instrucciones son distintas para las dos partes del inventario, y se recalca al examinado la instrucción de ahora mismo, en estos momentos, para la escala ansiedad-estado y de habitualmente para la escala ansiedad-rasgo, teniendo mucho cuidado de no influir en las respuestas del sujeto con comentarios o al responder alguna duda que este pudiera tener, además se vigila

cuidadosamente que el examinado no omita ningún ítem. Para responder a las escalas el sujeto debe vincular el número apropiado que se encuentra a la derecha de cada una de las expresiones del protocolo.

#### ***1.4.2.3. Consecuencias.***

En la actualidad, la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente, que se manifiesta en sus formas severas mediante múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. Estos factores son expresados en diferentes ámbitos como el familiar, el social o el laboral (Cuesta-Vargas, 2016)

#### **1.4.3. Psicoterapia Cognitiva Conductual.**

##### ***1.4.3.1. Antecedentes.***

La terapia Cognitiva conductual es una intervención psicológica que puede tratar tanto las creencias disfuncionales, así como los comportamientos mal adaptativos y ha probado ser un tratamiento eficaz y duradero para la ansiedad, la depresión, el miedo obsesivo y los rituales (Franklin, 2011). También ha sido bien aprovechada al utilizarse en intervenciones en muchas condiciones médicas crónicas como el síndrome de colon irritable (Pajak, 2013).

Sugaya (2013) ha sugerido que el tratamiento a partir de la terapia Cognitiva conductual tiene tres objetivos importantes: ayudar a los clientes a reconceptualizar su experiencia con el SII de una idea de impotencia a sin esperanza a inciativo y optimista, ayudar a los clientes a identificar la relación entre pensamientos, sentimientos, conductas, el ambiente y los síntomas del padecimiento, empoderar a los clientes para desarrollar e implementar progresivamente maneras más efectivas de lidiar con el colon irritable para poder mejorar su Calidad de Vida.

##### ***1.4.3.2. Generalidades.***

Uno de los fundamentos de la terapia Cognitiva Conductual es que las personas no se alteran por las cosas en sí, sino por su visión de las cosas, esto fue concluido por Ellis a través de la filosofía estoica.

El trabajo estándar en terapia Cognitiva descrito por Rush, Beck, Kovacs y Hollon (1977) y sintetizar por Clark (1995) entiende a la terapia Cognitiva como siendo “una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad. Ya que la terapia Cognitiva considera a un grupo hiperactivo de conceptos desadaptativos como siendo la característica central de los trastornos psicológicos, entonces, corregir y abandonar esos conceptos mejora la psicopatología. El terapeuta y el paciente colaboran para identificar las cogniciones distorsionadas, derivadas de los supuestos o las creencias desadaptativas, las cuales están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis lo que conduce a los individuos a ajustar su pensamiento con la realidad.

Es decir, la meta de la terapia Cognitiva está en corregir el procesamiento distorsionado de la información, así como las creencias y supuestos desadaptativos que mantienen nuestras conductas y emociones (Beck y Weishaar, 1989).

La terapia Cognitivo Conductual, de acuerdo con la teoría que la representa, contiene ciertas características principales, las cuales se concentrarán en la siguiente tabla.

1. Con límite de tiempo	15- 22 sesiones, a lo largo de 3-4 meses
2. Estructura	Cada sesión dura una hora

3. Orientada hacia el problema	El terapeuta y el paciente se focalizan en definir y resolver los problemas actuales del paciente.
4. Ahistórica	Se centra en el aquí y ahora sin recurrir a la historia pasada del paciente.
5. Método científico	La terapia supone recoger datos (problemas, pensamientos, actitudes) formular sus hipótesis, establecer experimentos y evaluar los resultados
6. Tarea para casa	El paciente debe recoger datos, verificar hipótesis y practicar habilidades cognitivas.
7. Apertura	El proceso terapéutico es abierto y explícito y el terapeuta y el paciente comparten una comprensión común de lo que está pasando en la terapia.

### ***1.4.3.3. Terapia Racional Emotiva Conductual***

Tal y como la definen Dryden y DiGiuseppe (1990) la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) sería un enfoque estructurado para la resolución de problemas emocionales en el cual el terapeuta adopta un acercamiento activo-directivo a la hora de ayudar a los clientes a resolver sus problemas. La terapia es de naturaleza multimodal, en el sentido de que el terapeuta utiliza y alienta a los clientes para que estos empleen una amplia variedad de técnicas cognitivas, en imaginación, conductuales o emotivas y evocadoras que faciliten el cambio emocional.

#### ***1.4.3.3.1. Conceptos básicos.***

Para el modelo de Ellis existen dos tipos de pensamientos, uno Racional y el otro Irracional, lo racional significa aquello que es verdadero, lógico, pragmático, basado en la realidad, por tanto facilita que la gente logre sus metas y propósitos. Fundamentalmente, se refiere, pues a dos cuestiones (Ellis, 1979a):

1. Establecer o elegir ciertos ideales, metas, valores y propósitos básicos.
2. Utilizar una forma eficiente, científica, lógico-empírica, de lograr esas metas y valores, evitando consecuencias contradictorias y perjudiciales.

Lo Irracional va a ser aquello que es falso, ilógico, que no está basado en la realidad y que dificulta o impide que la gente logre sus metas y propósitos más básicos. Aquello que interfiere con nuestra supervivencia y felicidad (Ellis, 1976). La conducta Irracional tendría, pues, los siguientes aspectos (Ellis, 1976):

1. El individuo cree que está ajustado a lo que es real o no.
2. Las personas que presentan una conducta Irracional suelen rebajarse o no aceptarse a ellas mismas.
3. Interfiere con nuestro funcionamiento satisfactorio dentro de nuestros grupos de referencia.
4. Bloquea, de forma muy clara, lograr el tipo de relaciones interpersonales que nos gustaría tener.
5. Impide que trabajemos de forma madura y productiva.
6. Interfiere con nuestros mejores intereses en muchos campos.

Lo Racional y lo Irracional nunca se definen en la TREC de forma absolutista, sino como aquello que impide el logro de metas definidas en función de los intereses y las situaciones y contextos dados de cada individuo.

Otros conceptos base de la TREC son el A-B-C. En principio, A se refiere a los hechos activadores mientras que B correspondería al bloque de pensamientos, creencias o evaluaciones de los pacientes y finalmente el bloque C serían las consecuencias emocionales y conductuales que tiene para nosotros pensar como lo hacemos ante determinados hechos activadores.

Ellis (1985b) amplió el nivel B, de creencias, para que este incluyera fundamentalmente:

1. Observaciones y percepciones no evaluados (cogniciones frías).
2. Evaluaciones positivas y negativas preferenciales (cogniciones cálidas).
3. Exigencias y evaluaciones positivas y negativas de tipo absolutista

Tal y como la define Ellis en todos sus textos y desde sus primeros trabajos (por ejemplo, Ellis, 1962) la filosofía Racional es una filosofía de las preferencias, de los deseos, frente a la filosofía Irracional que sería una filosofía de los absolutos, las demandas o las exigencias, sobre como deben ser las cosas, nosotros mismos o comportarse los demás.

Las ideas Irracionales aparecen encuadradas sobre la base de tres debes absolutistas o de tres tipos de demandas: demanda sobre el sí mismo, sobre los otros y sobre el mundo o las condiciones de vida.

Ellis asume que existen una serie de supuestos ilógicos o distorsiones cognitivas, giran fundamentalmente alrededor de la tiranía de los debo o los debo y deberías que los pacientes asumen sobre las cosas.

Los terapeutas dentro de este modelo animan a que sus clientes tengas o desarrollen deseos, preferencias, etc. fuertes, en lugar de sentimientos de abandono, rechazo o carencia de implicación o relación con las cosas.

El cambio en la TREC se relaciona con que el cliente sea capaz de internalizar tres insights principales (Dryden y DiGiuseppe, 1990). En primer lugar, que los acontecimientos pasados o presentes no causan trastornos emocionales y consecuencia conductuales desagradables, sino que, más bien es nuestro sistema de creencias sobre esos acontecimientos activadores el que nos suele crear nuestros sentimientos y conductas trastornadas.

En segundo lugar, con independencia de lo que hayamos hecho para trastornarnos en el pasado, nos causamos problemas en el presente cuando seguimos adoctrinándonos con nuestras ideas irracionales. Y, en tercer lugar, y dado que nos es más fácil y natural mantener y desarrollar esa tendencia a trastornarnos a nosotros mismos y puesto que parece que nos aferramos, fácilmente, a nuestros pensamientos autodevaluadores, sentimientos y acciones, sólo lograremos superar nuestro trastorno, a largo plazo, si trabajamos mucho y sin parar, disputando esas creencias irracionales y los efectos o consecuencias de asumir dichas creencias irracionales.

Parte de la terapia cognitivo conductual es asignar tareas a los pacientes para que lleven a casa, para elegir bien una tarea, ésta tiene que hacerse en función de las siguientes metas (Walen, DiGiuseppe y Wesler, 1980):

1. Intentar cambiar una conducta disfuncional o establecer una conducta adaptativa.
2. Reducir las cogniciones irracionales y reemplazarlas por otras más saludables y más beneficiosas para los pacientes.
3. Comprobar si los clientes han entendido adecuadamente los principios básicos del modelo.

Es importante que las tareas compartan cuatro importantes características: consistencia, es decir, que esté relacionada con el trabajo que se haya realizado en la sesión,

especificidad, deben prescribirse con un nivel suficiente de detalle y con instrucciones muy claras, un seguimiento sistemático, ser muy sistemático a la hora de programar una determinada tarea para casa en una sesión y comprobar la recepción de esta tarea y cómo le ha ido al paciente en la próxima sesión. La cuarta característica consiste en intentar dar grandes pasos, a la hora de diseñar tareas, sigue un modelo de implosión más que un modelo de entrenamiento gradual.

Para la valoración del problema de los clientes, se recomienda seguir los siguientes pasos:

- Se les ayuda a los clientes a reconocer y describir sus sentimientos inapropiados.
- Reconocer y diferenciar sus conductas auto castigadoras (ej. compulsiones, adicciones, fobias y procrastinación) de aquellas que son idiosincrásicas e inocuas (ej., devoción inusual a la socialización, sexo, estudio o trabajo).
- Se les pide que señalen los acontecimientos Activadores específicos de sus vidas que suele ocurrir antes de experimentar los sentimientos y conductas perturbadoras.
- Se evalúan y discuten las Creencias racionales que acompañan a los acontecimientos Activadores y que llevan a unas Consecuencias no perturbadoras.
- Se evalúan y discuten las Creencias irracionales que acompañan a los acontecimientos Activadores y que llevan a unas Consecuencias perturbadoras.
- Se determinan las Creencias irracionales que incluyen los absolutistas “debo” y las grades exigencias a uno mismo, a otros y al universo.
- Se descubren también las Creencias irracionales de segundo nivel que se derivan de los absolutistas “debiera” y “debo”, es decir, los “catastrofismos”, las “no soportantitis”, y las “condenas” de sí mismos y otros y las sobre generalizaciones irreales.

