



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE TRES  
PACIENTES EN EL PROGRAMA EL JUEGO DEL OPTIMISMO**

**INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A  
VERÓNICA YERALÍN TAPIA FLORES**

**DIRECTORA:** Dra. Mariana Gutiérrez Lara

**REVISORAS:** Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Mtra. Blanca Rosa Girón Hidalgo

**SINODALES:** Mtro. Miguel Ángel Medina Gutiérrez

Lic. Refugio de Ma. González de la Vega y Ayala



**Facultad  
de Psicología**

*CIUDAD UNIVERSITARIA. MEXICO D.F., 2016*



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

*A mis padres, por haberme apoyado en cada paso que he dado, incluso antes de poder caminar. Gracias por la paciencia que han tenido para que este momento llegara.*

*A mis hermanas, que a lo largo de mi vida han sido amigas, cómplices, confidentes y pilares para apoyarme. No habría logrado esto sin ustedes, nunca podré pagarles todo lo que han hecho por mí.*

*Los amo hasta el infinito.*

*A mis amigos, por haberme acompañado en este viaje tan largo y haberlo hecho tan divertido. Gracias por cada sonrisa que han puesto en mi cara. A esas personas cruciales en mi vida, especialmente D.R. y L.V., que de un modo u otro ayudaron en la realización de este trabajo. Gracias por haberse dado el tiempo de leerlo, de opinar y sugerir, de regañarme y ponerme los pies en la tierra cuando lo necesité.*

*Gracias por la tolerancia, por el amor y por haberme apoyado para llegar hasta aquí.*

*Finalmente, gracias a todos esos profesores que marcaron un antes y un después en mi manera de pensar, por ayudarme a aprender todo lo que hoy sé. A mi Alma Máter, mi UNAM. Siempre, por mi raza hablará el espíritu.*

## Índice

### Capítulo 1: PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL EL JUEGO DEL OPTIMISMO

1. Resumen.....	5
2. Programa El Juego del Optimismo.....	5
2.1 Objetivos del Programa.....	6
3. Contexto de la Institución.....	6
4. Actividades Realizadas.....	8
4.1 Aplicación de pruebas de inteligencia.....	8
4.2 Revisión de expedientes de El Juego del Optimismo.....	9
4.3 Intervención individual bajo supervisión en El Juego del Optimismo.....	9
5. Objetivo del Informe Profesional de Servicio Social.....	10

### Capítulo 2: SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

1. Terapia Cognitivo Conductual.....	11
2. Intervenciones y Técnicas Comunes en Terapia Cognitivo Conductual.....	14
2.1 Psicoeducación.....	15
2.2 Técnicas para incrementar una conducta basadas en el condicionamiento operante.....	17
Reforzamiento Positivo.....	17
Economía de Fichas.....	18
Reforzamiento negativo.....	18
Moldeamiento.....	18
Modelamiento.....	18
2.3 Seguimiento Instruccional para la Obediencia Infantil.....	19
2.4 Técnicas para disminuir una conducta basadas en el condicionamiento operante.....	21
Castigo.....	21
Extinción.....	22
Pérdida de privilegios / Coste de Respuesta.....	23
Tiempo Fuera.....	23
2.5 Técnicas de Relajación.....	23

Relajación Muscular Progresiva.....	23
Relajación por control de la respiración.....	24
Relajación Autógena.....	24
2.6 Técnicas de Exposición.....	25
Desensibilización Sistemática.....	25
Terapia Implosiva o de Inundación.....	26
Contracondicionamiento.....	26
2.7 Técnicas Cognitivas.....	27
2.7.1 Reestructuración Cognitiva.....	28
2.7.2 Entrenamiento en Solución de Problemas.....	30
2.8 Entrenamiento en Habilidades Sociales.....	31
2.9 Tratamientos breves y sus ventajas.....	32
3. Formulación de Caso en la Terapia Cognitivo Conductual.....	34
3.1 Definiendo el Problema.....	35
-Mapa Clínico de Patogénesis.....	37
3.2 Generando Objetivos.....	39
3.3 Tomando decisiones.....	40
4. Diseño de Tratamiento en Terapia Cognitivo Conductual.....	41
- Mapa de Alcance de Metas.....	42
4.1 Evaluando Resultados.....	43
5. Psicología Positiva.....	44
5.1 Intervenciones Comunes en Psicología Positiva.....	47
- Visita de Gratitud.....	47
- Las tres bendiciones.....	48
- Tú en tu mejor momento.....	48
- Usando las Fortalezas de una nueva manera.....	48
- Identificando Fortalezas Personales.....	48
- Álbum de Emociones Positivas.....	48
6. Módulos de El Juego del Optimismo.....	49
6.1 Módulo 1: Cambiando nuestro pensamiento.....	50
6.2 Módulo 2: Cambiando nuestro estilo para explicar las cosas.....	51