- Se descubren y discuten las Creencias irracionales que les llevan a la perturbación por estar perturbados, es decir, a su ansiedad por la ansiedad y a su depresión por estar deprimido.

Por último es necesario poder identificar observaciones no evaluativas, inferencias no evaluativas, evaluaciones preferenciales positivas, evaluaciones de obligación, evaluaciones preferenciales negativas y evaluaciones de obligación negativas para diferenciar las Creencias Irracionales de las Racionales.

#### *1.4.3.3.1. Técnicas.*

La clasificación de las técnicas de la TREC se puede realizar en tres tipos: Racionales o Cognitivas, Emotivas y Conductuales, las cuales permiten lograr el Insight racional intelectual y el insight emocional, así como la exposición a los eventos de una manera diferente y/o propiciar los cambios (Dryden, 1987).

A continuación se describen las técnicas cognitivas específicas del tratamiento del estudio de caso.

En la Disputa de Creencias Irracionales se pretende un trabajo activo por parte del cliente para detectar aquellos debos, aquellas ideas irracionales que le están causando sus consecuencias emocionales y conductuales.

Para refutar una Creencia Irracional deberíamos partir de tres categorías básicas. En primer lugar, detectar los debos irracionales del paciente. En segundo lugar, llevar a cabo un proceso estructurado de refutación y, en tercer lugar, la discriminación entre la filosofía racional, el debo irracional, y la filosofía racional o el debo más racional, de manera que el paciente puede elegir entre aquella alternativa de pensamiento racional o irracional que más lo va a beneficiar o compensar en su vida cotidiana.

Estas preguntas se utilizan mejor, y para el paciente va a ser más fácil utilizarlas después de haber hecho una sesión con diálogo socrático, éste sigue la línea marcada por los Diálogos de Platón.

Biblioterapia, cintas, practicar la RET con otros.

Definición, técnica mediante la cual los clientes aprenden a usar el lenguaje de manera menos castigadora.

Imagen racional emotiva (Ellis, 1979c; Mautsby & Ellis, 1974), en la cual los clientes cambian sus emociones negativas “inapropiadas” por otras “apropiadas” (C), mientras mantienen una imagen viva del suceso negativo en A.

Proyección en el tiempo (Lazarus, A.A. 1984), en ésta técnica se visualiza a intervalos regulares de tiempo qué clase de vida tendrá en el caso de que el suceso “horrible” tenga lugar. De esta forma los clientes cambian su suceso “horrible”, que lo superarán y que seguirán persiguiendo sus objetivos originales o desarrollarán unos nuevos.

A continuación se mencionarán algunas técnicas emotivas del modelo Racional Emotivo Conductual.

La actitud emocional de aceptación incondicional hace una diferenciación de las conductas desadaptativas que en ocasiones llegar a cometer, con la persona que es, para aprender a aceptarse a pesar de ellas y no hacer una generalización de su persona que lo lleve a una descripción de tipo negativa.

En el Autodescubrimiento, los terapeutas admiten que ellos han tenido problemas similares y que los han superado gracias a la RET.

Los terapeutas RET utilizan historias, leyendas, parábolas, chistes, poemas y aforismos, adjuntos a las técnicas de Refutación cognitiva (Wessler & Wessler, 1980).

En la técnica de Inversión del rol racional, se fuerzan y adoptan de forma dramática el rol de su “sí mismo” racional, cuyo objetivo es refutar adecuadamente las creencias auto castigadoras articuladas por su “sí mismo” irracional (Ellis, 1977).

Los ensayos racionales, son métodos cognitivos que facilitan conseguir el insight racional emocional. Supone que el paciente va a trabajar, a profundizar en los argumentos que han sido dados en sesión o en consulta junto con el terapeuta, va a profundizar en ellos y va a intentar ampliarlos, generalizarlos a la mayor cantidad posible de áreas de su vida. Supone una especie de adoctrinamiento cognitivo en el cual el paciente recupera, repite e intenta memorizar la mayor cantidad posible de veces todos los argumentos a favor y en contra de las ideas racionales y, supone poner en limpio los argumentos más adecuados y que mejor están ayudando al paciente para luchar contra la idea irracional.

Aprendizaje de nuevas habilidades cognitivas.

Los programas de intervención suelen incluir la enseñanza de nuevas habilidades cognitivas. La gama de dichas habilidades es muy amplia, pudiendo incluir la distracción, el entrenamiento en autoinstrucciones, el pensamiento consecuente y las habilidades de solución en problemas.

Educación emocional.

La mayoría de los programas incluyen una suerte de educación emocional o afectiva, la cual tiene por objeto aprender a identificar y distinguir las emociones esenciales tales como la agresividad, la ansiedad o la infelicidad. Los programas de intervención suelen centrar la atención en los cambios fisiológicos asociados a estas emociones (e.g., sequedad de boca, manos sudorosas, aumento del ritmo cardíaco) con objeto de facilitar una mayor conciencia respecto de la forma personal y distintiva que tiene el niño o el adolescente de manifestar las emociones.

Observación y registro de las emociones.

Pueden ayudar a identificar los momentos, lugares, actividades o pensamientos asociados tanto a las emociones agradables como a las desagradables. Se suelen utilizar escalas para valorar la intensidad de las emociones tanto en las situaciones de la vida real como durante las sesiones de tratamiento, lo que nos brinda una forma objetiva de controlar el propio rendimiento (monitoring performance) así como evaluar los cambios.

Autodominio emocional.

Los programas de intervención que abordan problemas asociados a niveles elevados de activación general (arousal) tales como, por ejemplo, los trastornos de ansiedad, las fobias y el estrés postraumático, suelen brindar habitualmente algún entrenamiento en relajación. Ello puede incluir técnicas tales como la relajación muscular progresiva, el control de la respiración o las imágenes relajantes. (calming imagery, introducción a la relajación a través de la imaginación).

Establecimiento de objetivos y reprogramación de actividades.

El establecimiento de objetivos (target setting) forma parte inherente de todos los programas de intervención cognitivo-conductuales. Se discuten y definen de mutuo acuerdo los objetivos generales (overall goals) de la terapia, lo que permitirá evaluarlos objetivamente. El logro de objetivos específicos se revisa regularmente, lo que brinda una visión de conjunto respecto de los progresos.

Estos objetivos más inmediatos pueden incluir el aumento del número de actividades que generen emociones más agradables, o bien la reprogramación del día a día con objeto de prevenir o minimizar la presencia de aquellas actividades que puedan estar asociadas a unas intensas emociones desagradables.

En la última clasificación de éste modelo, se encuentran las técnicas Conductuales o Comportamentales las cuales se llevan a cabo tanto dentro como fuera de sesión y serán descritas a continuación.

Refuerzos y recompensas.

Una de las piedras angulares de todos los programas cognitivo-conductuales consiste en reforzar positivamente las conductas apropiadas. Ello puede satisfacerse bajo a forma de un autorrefuerzo, a nivel cognitivo, a nivel material o bien de alguna actividad específica.

Prevención de Recaídas.

Se les anima a actuar para evitar recaídas, aceptarse a sí mismos cuando recaen y a usar estrategias de autoayuda.

## **2. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL PROBLEMA O NECESIDAD SENTIDA**

### **2.1. Descripción del escenario y participantes**

El proceso se realizó en una clínica externa de atención psicológica a población de la ciudad de Mérida, Yucatán. En esta clínica se ofrecen servicios a un costo accesible, todos los procedimientos se llevan a cabo por estudiantes de la Licenciatura y Maestría en Psicología, supervisados semanalmente por Maestros y Doctores psicoterapeutas.

Primero se revisaron las solicitudes de pacientes que estuviesen en lista de espera para encontrar a alguna persona que cumpliera con los criterios de inclusión y exclusión, no encontrándose una persona que cumpliera con ellos, se llevó a cabo una búsqueda externa de mujeres entre 20 a 40 años que residan en la ciudad de Mérida, Yucatán, que presentaran síntomas de SII y no hayan respondido a un tratamiento médico, que además muestren signos, síntomas y/o rasgos de ansiedad.

Las tres personas presentaban sintomatología del SII y rasgos de ansiedad, sin embargo, sólo dos de ellas lo presentaban con relación a síntomas psicológicos y de esas dos personas sólo una había tenido un diagnóstico formal médico, incluyendo una colonoscopia con resultados negativos alarmantes, por lo anterior se decidió trabajar con esta paciente.

La paciente llevaba un año presentando el SII, había acudido al médico y tenía una de cabecera que le daba seguimiento a su padecimiento, se deseaba descartar en ese entonces algún problema de tipo orgánico, debido a que la paciente refería tener un familiar que tuvo cáncer de colon. Después de realizarle los estudios necesarios, entre ellos una colonoscopia, no se encontró ningún factor de riesgo por lo que se le inició un tratamiento

con medicamentos, uno para el dolor, otro para la inflamación y un calmante para “sus nervios”, referido por la paciente.

El tratamiento médico no había resultado como se esperaba, a pesar de que la paciente tomaba todas sus medicinas cuando el padecimiento comenzaba, había ocasiones en las que la inflamación le podía durar meses, sin embargo, como ya se habían hecho los estudios previos, el doctor le había sugerido iniciar un proceso psicoterapéutico, ya que él lo relacionaba con la ansiedad de la paciente.

Un familiar de la paciente se interesó con la difusión en redes sociales, a lo que contactó con la paciente para recomendarle la intervención, a lo que ella hace cita en la clínica conmigo para la entrevista inicial, cumpliendo con todos los criterios de inclusión, se decide realizar el estudio de caso con ella.

Se continúa trabajando con las tres personas, sin embargo, para el trabajo de tesis sólo se trabajará con la paciente, ya que es la única que cumplía con los criterios de inclusión, presentaba rasgos ansiosos, nerviosismo auto percibido, sintomatología del SII y no había tenido resultados con un tratamiento médico anterior.

La participante es una mujer de 40 años de edad la cual reside en la ciudad de Mérida, Yucatán. Actualmente vive con su esposo, con el cual tiene 3 hijos mayores de edad, todos ellos con familia propia, la relación entre ellos no reporta ser un área problemática para la paciente, habiendo una convivencia frecuente, comunicación, apoyo, reciprocidad, entre otros factores positivos del sistema e incluso ellos han estado pendientes del padecimiento desde que inició, siendo referida por uno de sus hijos. Sin embargo, al parecer, uno de los desencadenantes de sintomatología del SII son los pensamientos que la paciente tiene cuando alguno de sus hijos tiene problemas o cuando alguien de su familia está en problemas.

En el área laboral, la paciente es jubilada, recibiendo una pensión mensualmente, por lo tanto para ella no ha sido un área que el SII haya afectado.

Las únicas áreas que han sido conflictivas y/o afectadas por el SII han sido la social y la personal. En lo social, la paciente refiere que se ha aislado de sus amigos e incluso a veces cancela algunas salidas o prefiere quedarse en casa generalmente debido a la sintomatología, específicamente el dolor y la inflamación. De igual manera, en el área personal, ella ha dejado de realizar algunas actividades, en su mayoría físicas, que disfrutaba, entre ellas están el cocinar, jugar con sus nietos, salir a caminar con su esposo, pasear con su familia, etc; causando que la paciente permanezca la mayor parte del tiempo recostada en cama, a lo que ella refiere sentirse decaída y frustrada.

Dentro de consultorio se muestra cooperativa, accesible, da respuestas largas, nerviosa, mueve constantemente sus pies y piernas, la primera sesión se sentó lejos de la silla del terapeuta, tiene alta deseabilidad social y un poco de desconfianza. Todo esto entendible debido a que ella no quería ir a terapia, decidiendo acceder debido a que su médico y uno de sus hijos le comenta de la posibilidad de ir a un proceso para mejorar los síntomas del SII, además le cuesta trabajo hablar de temas o cuestiones que considera negativos, ya que tiene creencias que no lo permiten, entre ellas algunas religiosas, que a su vez son parte de sus recursos.

## **2.2. Instrumentos, técnicas y/o estrategias utilizados**

Para el diagnóstico adecuado para el caso, se utilizaron ciertos instrumentos y técnicas básicas de la psicología, así como algunos específicos del enfoque cognitivo conductual que permitieran el conocer si la paciente cumplía con los criterios de inclusión, así como explorar datos necesarios para la conceptualización del caso y conocer en qué circunstancias llegaba la paciente.

En la siguiente tabla se enlistarán los principales instrumentos, técnicas y/o estrategias utilizados en el diagnóstico, así como una breve descripción.

Instrumento o técnica	Descripción Breve
Entrevista semiestructurada	En ella, el investigador antes de la entrevista prepara un guión temático sobre lo que quiere que se hable. Las preguntas son abiertas.
Historia clínica	Se utilizó el formato de la clínica en la que se realizó la intervención.  Es un instrumento con los datos y características del paciente, además de la problemática presentada.
Observación	Se llevó a cabo dentro de la sesión para recabar más datos sobre la paciente, entre ellas sus reacciones y comunicación no verbal.
Motivo de consulta	Es el motivo manifiesto por el cual la persona asiste a terapia, nos puede dar información del problema percibido, así como su gravedad.
Cuestionario IDARE	Técnica que evalúa la ansiedad como estado y como rasgo, es decir, cómo se siente ahora y cómo se siente

	habitualmente.
Registro A-B-C	Técnica utilizada en el enfoque TREC de Albert Ellis para reconocer los acontecimientos, pensamientos y consecuencias, así como la relación que hay entre los pensamientos de la situación y las consecuencias.
Registro de sintomatología del SII	En este registro se anotaron la frecuencia, duración y gravedad percibida por la paciente de sus síntomas del SII.

### 2.3. Procedimiento

Después del proceso de difusión en redes sociales, mencionado anteriormente, se agendaron primeras entrevistas con tres pacientes, de las cuales se decidió trabajar con la paciente del caso debido a la gravedad y los criterios de inclusión, sin embargo, se previó desde un principio el contar con más de una persona debido a la probable deserción.

Todas las sesiones fueron grabadas y/o escritas en un registro diario a partir de la segunda sesión, ello debido a que en la primera sesión se le explicó el procedimiento de la intervención, así como se dio el consentimiento informado y se explicó la confidencialidad, cuidando en todo momento que las personas estuvieran de acuerdo con el proceso y que no fueran identificadas por los demás.

La paciente con la que se trabajó estuvo de acuerdo en ser partícipe del trabajo de tesis, mientras se cuidara sus datos, se le ha devuelto toda información concluida dentro del

diagnóstico, así como se ha ido informando de cada acción que se ha llevado dentro de sesiones terapéuticas.

En las tres primeras sesiones se recabó información sobre datos generales, la sintomatología, antecedentes médicos sobre el SII, así como la evolución de este. Después se realizó la aplicación del test IDARE, auto aplicable, se calificó y se procedió a la debida devolución de los resultados.

Se llevó a cabo un registro de Antecedentes, Pensamiento y Consecuencias para la búsqueda de posibles creencias relacionadas con la sintomatología, ya sea como antecedentes o como resultado.

Se aplicó una prueba al iniciar que exploraba si presentaban ansiedad como rasgo o estado (IDARE), así como los niveles. También se hizo un checklist de síntomas del padecimiento del SII, así como la observación de sintomatología ansiosa que no fuera percibida por el Test IDARE, a través de los pensamientos ansiosos de la paciente, sus emociones y lo ocurrido en terapia.

#### **2.4. Informe de resultados de la evaluación diagnóstica**

A partir de los datos recabados por medio de los instrumentos y técnicas mencionados anteriormente, se pudo hacer una revisión de los resultados de la paciente en cuanto a sintomatología del SII, síntomas, rasgos o estado ansioso y los pensamientos que tenían alrededor del SII, así como pensamientos generadores del padecimiento.

En el IDARE, la paciente obtuvo 26 puntos, tanto en estado, como en rasgo; lo cual nos indica que tuvo una puntuación baja del nivel de ansiedad en ambos niveles. Sin embargo sus pensamientos y conductas observadas dentro de sesión, se pudo observar una personalidad de tipo ansiosa. En la tabla siguiente se muestran los resultados que la paciente tuvo en su registro de la sintomatología del SII, éste registro se llevó a cabo como

un pre de la intervención. Sin embargo, se continuaron la exploración y los registros de la sintomatología para conocer cómo iba evolucionando su problemática a través de la psicoterapia.

Síntoma	Frecuencia	Duración	Gravedad PERCIBIDA (1-10)
Inflamación	Semanal	De un mes a tres meses	8
Dolor	Semanal	De horas a un día completo	7

La única parte del diagnóstico que no fue realizado en las primeras 3 sesiones fue el registro de Acontecimiento, Pensamientos y Consecuencias; esto se debe a que se siguió con la lógica de orden del modelo Cognitivo Conductual, por lo tanto, éste registro se realizó en la sesión número cuatro, después de la educación del modelo.

En la siguiente tabla se muestra el registro de los pensamientos que ejemplifican las situaciones más representativas de la problemática, en las cuales se puede ver la relación que tiene lo que la paciente piensa y la aparición de síntomas del SII. A la vez se puede evidenciar cómo sus pensamientos sobre la sintomatología repercuten tanto en sus emociones y conductas, así como en la gravedad y duración del padecimiento.

A	B	C
Síntomas de Intestino Irritable	Es horrible No soporto sentirme así Parezco embarazada No puedo hacer nada Me puede dar cáncer de colon	Triste, desanimada, molesta Paraba todas sus actividades Inflamación por meses Dolor grave auto percibido

Sus hijos tienen algún problema	No van a saber resolverlo No lo harán como yo	Inflamación Preocupada
Fiesta de reencuentro de generación o eventos	Seguro me voy a inflamar Para qué confirmo Los demás se van a sentir mal de que esté así No tengo ganas de ir Que vergüenza ir con mi barrigota	Triste, preocupada, intranquila No iba a las reuniones Inflamación Quedarse recostada en cama todo el día
Problemas en su familia	Tengo que escucharlo Tienes que escuchar quejas de todo Para que no se molesten me aguanto	Agobiada, preocupada, molesta Inflamación

### **3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

#### **3.1. Introducción**

El programa de intervención ha sido bajo el enfoque Cognitivo Conductual, específicamente la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis.

El trabajo estándar en terapia Cognitiva descrito por Rush, Beck, Kovacs y Hollon (1977) entiende a la terapia cognitiva como siendo “una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en trastornos psicológicos como la depresión. Ya que la Terapia Cognitiva considera a un grupo hiperactivo de conceptos desadaptativos como siendo la característica central de los trastornos psicológicos, entonces, corregir y abandonar esos conceptos mejora la psicopatología. El terapeuta y el paciente colaboran para identificar las cogniciones distorsionadas, derivadas de los supuestos o las creencias desadaptativas, las cuales están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis lo que conduce a los individuos a ajustar su pensamiento con la realidad.

Es decir, la meta de la terapia cognitiva está en corregir el procesamiento distorsionado de la información, así como las creencias y supuestos desadaptativos que mantienen nuestras conductas y emociones (Beck y Weishaar, 1989).

#### **3.2. Objetivos**

La meta de la terapia cognitiva está en corregir el procesamiento distorsionado de la información, así como las creencias y supuestos desadaptativos que mantienen nuestras conductas y emociones (Beck y Weishaar, 1989).

El objetivo general de esta intervención fue crear alternativas de las creencias irracionales que la persona presentaba sobre la sintomatología del SII y así generar una aceptación del padecimiento.

Los objetivos específicos de la intervención fueron:

- Identificar eventos que son vistos como estresores.
- Identificar los pensamientos Irracionales sobre los eventos.
- Identificar la relación entre los pensamientos y la aparición o el mantenimiento de las Consecuencias síntomas.
- Crear alternativas de pensamientos generadores de diferentes consecuencias y sintomatología del SII.
- Aceptación de la sintomatología.

### **3.3. Programa de Intervención**

La intervención se diseñó para ser un proceso terapéutico de aproximadamente 12 a 16 sesiones, bajo un enfoque Cognitivo conductual, específicamente basado en la Terapia Racional Emotivo Conductual de Albert Ellis.

Las sesiones fueron semanales, dentro de las cuales se contemplaron la exploración de datos generales, conceptualización del caso, evaluación de sintomatología o rasgos ansiosos, identificación de sintomatología del SII, exploración del estado de ánimo, acotación de objetivo general y objetivos específicos realistas con la paciente, educación en el modelo Cognitivo Conductual, identificación de acontecimientos antecedentes, educación emocional, creencias racionales e irracionales, así como la relación entre pensamientos y consecuencias. Una vez identificados los pensamientos acerca de la sintomatología se exploraron cuáles son las consecuencias, se debatieron las creencias que sean rígidas para así continuar a la fase de creación de creencias alternativas racionales.

También se enseñaron y aplicaron técnicas de relajación y respiración para los momentos de pico de la sintomatología ansiosa.

Dentro de las asignaciones contempladas para la intervención esta la exposición, el ensayo conductual, la imagen racional emotiva y la aceptación incondicional, tanto dentro como fuera de la sesión.

### **3.3.1. Estructura de las sesiones.**

Se tomó como base un diseño general de estructura de la psicoterapia Cognitiva Conductual propuesta por Beck (1989), la cual es una referencia flexible de lo que se espera abarcar en cada una de las sesiones, sin embargo, se debe entender que no es algo rígido y dependía igual de las necesidades de la paciente y de lo que fuera surgiendo en sesión.

Al principio se dedica a recabar información sobre lo que le ha pasado al paciente entre sesión y sesión.