6.3 Módulo 3: Investigando y analizando nuestro estilo para explicar las cosas.....	53
6.4 Módulo 4: Solución de Problemas.....	54
6.5 Módulo 5: Habilidades para relacionarnos mejor.....	55
6.6 Módulo 6: Taller para padres.....	56

### Capítulo 3: RESULTADOS OBTENIDOS

1. Paciente E. ....	58
1.1 Formulación de Caso de Paciente E. ....	58
1.2 Mapa Clínico de Patogénesis de Paciente E. ....	62
1.3 Mapa de Fortalezas de Paciente E. ....	63
1.4 Mapa de Alcance de Metas de Paciente E. ....	64
1.5 Plan de Tratamiento de Paciente E. ....	65
1.6 Resultados Obtenidos con Paciente E. ....	72
2. Paciente J. ....	73
2.1 Formulación de Caso de Paciente J. ....	73
2.2 Mapa Clínico de Patogénesis de Paciente J. ....	79
2.3 Mapa de Fortalezas de Paciente J. ....	80
2.4 Mapa de Alcance de Metas de Paciente J. ....	81
2.5 Plan de Tratamiento de Paciente J. ....	82
2.6 Resultados Obtenidos con Paciente J. ....	87
3. Paciente M. ....	89
3.1 Formulación de Caso de Paciente M. ....	89
3.2 Mapa Clínico de Patogénesis de Paciente M. ....	94
3.3 Mapa de Fortalezas de Paciente M. ....	95
3.4 Mapa de Alcance de Metas de Paciente M. ....	96
3.5 Plan de Tratamiento de Paciente M. ....	97
3.6 Resultados Obtenidos con Paciente M. ....	102
4. Aprendizajes y habilidades adquiridas durante el desarrollo de este trabajo.....	105

### Capítulo 4: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

1. Taller para padres e hijos: Haciendo a nuestros hijos obedientes .....	108
1.1 Ficha técnica .....	109
1.2 Carta Descriptiva .....	111

1.3 Sesiones del Taller .....	112
Sesión Uno .....	112
Sesión Dos .....	113
Sesión Tres .....	114
Sesión Cuatro .....	116
Sesión Cinco .....	117
1.4 Materiales del Taller .....	118
Hoja de Evaluación Tema II .....	118
Imagen de Tema III .....	120
Lista para evaluar Habilidades de Seguimiento Instruccional .....	120
Hoja de Evaluación Tema III .....	121
REFERENCIAS .....	122

# **Capítulo 1: PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL “EL JUEGO DEL OPTIMISMO”**

## **1. Resumen**

Las actividades de Servicio Social fueron realizadas en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología. En este lugar se le dio atención psicológica individual a tres pacientes: un adulto y dos niños que acudieron solicitando servicio al centro por diversas problemáticas como dificultades en el manejo de conducta de sus hijos, problemas intrafamiliares y problemas de lenguaje. Se trabajó con el programa de El Juego del Optimismo que tiene su fundamento en la terapia cognitivo conductual y en la psicología positiva. Dentro de este programa se utilizan diversas técnicas como reforzamiento positivo, castigo, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas, entre otras. Con estas técnicas se logró observar resultados en todos los pacientes, disminuyendo de este modo la problemática que era su motivo de consulta y en general, mejorando su calidad de vida.

Se inicia este informe con una descripción de la terapia cognitivo conductual y de la psicología positiva así como de las principales técnicas que se manejan dentro de éstas. A continuación se hace una descripción de los materiales que se utilizan en El Juego del Optimismo y de los objetivos que se busca alcanzar con cada uno de ellos. Posteriormente, se presenta la formulación de caso de los tres pacientes atendidos, las técnicas terapéuticas que se utilizaron con cada uno de ellos y los resultados que se obtuvieron.