Después se hace una revisión de la tarea traída por el paciente y se establece una agenda de sesión, en la cual se habla de la estructura de la próxima sesión. Los siguientes momentos se dedican a trabajar con el problema o problemas que se hayan establecido en la agenda, empleando para ello las técnicas elegidas, ya sean de tipo cognitivo, conductual o emotivo.

Antes de finalizar se dedica un tiempo a revisar lo obtenido de la sesión, ofrecer y recabar feedback, plantear la tarea para la próxima sesión, posibles dudas u obstáculos para la tarea, etc.

A continuación, se presenta un esquema de las sesiones diseñadas para la intervención TREC Cognitiva Conductual con la paciente, basado en el modelo anterior. Representa una guía de lo básico a plantear dentro de la sesión, sin embargo, es flexible y se puede modificar según las necesidades de la persona.

- Primera sesión

Debido a que la paciente fue enviada a través de alguien que se enteró de la difusión de la intervención, se realizó la entrevista inicial, la cual generalmente se hace por otras personas que no son los psicólogos que intervendrían. En esta sesión se llenarán los formatos de la clínica para recabar la información básica requerida, además se tendrá la ventaja de poder comenzar a trabajar la alianza con la paciente.

- Segunda sesión

En esta sesión se revisarán el contrato terapéutico, el consentimiento informado y los derechos del cliente, de los cuales también había un formato de la clínica. Se continuará con el rapport, la conceptualización del caso y se comenzarán a explorar ciertos objetivos que tenía la persona, tomando en cuenta que en la TREC los objetivos son compartidos terapeuta y cliente.

- Tercera sesión

Se inicia con la exploración del estado de ánimo.

Continuación de la conceptualización del caso.

Se establecerán los objetivos generales y específicos, es decir, las metas terapéuticas.

Entrevista abierta semiestructurada sobre la sintomatología del colón irritable y eventos estresores.

- Cuarta sesión.

Exploración del estado de ánimo.

Aplicación del IDARE, en el cual se evaluará la ansiedad como rasgo y estado de la persona.

Lista de sintomatología del SII (frecuencia, duración, gravedad).

Identificación de síntomas de ansiedad (frecuencia, duración gravedad), en éste caso la paciente no los percibía como ansiedad, sin embargo a través de lo que decía y cómo actuaba dentro y fuera de sesión.

- Quinta sesión

Exploración del estado de ánimo del día y la semana transcurrida.

Revisión de tarea de casa.

Inicio de la educación en el modelo.

Asignación de tarea de casa (registro Antecedentes y Consecuencias).

- Sexta sesión

Exploración del estado de ánimo y los sucesos de la semana.

Identificación de las observaciones no evaluativas, inferencias no evaluativas, evaluaciones preferenciales positivas, evaluaciones de obligación, evaluaciones preferenciales negativas y evaluaciones de obligación negativas, como parte de la educación en el modelo.

Asignación de la tarea de casa.

- Séptima sesión.

Exploración del estado de ánimo de la persona, identificación de posibles sucesos relevantes de la semana.

Revisión de la tarea de casa (registro A, B, C).

Continuación de educación en el modelo, se exploraron las relaciones entre B (Pensamientos) y C (Consecuencias).

Diferenciación entre emociones negativas apropiadas y emociones negativas no apropiadas.

Técnica emotiva para casa.

Biblioterapia como asignación de casa.

- Octava sesión.

Exploración del estado de ánimo.

Revisión de tarea de casa de la semana pasada.

Continuación de educación en el modelo.

Enseñanza y práctica de algunas técnicas de relajación y respiración.

Asignación de la tarea de casa.

- Novena sesión.

Exploración del estado de ánimo y posibles sucesos relevantes.

Revisión de tarea de casa.

Refutación y debate de creencias irracionales.

- Décima sesión.

Exploración del estado de ánimo y lo ocurrido en la semana.

Revisión de tarea de casa.

Continuación del debate de creencias irracionales.

Check list de síntomas ansiosos y colón irritable (el mismo que al principio).

Asignación de tarea de casa.

- Décimo primera sesión

Identificación del estado de ánimo y de sucesos relevantes de la semana.

Revisión de la asignación de casa.

Creación de alternativas de creencias.

Ejercicios de imaginería

Asignación de tarea de casa construcción de creencias alternativas.

- Décimo segunda sesión.

Exploración del estado de ánimo.

Revisión de tarea de casa.

Continuación de la creación de creencias alternativas.

- Décimo tercera sesión.

Revisión de tarea de casa.

Creencias alternativas.

Técnica de aplicación de creencias alternativas.

- Décimo cuarta sesión.

Cierre terapéutico.

Generalización de resultados y prevención de recaídas.

Aplicación del IDARE

Lista de síntomas (igual a la inicial), de colon irritable y síntomas de ansiedad.

### **3.3.2. Técnicas de intervención.**

Basado en el modelo Cognitivo Conductual, específicamente la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis, se utilizaron las siguientes técnicas ilustradas brevemente en la tabla siguiente.

Técnica	Descripción
Detección de creencias irracionales	Buscar CI que llevan a conductas y emociones auto castigadoras.
Debate o disputa de creencias irracionales	Se refutan las creencias irracionales mediante preguntas, hasta que el paciente se dé cuenta de la irracionalidad para elegir una alternativa que más le beneficie.
Ensayos racionales.	Recuperar, repetir e intentar memorizar los argumentos a

	favor y en contra de las ideas racionales.
Aprendizaje de nuevas habilidades cognitivas.	En este se utilizó específicamente la distracción del pensamiento.
Educación emocional	Identificar y distinguir emociones esenciales, las “apropiadas” e “inapropiadas”.
Observación y registro de las emociones	Monitorear las emociones que iba sintiendo en diversas situaciones relacionadas con el SII
Autodominio emocional	Ejercicios de respiración y relajación
Establecimiento de objetivos y reprogramación de actividades	Definir de mutuo acuerdo los objetivos generales de la terapia.
Imagen Racional Emotiva	Cambiar sus emociones negativas “inapropiadas” por otras “apropiadas” mientras mantienen una imagen viva del suceso negativo en A.
Refuerzos y recompensas	Fuera y dentro de sesión. Aplaudir los cambios del cliente.
Proyección en el tiempo	Visualizar cómo será su vida en caso que el suceso “horrible” sucediera.
Actitud emocional de aceptación incondicional	Aceptar al paciente integralmente por sobre las conductas y modelarle esta aceptación.

#### 4. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

##### 4.1. Evaluación de los efectos y/o procesos

La evaluación contrasta lo encontrado en el diagnóstico y lo obtenido a partir de la intervención aplicada para conocer si existieron cambios a partir de la intervención psicoterapéutica, sin embargo.

Los resultados del cuestionario IDARE se compararon antes y después de la intervención, a diferencia del registro de la frecuencia, duración y gravedad de la sintomatología del SII y el registro A-B-C, los cuales fueron obtenidos antes, durante y finalizando la psicoterapia.

Asimismo, se presentan algunas viñetas que ejemplifican los cambios de la paciente en sus pensamientos, las técnicas que fueron utilizadas dentro de las sesiones terapéuticas, así como las tareas asignadas fuera de sesión y el resultado de estas. También se ejemplifican algunas intervenciones del terapeuta que son parte del enfoque cognitivo conductual utilizadas para el cambio.

En cuanto al IDARE, la paciente mostró una ansiedad estado bajo con una puntuación de 22 y una puntuación de ansiedad rasgo de 32, colocándola en un nivel medio, por lo tanto se puede concluir que actualmente no se encuentra ansiosa, sin embargo su personalidad tiende a ser de tipo ansioso en un nivel medio.

Desde la primera sesión, la paciente mostraba una inflamación notable, siendo los síntomas físicos lo que más le preocupaba en ese momento. Para conocer el cuadro clínico sintomatológico de la paciente, se realizó un registro de frecuencia, gravedad y duración, antes y después. Sin embargo, se añadieron algunos otros cambios físicos (Tabla 1) que la paciente manifestó, siendo relevantes tanto para ella, como para la mejoría del SII.

Realizando una comparación entre los síntomas de antes y después de la intervención, se puede observar que existieron cambios en la paciente en todos los apartados, es decir, cambios en la duración del SII, peso de la paciente, frecuencia de la inflamación, gravedad

percibida de los síntomas y el temblor en las manos. Estos cambios fueron de disminución y/ o desaparición en el caso del temblor de las manos; el cual fui incluido como parte del cuadro clínico de la paciente, resultado de los pensamientos de tipo ansioso.

Tabla 1

*Cambios físicos de la paciente*

Antes	Después
Duración: inflamación hasta meses sin desaparecer	Duración: días o horas
Peso: 72 kg	Peso: 68 kg
Frecuencia de la inflamación: mínimo una vez por semana	Frecuencia de la inflamación: 1 vez por mes, un mes no tuvo síntomas
Gravedad percibida de los síntomas: 8	Gravedad percibida de los síntomas: 3
Temblor en las manos	No hay temblor en las manos desde hace dos meses

A continuación, se presentarán a modo de contraste, algunos de los registro A-B-C iniciales (Tabla 2) más representativos de la paciente, donde se muestran los pensamientos relacionados con los desencadenantes o disparadores de la sintomatología del SII, así como las creencias relacionadas con la aparición de síntomas, así como un concentrado de registros A-B-C de los cambios ocurridos durante la intervención (Tabla 3).

Tabla 2

*Registro A-B-C diagnóstico*

A	B	C
Sus hijos tienen algún problema	No van a saber resolverlo No lo harán como yo	Inflamación Preocupación
Fiesta de reencuentro de generación o eventos	Seguro me voy a inflamar Para qué confirmo Los demás se van a sentir mal de que esté así No tengo ganas de ir Que vergüenza ir con mi barrigota	Triste, preocupada, intranquila No iba a las reuniones Inflamación Quedarse recostada en cama todo el día
Problemas en su familia	Tengo que escucharlo Tienes que escuchar quejas de todo Para que no se molesten me aguanto	Agobiada, preocupada, molesta Inflamación

Tabla 3

*Registro A-B-C cambios*

A	B	C
Le comienzan síntomas del intestino irritable	<p>Esto en un rato se me quita.</p> <p>No hay necesidad de darle importancia.</p> <p>Hay que ocuparse en vez de preocuparse.</p> <p>Ahora me siento mal pero no es para siempre.</p>	<p>Tranquila.</p> <p>Sigue con sus actividades.</p> <p>La duración de los síntomas es de unas horas y menos grave percibido por ella.</p>
Tenía mucha tos y se empezó a inflamar	<p>Es el esfuerzo de haber tosido tanto.</p> <p>Es normal.</p> <p>No tiene caso pensar sobre ello tanto tiempo.</p>	<p>Tranquila.</p> <p>Positiva hacia el futuro.</p> <p>Le duró 3 días la inflamación.</p> <p>No tomó medicamentos.</p> <p>No se alteró.</p>
Sus hijos tienen un problema	<p>Sé que son muy responsables.</p> <p>No tengo de qué preocuparme.</p>	<p>No hubo sintomatología del intestino irritable</p> <p>Dejó que sus hijos resolvieran el problema</p> <p>Tranquila</p>

Reunión de excompañeros	No importa si no asisto Puedo confirmar y después cancelar No tiene importancia Tiene solución	Asiste No hubo inflamación Feliz Bailó en la fiesta
Enfermedad de su papá	Es algo esperado por la edad y lo que está pasando Me va a doler, pero espero la noticia	Inflamación sólo una hora Asustada al principio, después preparada Tranquila Fue a ver a su papá
Problemas en su familia	Si no puedo hacer nada no tiene caso preocuparme No puedo cambiar las cosas	Liberada Puede decir no cuando ya no quiere escuchar quejas No se inflama

#### 4.2 Cambios registrados

En el siguiente apartado, se presentarán todas las sesiones trabajadas junto con la paciente, dentro de las cuales se observan los cambios presentados en cada sesión, las técnicas utilizadas, los avances personales, así como algunas viñetas que ejemplifican el trabajo bajo la TREC de Albert Ellis.

##### 4.2.1. Reporte de sesiones

Sesión 1.

Debido a que la paciente no estaba en lista de espera de la clínica, se le realiza la entrevista inicial en esta sesión, la que generalmente ya está previamente elaborada por otros estudiantes, en el cual se exploran los datos generales de la persona, motivos de consulta, familiograma, antecedentes, etc.

Estuvo dispuesta a contestar en todo momento lo que se le preguntaba, esta fue la primera sesión de conceptualización del caso.

## Sesión 2.

Se ve una notable inflamación en el estómago.

Al entrar a la sala, se ve un poco nerviosa, toda la sesión se sentó enfrente de mí, es decir, del otro extremo de la sala, con mucha distancia, observación que me permite tener más datos sobre algún posible rasgo ansioso.

Se hace una pequeña introducción tanto del proceso terapéutico como de nosotras, en este caso la paciente llega porque su hija le comentó que yo estaba trabajando sobre mi tesis del tema del SII. Ella no ha obtenido ningún beneficio hasta ahora de su tratamiento médico e incluso el doctor le ha dicho que sería bueno que vaya a terapia.

Llega con un objetivo claro, dice que desea controlar sus emociones, específicamente el estrés.

Se exploran cuáles son las situaciones que relaciona con este estrés, a lo que me contesta: “lo que le cuentan sus hijos, sus problemas, me dan síntomas de colon irritable”

“Ya sólo en eso estoy pensando”, refiriéndose al SII.

Se explora cómo es cuando no le afectan estas situaciones, a lo que comenta que una de las cosas que le ayudan a relajarse es pedirle a Dios por sus hijos, además que en cierta manera sabe que lo van a resolver.

Después se le pregunta cómo es cuando sí le afectan los problemas, cuando se inflama es porque está pensando cómo resolverlo, “quiere resolverlo todo”, dice.

El médico le ha dado pastillas para relajarse.

Un dato relevante es que hace meses fallecieron dos de sus hermanos, a lo que ella refiere iniciaron sus problemas del SII, desde el momento que recuerda ese suceso, se inflama.

Entre los objetivos que ella plantea trabajar dentro de terapia están:

1. Recibir lo que pase a mi alrededor con aceptación
2. Saber qué debo hacer
3. Poder platicar con cualquier persona sin alterarme.
4. Reducir los efectos del SII
5. Sentirse más tranquila
6. Identificar sus emociones.

“Siempre he sido nerviosa pero lo normal”, dato que nos indica que a la paciente le cuesta trabajo hablar sobre sus emociones negativas, tiende a querer normalizarlas o minimizar su gravedad.

En esta sesión se continuó la conceptualización del caso y se comenzaron a establecer los objetivos de mutuo acuerdo con la paciente.

Asignación: Registro de sintomatología del SII, el cual incluye el día, los síntomas, la gravedad del síntoma, la situación previa al síntoma y la emoción que tuvo en esa situación.

Se lograron identificar los objetivos generales de la intervención terapéutica, se

trabajó con el rapport y se realizó el encuadre de las sesiones.

Se utilizaron la observación y la entrevista semi estructurada.

### Sesión 3

La paciente reporta que ha tenido sintomatología, realizó el registro de la semana, mostrándose en la tabla siguiente.

Tabla de SII

Día	Lunes	Martes	Miércoles
Síntoma	Inflamación	Inflamación	Inflamación
Gravedad	8	8	5
Situación	Aviso de una mala noticia	Problema de una de sus hijas	Comió algo que le cayó pesado
Emoción	Nervios, angustia	Preocupación, angustia	-----

La paciente refiere que cuando la sintomatología del SII está relacionada a la ingesta de alguna comida que le cae pesada, la duración es de 0 a 2 días, cuando es debido a situaciones emocionales le puede durar meses los síntomas.

Se pregunta sobre los otros días de la semana que no tuvo sintomatología, a lo que responde que no se inflamó estaba tranquila, dándole más sentido a que el SII está más relacionado a aspectos psicológicos.

Se comienza a introducir el modelo, de una manera indirecta, preguntándole cómo se sintió al respecto de la operación de su hija y qué es lo que pensaba sobre lo que había pasado, lo cual es el inicio de la detección de creencias irracionales.

La paciente tiene una buena capacidad para acceder a sus sentimientos y pensamientos, lo que podría facilitar el trabajo en sesiones futuras.

A	B	C
Operación de su hija	Todo va a salir bien, pero no sé la anestesia cómo vaya a salir	Tranquila, un poco nerviosa
	No le vaya a pasar nada, podría tener muchas consecuencias negativas	Ansiosa, intranquila, con miedo
	De todos modos va a suceder Ya está bien, es lo normal	Tranquila
El médico la llama aparte	Ya no va a regresar	Asustada Intranquila Síntomatología del SII

Después de explorar esa situación en particular que fue antecedente a su sintomatología, se le muestra un video animado donde se ejemplificó la relación entre B y C, “La oveja esquilada”. Para ello se explora el posible A-B-C de la oveja. Se ejemplificará la educación, donde T es Terapeuta y P es Paciente.

T: ¿Qué pasaba con la oveja en la mitad del vídeo?

P: Le quitan el pelo.

T: ¿Cómo crees que se sentía la oveja cuando le cortaban el pelo?

P: Triste, incómodo, inseguro.

T: ¿Qué crees que haya pensado la oveja del hecho que le cortaran el pelo?

P: Se burlan de mí, ya no puedo ser el mismo, pensamientos negativos: “no es justo”.

T: Oye, te das cuenta que la segunda vez que le esquilan el pelo lo toma de manera diferente, ¿qué crees que haya sido diferente?

P: Lo primero que puedo ver es que estaba contento.

T: Así es, me dices que la primera vez el tenía pensamientos “negativos”, ¿qué crees que haya pensado cuando estuvo contento?

P: De todos modos va a suceder, no importa el pelo, somos los mismos.

De aquí partimos para mostrarle cómo dependiendo de lo que la oveja pensaba era lo que sentía y cómo actuaba diferente. Se muestra la importancia de los pensamientos que tenemos sobre lo que sucede.

A lo que me contesta: “que incongruencia la mía”, cuando se da cuenta que ella puede pensar “racionalmente” y termina pensando como la oveja al principio. Se normaliza la situación y se alienta el cambio, mostrándole que así como la oveja, todos podemos decidir cambiar nuestra visión sobre las cosas, esto es un ejemplo de la actitud emocional de aceptación incondicional. Hablamos sobre el círculo vicioso del estrés y del SII, haciendo una comparación del insomnio y la sintomatología del SII.

A lo último de la sesión menciona que su mamá se murió de cáncer de color y estómago. Probablemente la paciente tenga un temor hacia ello, sin embargo este temor puede estar siendo un tanto irracional ya que a ella ya le hicieron todos los estudios y no habían signos alarmantes para pensar en ello.

Asignación: continuación del registro de la sintomatología, la paciente menciona que no le gusta escribir, por lo que se le pide que a pesar de ello tenga presentes los datos, ya que se hablarán en sesión.

En esta sesión se realizó la educación en el modelo, así como la relación que existe entre los Pensamientos (B) y las consecuencias (C).

Asignación: Registro de sintomatología.

#### Sesión 4

Observo que el día de hoy se encuentra un poco inflamada.

Al preguntarle sobre su estado de ánimo dice que ha estado un poco mal de salud, primero porque tuvo problemas con su columna por lo cual tuvo que reagendar una de las citas y segundo porque su cadera izquierda presenta un desgaste, el cual le genera un dolor intenso en ocasiones, lo que la pone un poco triste.

En cuanto a la problemática del SII, dice que ha podido controlarlo, que en las dos semanas que no nos hemos visto sólo ha habido una ocasión donde presentó inflamación y fatiga.

Se explora la situación relacionada con el SII, al principio dice que no sabe porqué se dio la inflamación, a lo que se comienza a guiar a través de preguntas

P: ” Un día sólo fui a bañarme y me inflamé, me agoté mucho mientras me bañaba, sentía que me asfixiaba y cuando salí ya estaba toda inflamada, puse algo para distraerme del malestar.”

Al explorar qué pasó antes del baño, identifica un suceso estresante para ella. Un día antes, en una reunión familiar, le dijeron que uno de sus familiares estuvo enfermo pero que en ese momento ya había pasado por todo el tratamiento y que ahora estaba totalmente sano, no entra mucho en detalle. Dice que a ella lo que le consternó fue que se lo dijeran de “golpe” y que no se lo hayan dicho en el momento que sucedía.

Los familiares de la paciente generalmente optan por no darle malas noticias o decirle cosas que podrían alterarle, esta dinámica se da porque ellos saben que ella se inflama por estas situaciones y tratan de evitar que ella se sienta mal, sin embargo termina resultando lo contrario, ya que éste suceso le recuerda a la muerte repentina de uno de sus hermanos.

Al explorar sus emociones, dice que ella estaba preocupada, pensaba que podría tener consecuencias negativas en un futuro para la persona.

Al día siguiente, ella amaneció inflamada, esta inflamación fue bajando paulatinamente, sin embargo dos días después volvió a aumentar, en ese caso no encuentra una situación detonante tal cual. Podemos suponer que ella seguía pensando sobre el evento estresante, pero algo que está explícito es que se preocupa y tiende a la aprehensión en cuanto a su sintomatología, lo que probablemente genera más inflamación. Ese día no sintió asfixiarse.

Se exploraron los pensamientos que estaban relacionadas a la noticia que escuchó un día antes de inflamarse, entre ellos estaba: “debieron habermelo dicho antes”, “que tal si le pasa algo”, “no quiero que le pase nada”, “podría pasarle de nuevo”, entre las emociones estaba la de preocupación, la cual estaba relacionada con la situación anterior con sus hermanos.

La paciente generalmente se muestra aprehensiva y más cuando son temas relacionados con su familia, a la que ella es muy allegada, aún no lo identifica pero los pensamientos que tiene le llevan a preocuparse y la consecuencia inmediata es la inflamación.

Le cuesta un poco de trabajo admitir que le preocupan las cosas y los pensamientos catastróficos ya que ella es muy apegada a la religión y probablemente piensa que si demuestra estos pensamientos cree que no está confiando en Dios, sin embargo con la exploración más profunda y guiada los va diciendo.

Cuando está en sesión mueve sus piernas constantemente, aunque dice sentirse tranquila.

Se exploran también cuáles podrían ser los pensamientos de una persona que se sintiera más tranquila o preocupada en un nivel menos alto al recibir la misma noticia, comparándolo con el vídeo de la liebre que se vió en la anterior sesión, a lo que ella hace una relación con su esposo, ya que dice que él toma las cosas con más “sangre fría”, le sorprende que él tome las cosas sin tanta emoción, cómo ella. Éste es un ejemplo de la técnica Imagen Racional Emotiva.

Se normalizan ambas emociones (tranquilidad y preocupación), introduciendo las emociones, su función y el grado de las mismas, así cómo las emociones “apropiadas” e “inapropiadas”, siendo parte de la Educación Emocional.

Asignación: Imagen Racional Emotiva, pensamientos de una persona que tomara las cosas con más calma o menos preocupada y qué haría (consecuencias conductuales).

DISPARADORES, B-C, IRE, NORMALIZACIÓN.

Exploración e identificación de los Acontecimientos disparadores, los pensamientos y las consecuencias relacionados con la sintomatología del SII.

Normalización y educación de las emociones “apropiadas” e “inapropiadas”.

Asignación: Imagen Racional Emotiva.

## Sesión 5

Se revisón la Asignación de Imagen Racional Emotiva y después se llevó a cabo un breve debate, ejemplificado a continuación.

T: ¿Cuáles crees que sean los pensamientos de una persona que se siente tranquila cuando un familiar estuvo enfermo?

P: No gano nada preocupándome, el hecho que me preocupe no quiere decir que no pase, todo ya está bien, no pasa nada malo.

T:¿Qué diferencia encuentras a cuando tú te sientes preocupada y angustiada ante esta situación?

P: Pienso lo peor, lo relaciono con la muerte de mis hermanos, sin embargo ahora veo que de nada me sirve preocuparme, sino que quizás lo que debo hacer es ocuparme y hacer lo que esté en mis manos.

T:¿Cómo te hace sentir lo que me dices ahora?

P: Más tranquila.

T:¿Cómo te sentías cuando tenías los otros pensamientos?

P:Angustiada, nerviosa, sentía que algo malo iba a pasar.

T: Y ahora que dices estas nuevas ideas ¿Crees qué podrías repetir estos nuevos pensamientos allá afuera?

P:Sí, me gustaría intentarlo.

En esta sesión se continúa la Educación en el Modelo, relacionando también el contraste de cuando una persona ante una misma situación que se siente tranquila o menos preocupada y lo que ella siente y piensa cuando pasa esa misma situación. Relación B-C.

Asignación: Ensayos racionales para los nuevos pensamientos que creó en la sesión, registro de sintomatología. DEBATE

Se realizó un debate de Creencias Irracionales.

La paciente logró identificar la relación entre las Creencias y las Consecuencias de los Acontecimientos relacionados con el SII.

Continuación de Educación en el modelo.

Asignación: Ensayos racionales, registro de sintomatología.

## Sesión 6

Se explora su estado de ánimo a lo que contesta que ha estado muy bien, que de hecho no se ha inflamado desde la última vez que nos vimos, o sea desde hace una semana.

Se le pregunta qué cree que pueda estar siendo diferente de antes a lo que contesta que ha decidido no quedarse callada en las cosas que le enojan. “No quiero seguir oyendo esas cosas porque no se puede cambiar nada”, refiriéndose a cuando hablan mal de su familia.

Se le pregunta cómo se ha sentido ahora que ha podido ser más asertiva con los demás, a lo que me contesta que liberada, se explora cómo se sentía antes, a lo que contesta que se sentía agobiada.

Se buscó identificar los pensamientos que tenía antes.

Pensamientos: “tienes que aguantar todo”, “tienes que aguantar quejas de todo”, “para que no se molesten me aguanto todo”.

T: ¿Cómo te hacía sentir el pensar que tenías que aguantar todo?

P: Frustrada, además me daba cuenta que aunque me molestara o me preocupara las cosas no iban a cambiar así.

T:¿Cómo es que ahora no te molesta o te preocupa?

P: Me di cuenta que no expresaba que me molesta escuchar esas cosas, que me preocupaba de más y me recordó a la ovejita que vimos antes. Puedo decidir pensar de otra manera y no querer cambiar todo.

Se le aplaude el cambio, cómo parte del reforzamiento social. La paciente tiene mucha capacidad de insight y habilidades cognitivas, lo que hay que reforzar aún más es la expresión emocional, ya que es algo que no se ha permitido en muchas ocasiones.

También se ha dado cuenta que ahora que da consejos ya no se molesta con lo que los demás decidan hacer o si se lo toman a broma. Antes quería que los demás hicieran lo que ella les decía.

T: Me dices que antes dabas consejos y te molestaba que no los siguieran, ¿habrá una sola manera de resolver problemas?

P: No, eso era lo que pensaba antes porque me daba miedo que se equivocaran.

T: ¿Alguna vez te equivocaste siguiendo lo que querías hacer en su momento?

P: Sí y así es cómo aprendí lo que ahora les digo.

T: Entiendo que te preocupas por tus seres queridos, te da miedo que les pase algo y es completamente normal, sin embargo me dices que tú aprendiste de los errores, ¿me equivoco?. ¿Cómo sería diferente a ellos?

P: (se ríe) Es verdad, por eso es que ahora pienso que algo de lo que les dice se les debe quedar y que ya no le corresponde.

T: Y en el caso que no se les quedara nada, ¿qué pasaría?

P: Confío en que son personas responsables y pueden resolver problemas, además es cierto, de los errores también se aprende.

Lo anterior fue un ejemplo del debate o disputa de Creencias Irracionales.

Asignación: registro de sintomatología del SII, A-B-C de situaciones

## Sesión 7

Al explorar su estado de ánimo dice que ha estado muy bien, muy feliz, lleva 3 semanas sin inflamarse.

Se explora qué ha sido diferente del SII, “ya no le doy importancia, al rato no tenía nada”, esto es un ejemplo de la técnica vista anteriormente, distracción del pensamiento.

Habla sobre todas las cosas que ha hecho gracias a que ya no ha tenido sintomatología del SII, asistió a una reunión de excompañeros a la que hace mucho tiempo no iba por desánimo e inflamación. “De todo hice, hasta bailé”.

A continuación, en la siguiente tabla, se ilustra el registro A-B-C de dos situaciones que pasaron en la semana.

A	B	C
Reunión de excompañeros	No importa si no asisto Puedo confirmar y después cancelar No tiene importancia Tiene solución	Asiste No hubo inflamación Feliz Bailó en la fiesta
Enfermedad de su papá	Es algo esperado por la edad y lo que está pasando Me va a doler, pero espero la noticia	Inflamación sólo una hora Asustada al principio, después preparada Tranquila Fue a ver a su papá

Después se explora qué es lo que hizo para que le durara tan poco tiempo, a lo cual ella identifica que Ignoró su inflamación, se ocupó de lo que tenía que hacer, esto es parte de la técnica de distracción del pensamiento, parte de sus nuevas habilidades cognitivas.

“Ya me inflamé, ya ni modo”, fue lo que pensó.

También se explora más sobre cómo era la dinámica de las reuniones antes

P: “Antes ya ni quería confirmar”.

Lo que pensaba: “no voy a ir con mi tremenda barrigota, que vergüenza”.

Se exploran otros cambios significativos, ha cambiado su peso.

Mes	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Peso	68 kg	70 kg	72 kg	67 kg

En cuanto a cambios emocionales, antes se deprimía mucho, debido a la sintomatología sólo quería estar durmiendo, pensaba: “para qué despierto si no hay nada que hacer”. Ahora tiene gusto por hacer las cosas, piensa: “hasta de lo malo hay que sacar cosas buenas”.

Antes le decía a su esposo: “tranquilízate porque me voy a inflamar, tú me desesperas”, creía que la respuesta a la regulación de sus emociones era que las personas dejaran de hacer cosas, ahora ella se encarga de regularse, si escucha que su esposo le manda cosas me dice: “ya no lo hago si no quiero”.

“Cuando a ustedes les moleste algo mejor díganlo a esperar y luego explotar”, les dice a sus hijos, aquí vemos que incluso desde su experiencia empieza a modelar y enseñar a sus hijos sobre la expresión de las emociones, cuando antes le era muy difícil reconocer las emociones que veía cómo negativas.

## Exploración A-B-C

Asignación: Ensayos Racionales y Registros.

Se puede observar cómo la paciente ha tenido un cambio de Creencias Racionales que le han permitido tener consecuencias más benéficas tanto a nivel de la sintomatología, cómo a nivel emocional y social, así cómo la educación emocional está teniendo resultados positivos en su vida.

## Sesión 8

Se explora su estado de ánimo a lo que dice que ha estado bien, que incluso tuvo un día con inflamación pero que, a diferencia de otras ocasiones, esta vez le duró poco.

A	B	C
Tenía mucha tos y se inflamó	Esta inflamación tiene una razón, explicación Es mi colón, no pasa nada En un rato se me quita	Inflamación de 3 días Gravedad percibida: 4 Tranquila Casi no pensó sobre ello No tomó medicamentos para la inflamación Siguió con su vida
Sus hijos tuvieron problemas	No tengo de qué preocuparme Sé que son muy responsables La experiencia da un granito de arena Ellos harán lo mejor Ya no vivo la vida de ellos, la comparto Ya no es mi problema	Tranquila Confiada Sin sintomatología del SII

En cuestiones generales dice que ya no hay cosas que le desesperen, ella ahora tranquiliza a su esposo.

En cuanto a la parte médica, dice que hace como un mes que no toma pastillas, desde hace más de un mes que no toma Sertralina, ni las del SII, sólo toma el Tafil.

Se siente muy bien, tranquila, ya no tiemblan sus manos. Hace como 2 semanas que ya no, antes diario. Ya no está tan al pendiente de sus manos tampoco. Este es un ejemplo de la generalización que se está dando a partir de la aceptación de la sintomatología del SII.

Para ella ha sido muy significativa la palabra “ignorar”, incluso se la ha enseñado a los demás, ha comenzado a educar en los demás en el A-B-C obviamente sin llamarlo como tal, pero reconoce y enseña la importancia de los pensamientos y su relación en lo que se hace y lo que se siente, haciendo hincapié en la aceptación de las situaciones, aún las percibidas como negativas. COMIENZA A GENERALIZAR

Exploración de cambios.

La paciente comienza a generalizar el cambio de Creencias a otras situaciones de su vida, también ha empezado a educar a los demás en el A-B-C.

### Sesión 9

En esta sesión se hizo una recapitulación de todo lo visto hasta ahora en la terapia, el cómo llegó a la intervención, qué cosas han cambiado hasta ahora, qué cree que falta para alcanzar su objetivo, etc.

La paciente refiere sentirse al 100 ya, que lo que más le conternaba era el SII que ya no había estado teniendo desde hace semanas, sin embargo se le recomienda continuar en el proceso terapéutico, explicándole la importancia del seguimiento al mantenimiento de cambios y sobretodo la posibilidad de recaídas, que si bien no es así en todos los casos, es

normal. Se le invita a regresar unas sesiones más a lo que responde que lo entendía y que estaba de acuerdo.

Planeación de cierre y mantenimiento.
Prevención de recaídas.

### Sesión 10

Después de la pausa de sesiones, debido a las vacaciones, se retoma qué es lo que ha pasado todo este tiempo.

La paciente ha tenido recaídas, unas sesiones antes su familiar se acercó a mí debido a que estaba preocupada por su situación emocional actual.

Hubieron dos situaciones significativas para la paciente que se mostrarán en el siguiente registro A-B-C de la siguiente tabla.

A	B	C
Cena del 24 de diciembre	Algo malo puede suceder Le puede pasar algo malo a mis hermanos o a mis papás	Vértigo de Menier Nerviosa Temblaba Dolor de pierna y brazo Le faltaba el aire No fue a la fiesta No hubo sintomatología
Cena del 31 de diciembre	Algo malo puede suceder como cuando se murieron mis hermanos	Mareos Ansiedad Angustia Tristeza No hubo sintomatología

Hace 1 semana le cayó mal la comida, inflamación duró una semana, a diferencia de las situaciones psicológicas, en estas no hay un detonante de tipo pensamiento o emocional, simplemente es algo más orgánico y la paciente lo identifica.

Se puede observar que hay una evidente recaída de tipo emocional, donde a pesar que no haya sintomatología del SII existen ciertas consecuencias negativas y Creencias de tipo Irracional acerca de lo que puede pasar, catastrofizando las situaciones a partir de lo sucedido con sus dos hermanos, por lo que se decide hacer un pequeño Debate de Creencias.

T: ¿Podemos asegurar que en esas fechas pasaría algo malo?

P: No, sin embargo lo relaciono con la muerte de mis hermanos y me aterra.

T: ¿Qué hubiese pasado si efectivamente le pasara algo malo a algún familiar?

P: Me hubiese sentido triste.

T: Es algo realmente triste el que le pase algo malo a algún ser querido, me pregunto, el no haber ido ¿sientes que de alguna manera lo hubiese prevenido?

P: No, a pesar que vaya o no vaya, esas cosas pueden pasar.

T: Entonces me dices que aún no yendo, no se puede prevenir algún incidente, desde tu experiencia, ¿crees que haya servido de algo el que no hayas ido a las fiestas?

P: No, al contrario, me perdí las dos y ya ni siquiera pude ver a mis familiares, además los preocupo por no ir, no lo había visto de esa forma.

Por otra parte se normalizó el hecho que en fechas familiares y especiales, se sintiese triste y decaída, ya que generalmente son eventos donde estarían sus hermanos fallecidos.

Al irse de sesión dice que hoy se siente más tranquila.

Asignación: llevar estos pensamientos afuera, Ensayos Racionales.

Reencuadre de recaída.

Debate Cognitivo.

Asignación: Ensayos Racionales.

### Sesión 11

A partir de esta sesión se cambia a sesiones telefónicas estructuradas, debido a que la paciente tuvo una quebradura en el pie, el tobillo y el peroné; el contacto lo hizo conmigo a través del mismo familiar que le comentó sobre la intervención de pacientes con SII.

Se explora el estado de ánimo de la paciente, dice que se ha sentido mejor, lo que se le debe a que se dejó de centrar en lo que le deprimía para pasar a concentrarse en lo del pie, ejemplo del aprendizaje de la habilidad cognitiva, específicamente la distracción del pensamiento. Ha estado más tranquila y por consiguiente no ha tenido sintomatología del SII, ha estado relajada.

Habla sobre la situación de la quebradura, sus ejercicios de terapia, las personas que la apoyan, etc. El tratamiento durará aproximadamente 6 meses, por lo que a partir de esta sesión todas serán telefónicas.

Continúa hablando sobre su pie, tiene pensamientos más preferenciales y de aceptación cómo: “no hay mal que por bien no venga”, “ya ni pienso que no puedo hacer cosas porque sé que ahora realmente no puede”, “sin embargo, es pasajero”.

Se explora cuál cree que sea la relación con el A-B-C y lo visto anteriormente el hecho de tener esta actitud de aceptación y sentirse tranquila.

Ella se da cuenta que es lo mismo que hacía con el SII, tiene pensamientos favorecedores que le hacen sentir de mejor manera, a continuación se citan algunos:

“No lo puedo hacer por algo pasajero”, “no es algo para siempre”, “más adelante podré hacer muchas cosas más”, “no hay mal que por bien no venga”.

Se le pregunta cómo cree que pueda cambiar cómo se siente en situaciones diferentes y cómo se ve si sucediera de nuevo el SII, a lo que me contesta que puede cambiar lo que piensa de lo que va pasando.

También ha estado utilizando las respiraciones y ejercicios de relajación para bajar la ansiedad cuando le tocan inyecciones o revisiones. Se habla de cómo lo logrado anteriormente es cómo un escudo o una espada en una batalla.

Dice que sí, que ahora se dice pensamientos diferentes, incluso cuando temblaba o sentía nervios, “yo me voy diciendo cosas”, incluso cuando tiene la inyección piensa: “es sólo un piquete, ya he pasado por más cosas” y comienza a sentirse mejor.

La paciente ya ha empezado a tener una generalización del cambio, aplicando los mismos recursos y el modelo Cognitivo Conductual a otras situaciones en las cuales logra cambiar sus creencias y ubica cómo esto la hace sentir y actuar de una manera más benéfica para ella.

Por último se normalizan los nervios, se fomenta el continuar con sus recursos, se le aplaude y refuerza el cambio.

Asignación: continuar con la generalización del cambio.

Exploración de la generalización del cambio.

Fase de mantenimiento.

Asignación: continuar con la generalización, aplicación de reestructuración cognitiva.

### Sesión 12

Se explora el estado de ánimo de la paciente, la sitomatología y se realiza un seguimiento de los cambios.

La paciente ha estado bien, se ha sentido mal algunos días, sin embargo es el dolor de la quebradura, a nivel anímico se siente bien y no se ha sentido deprimida ni nerviosa.

Ha estado relajada, no ha tenido sintomatología del SII y dice que no se ha estresado con ningún tema, “es algo que ya hemos ido trabajando y creo que no es algo que me afecte en estos momentos, lo importante es mi pie y aunque tenga SII no le daría importancia”, aquí se puede ver un ejemplo de proyección en el tiempo.

Exploración de Creencias Racionales.

Mantenimiento del cambio.

La paciente comienza a proyectarse en el tiempo.

### Sesión 13

La paciente habla sobre su quebradura de pie, ha estado bien, aún adolorida por lo mismo.

Tienen algunas preocupaciones que parecen ser Creencias Irracionales de tipo catastrofización, lo cual le hace sentir preocupada ya que pensaba que se estaban saliendo los tornillos y que ello podría implicar otra posible cirugía, operación.

Se normaliza la emoción debido a que es una situación real y probable, un miedo que tiene una razón de ser.

T: ¿Qué se puede hacer al respecto por ahora?

P: Ir al médico y esperar a ver qué me dicen.

T: ¿Pensar sobre ello mejoraría la situación?

P: No (se ríe), es parecido a lo del SII, estoy pensándolo mucho pero no cambia nada si lo pienso.

T: Y claro que lo estás pensando mucho porque es una posibilidad pero aplaudo el hecho que te des cuenta que te está haciendo sentir mal y que no hay ganancias. ¿Qué es lo peor que podría pasar?

P: Es mi novena operación, otra operación sería terrible, es muy doloroso, muy nerviosa. Te lo estoy contando y estoy temblando.

T: ¿Qué es lo peor si la tuvieran que operar?

P: El dolor, endeudamiento. Le doy gracias a Dios que sí tuve con que hacerlo, ahora que lo veo así pues gracias a Dios todo saldría bien, sería algo no muy bueno pero no pasa a más.

T: ¿Recuerda qué es lo que hacía cuando tenía sintomatología del SII?

P: Sí, ignorar el síntoma, respiraciones, relajarme, cambiar los pensamientos, creo eso puedo hacer.

T: Vaya, que bueno que tienes entonces los recursos para enfrentar a esta situación, después de todo sólo era cosa de volver a traerlo ahora.

Asignación: aplicar las mismas técnicas que utilizamos en el SII en nuevas situaciones. ETAPA DE CONSOLIDACIÓN DEL CAMBIO

Etapa de consolidación del cambio.

Se puede ver una aplicación de los cambios del SII en una nueva situación, la quebradura de pie.

#### Sesión 14

La paciente se ha estado sintiendo un poco triste debido a la situación de su pie.

Exploramos un poco sobre ello y se le da un espacio para la expresión emocional.

Abordando la temática del SII dice que se ha inflamado, sin embargo la duración fue de dos días y se lo atribuye al hecho que estuvo pensando de más las situación anterior de los tornillos que creía se estaban saliendo.

Hoy se siente más tranquila, mejor.

Es normal, no está pasando nada, por lo de los tornillos que sentía se salían.

A pesar que se siente mal por una situación que es desagradable para ella, ha estado practicando el debate de Creencias y la creación de Creencias Alternativas más favorecedoras. Anteriormente se desesperaba, no le daban ganas de nada y no comía, sin embargo, a partir de recordar lo que hacíamos con el SII ha cambiado sus pensamientos y ahora son: “es natural que yo esté aquí, es un tiempo, es algo pasajero, va a estar bien mi pie, no es algo grave”. Se aplaude el cambio cómo reforzador social y se le invita a mantener esta dinámica, recordándole que es la generalización de las situaciones y que es un recurso que ahora tiene en la vida.

Se continúa con las sesiones telefónicas como parte del seguimiento y mantenimiento de cambios, sin embargo para finalidad del trabajo de tesis se contempla hasta esta sesión.

CUENTA CON CONCEPTUALIZACIÓN RACIONAL DE LAS  
INCOMODIDADES TRISTEZA CON LO DEL PIE.

La paciente cuenta con una conceptualización racional de las incomodidades, incluso llevándolo a generalizar a otras situaciones de su vida que no sean de la sintomatología del SII, en este caso, en ella se ve una aceptación de la quebradura del pie y existe una emoción “apropiada”, tristeza, como resultado de la situación, sin embargo no le lleva a Creencias Irracionales, hay una flexibilidad de pensamiento.

Cierre de la intervención.

#### 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se pueden observar ciertos cambios en la paciente conforme fueron avanzando las sesiones terapéuticas, estos cambios se pueden observar tanto en los pensamientos que tenía sobre ciertas situaciones, es decir, las Creencias Irracionales, generadoras de sintomatología del SII, así como las diferencias obtenidas en las Creencias que tenía cada vez que presentaba las molestias del padecimiento. Lo anterior coincide con investigaciones anteriores (Spiller, 2007; Hayee, 2007; Pajak, 2013), en las cuales se ha encontrado que el tratamiento psicológico ha sido efectivo en el tratamiento del colon irritable, así como la intervención de psicoterapéutica Cognitivo Conductual (Thijssen, 2010), donde se muestra la relación entre los pensamientos y el SII.

Actualmente, en México, aún no se ha consolidado la referencia a intervención psicoterapéutica como una opción de tratamiento para algunos casos del SII de los cuales no se obtienen resultados favorables con la intervención médica o no hay registros de aspectos biológicos. La mayoría de los artículos que se encuentran sobre el tema lo abordan desde un enfoque médico y aunque algunos consideran los aspectos psicológicos, el tratamiento institucional generalmente continúa siendo médico.

Basado en investigaciones y porcentajes previos, existe elevada población con el padecimiento que no tiene mejorías y sigue siendo parte de un coste alto de salud debido a que en muchos pacientes es algo más psicológico y no biológico. Propongo a partir de los resultados obtenidos en ésta investigación, como en anteriores, de las cuales se ha obtenido un resultado favorable, que en las instituciones públicas y/o gubernamentales de salud se añada la posibilidad de este tratamiento a casos sin causas orgánicas del SII.

Por todo lo anterior, esta y otras investigaciones podrían aportar más conocimiento y datos para una posible alternativa de tratamiento para esta población. Tomando en cuenta las limitaciones que se han tenido hasta ahora, considero que sería necesario adicionar investigaciones desde un enfoque cuantitativo, así como contar con un tiempo más extenso para llevar a cabo la intervención, así como quizás un comparativo entre pacientes que sólo llevan tratamiento médico, otros que tengan una psicoterapia y otros tantos que lleven ambos.

Los recursos de la paciente fueron factores que propiciaron el trabajo terapéutico y la rapidez de los cambios tanto de Creencias, como de sintomatología en este caso específico. El apoyo familiar, la flexibilidad de cambios de tratamiento, la accesibilidad de información, la adaptación al cambio, la capacidad de insight y sobretodo, el deseo de mejoría, fueron puntos que permitieron que las sesiones fueran avanzando con resultados favorables en cortas sesiones.

Entre las limitaciones de la paciente, se encontraba el rechazo a la intervención terapéutica debido a pensamientos pre establecidos en los cuales ella creía que sólo las personas con alguna locura debería ir, por lo que ella asiste a terapia como último recurso y con algunas resistencias al principio, mostrándose un poco distante. Dentro de ésta resistencia, la paciente obtiene puntuaciones bajas en el cuestionario de la Ansiedad, ello se puede explicar también debido a la alta deseabilidad social, dentro de las sesiones no le gusta llamar al estrés o a la ansiedad por su nombre, generalmente lo asigna como “nerviosismo”, cuando se le entrega la prueba no parece estar muy segura, sin embargo, la contesta.

Otro factor que pudo estar relacionado con la puntuación baja es la religión, ya que en sesiones después se ve como la paciente expresa tristeza, nervios o molestia, sin embargo, lo repara diciendo que no hay porqué estar así porque confía en Dios.

Recomiendo la observación, identificación y exploración de pensamientos, emociones y conducta de los pacientes, por encima de cualquier prueba aplicada, los cuales son facilitadores de la comprensión y la conceptualización debida del caso y una herramienta básica del psicólogo.

Para finalizar se puede decir que incluso el trabajar con la aceptación de la sintomatología del SII a través del modelo Cognitivo Conductual puede traer un cambio en los síntomas, debido al cambio de perspectiva del problema y la normalización del padecimiento, siendo una herramienta parte de la TREC, podría explorarse a futuro incluso en pacientes con sintomatología que contenga aspectos biológicos.

## Referencias

- Bautista, R., Ortiz, R., Muñoz, S. (2011). Síndrome de intestino irritable en estudiantes de medicina. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. Vol. 54 N° 3.
- Cho H, Park J, Lim C, Cho Y, Lee I, Kim S, et al. Anxiety, depression and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Gut and Liver*. 2011; 5:29–36.
- Cuesta-Vargas, A.I. y Vertedor Corpas, C. (2016). Actividad física, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* vol. 16 (61) pp. 99-110.  
[Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista61/artactividad664.htm](http://cdeporte.rediris.es/revista/revista61/artactividad664.htm)
- Díaz, S., Díaz, A., Arrieta, K. (2010). Factores psicosociales, sociodemográficos, culturales y familiares asociados a Síndrome de Intestino Irritable. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, vol. 3, núm. 2, junio, 2010, pp. 78-82.
- Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M, et al. Rome IV: The Functional Gastrointestinal Disorders. 130 ed. 2016:1377–1556.
- Ellis, A. (2000). *Usted puede ser feliz. Terapia racional emotiva conductual para superar la ansiedad y la depresión*. Barcelona: Paidós.
- Faresjo A, Grodzinsky E, Johansson S, et al. (2007) A population-based case-control study of work and psychosocial problems in patients with irritable bowel syndrome—women are more seriously affected than men. *Am J Gastroenterol* 102: 371–379. PMID: 17156145
- Gerson CD, Gerson MJ, Chang L, Corazziari ES, Dumitrascu D, Ghoshal UC, et al. A cross-cultural investigation of attachment style, catastrophizing, negative pain beliefs, and

symptom severity in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil.* 2015;27(4):490-500.

Hayee B, Forgacs I. Psychological approach to managing irritable bowel syndrome. *BMJ* 2007;334:1105-9.

Jamali R, Jamali A, Poorrahnama M, Omid A, Jamali B, Moslemi N, et al. (2012) Evaluation of health-related quality of life in irritable bowel syndrome patients. *Health Qual Life Outcomes* 10: 12. doi: 10.1186/1477-7525-10-12 PMID: 22284446

Kabra N., Nadkarni A. (2013). prevalence of depression and anxiety in irritable bowel syndrome: a clinic-based study from india. *Indian Journal of Psychiatry.* 55(1)

Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-1491.

Man, F., Bustos, L. (2013). Síndrome de intestino irritable: ¿Un trastorno funcional? *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, vol. 43, núm. 4, diciembre, 2013, pp. 321-334.

Pajak R, Lackner J, Kamboj SK. A systematic review of minimal-contact psychological treatments for symptom management in irritable bowel syndrome. *J Psychosom Res* 2013; 75:103-12.

Pare P, Gray J, Lam S, Balshaw R, Khorasheh S, Barbeau M, et al. (2006) Health-related quality of life, work productivity, and health care resource utilization of subjects with irritable bowel syndrome: base- line results from LOGIC (Longitudinal Outcomes Study of Gastrointestinal Symptoms in Canada), a naturalistic study. *Clin ther* 28: 1726–1735. PMID: 17157129

Spiegel BM, Farid M, Esrailian E, Talley J, Chang L. Is irritable bowel syndrome a diagnosis of exclusion?: a survey of primary care providers, gastroenterologists, and IBS experts. *Am J Gastroenterol*. 2010;105(4): 848–858.

Sugaya N, Yoshida E, Yasuda S, Tochigi M, Takei K, Takei K, et al. (2013) Irritable bowel syndrome, its cognition, anxiety sensitivity, and anticipatory anxiety in panic disorder patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 67: 397–404. doi: 10.1111/pcn.12069

Surdea-Blaga T, Baban A, Dumitrascu DL. Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2012; 18:616-26.

Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C, Melton LJ 3<sup>rd</sup>. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991;101:927-34.

Tawil, J. (2012). Síndrome de intestino irritable. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, vol. 42, núm. 1, 2012, pp. s24-s25.

Thijssen AY, Jonkers DM, Leue C, van der Veek PP, Vidakovic-Vukic M, van Rood YR, et al. Dysfunctional cognitions, anxiety and depression in irritable bowel syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2010;44: e236-41.

Valenzuela, J., Alvarado, J., Cohen, H., Damiao, A., Francisconi, C., Frugone, L. (2004). Un consenso Latinoamericano sobre el síndrome del intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol*. 27:325-43.

## Apéndices

### IDARE INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

**IDARE**  
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

**INSTRUCCIONES:** Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNC A	ALGUN AS VECES	FRECUE NTEME NTE	CASI SIEMPR E
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

**Calificación** Sumar el puntaje marcado por el sujeto

Ansiedad como estado

Items 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 = Total A

Items 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 = Total B

(A - B) + 50 =

Nivel de ansiedad

\_\_\_\_\_ Bajo (<30)

\_\_\_\_\_ Medio (30-44)

\_\_\_\_\_ Alto (>45)

*Ansiedad como rasgo o peculiar*

Items 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 = Total

Items 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 = Total B

$(A - B) + 35 =$

Nivel de ansiedad

\_\_\_\_\_ Bajo (<30)

\_\_\_\_\_ Medio (30-44)

\_\_\_\_\_ Alto (>45)

## Formatos de Registros

## Registro A-B-C

A	B	C

## Registro de Sintomatología

Síntoma	Duración	Gravedad	Frecuencia

## Formato de Historia Clínica

- Referido por:
- Fecha de inicio de la evaluación:
- Fuente de información:

### 1. Ficha de identificación.

- a. Nombre
- b. Edad
- c. Sexo
- d. Estado civil
- e. Escolaridad
- f. Ocupación
- g. Lugar de nacimiento
- h. Fecha de nacimiento
- i. Lugar de residencia
- j. Nacionalidad
- k. Nivel socioeconómico

### 2. Descripción física del paciente

- a. Complexión
- b. Estatura
- c. Señal particular

- d. Forma de vestir
  - e. Actitud ante la terapeuta
3. Motivo de consulta
- a. Motivo por el que llegó el paciente.
4. Evaluación del problema del paciente
- a. Evolución de los síntomas
  - b. Nivel de padecimiento autopercebido
  - c. Explicación detallada de la evolución del problema
  - d. Descripción detallada de las áreas implicadas
    - Cognitiva
    - Afectiva
    - Somática
    - Conductual
    - Interpersonal
5. Historia familiar
- a. Familiograma
  - b. Descripción breve de las relaciones familiares
  - c. Descripción del entorno social y cultural
6. Historia personal
- a. Historia de desarrollo

- b. Historia conyugal
  - c. Historia de la sexualidad
  - d. Historia escolar/laboral
7. Historia de la salud
- a. Antecedentes médicos generales
  - b. Antecedentes de tratamientos psicológicos
  - c. Padecimientos actuales
8. Otros datos y eventos significativos.
9. Pruebas complementarias
- a. Físicas
  - b. Psicológicas
10. Impresión diagnóstica