Se finaliza el trabajo con una propuesta de taller que tiene como objetivo enseñar a los padres a manejar las conductas problemáticas o desadaptativas de sus hijos por medio de técnicas de modificación de conducta.

**Palabras clave: Juego del optimismo, Terapia cognitivo conductual, Psicología positiva**

## **2. Programa El Juego del Optimismo**

El programa llamado El Juego del Optimismo se orienta principalmente a la atención de niños que tienen algún problema de conducta así como a sus familias, y el tratamiento brindado utiliza técnicas derivadas de las terapias de corte cognitivo conductual y de la



psicología positiva. Las intervenciones se les brindan a pacientes que acuden al Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila a pedir atención psicológica. Por lo general, a los niños se les deriva al programa El Juego del Optimismo en todos los casos. Una vez que se hace la evaluación del problema de consulta, se define si la problemática puede ser atendida dentro de este programa o si es necesario derivarlo a otra de las áreas que se tratan en el centro como neuropsicología o terapia familiar, así como sistémica o de corte psicoanalítico.

El tratamiento de los pacientes es brindado de la siguiente forma: un terapeuta y coterapeuta atienden al niño que acude, mientras otro terapeuta y coterapeuta atienden de manera simultánea a los padres o cuidadores del niño. De esta manera se busca que el tratamiento sea integral y que los resultados que se obtengan permitan que mejore la familia en general.

## **2.1 Objetivos del programa**

El objetivo principal de El Juego del Optimismo es desarrollar programas preventivos e intervención para niños que presenten padecimientos de alteraciones en su conducta o salud mental así como con enfermedades crónico degenerativas. El tratamiento también es brindado para la familia de los niños.

Dentro de los objetivos inmediatos se encontraba el poder hacer que las problemáticas de los pacientes que acudieron pidiendo atención pudieran disminuirse con las técnicas que se emplean en El Juego del Optimismo. Se busca de manera primordial la prevención para así mantener la salud mental y física de los pacientes.

## **3. Contexto de la Institución**

Todas las actividades del servicio social fueron realizadas en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila. El objetivo del centro es fomentar la formación práctica de los estudiantes de licenciatura y posgrado del área clínica de la Facultad de Psicología con una supervisión directa. Esa formación permite además brindar apoyo psicológico a niños, adolescentes y adultos que acudan al centro, ya sea de manera individual, grupal, familiar o de pareja.

La filosofía del centro es fomentar el desarrollo de las habilidades profesionales que se espera adquiera el estudiante de psicología con el fin de proporcionar servicios psicológicos

de alta calidad y aplicando los conocimientos adquiridos durante el estudio de la carrera garantizando un trato ético y profesional a los pacientes (Manual de Procedimientos, 2014).

Su **misión** es brindar a los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar, actualizar y consolidar habilidades profesionales. Al mismo tiempo se le ofrece a la comunidad un servicio de calidad desde la perspectiva psicosocial (Manual de procedimientos, 2014).

Su **visión** es ser un modelo de formación práctica, científica y humanísticamente sustentado, que apoye en la consolidación de la formación profesional y especializada de psicólogos críticos y comprometidos con su comunidad y con la sociedad en general (Manual de Procedimientos, 2014).

De acuerdo al Manual de Procedimientos del Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila (2014), se sustentan diversos valores, como:

**Confianza:** que sus acciones estén sustentadas en la confidencialidad y en un trato ético que genere en los clientes seguridad.

**Ética:** mantener principios y valores sustentados en el bien común, apegados a los principios y normas que rigen el ejercicio profesional del psicólogo.

**Respeto:** se refiere a un trato de equidad y dignidad a todo el personal que ejerza actividades dentro del centro independientemente de sus creencias, formas de pensamiento y prácticas.

**Responsabilidad:** realizar las actividades encomendadas en tiempo y forma, manteniendo un alto compromiso para que el resultado de sus acciones favorezcan un servicio de calidad para los clientes internos y externos.

**Profesionalismo:** Brindar la más alta calidad de enseñanza a los estudiantes lo que resultará en una mejor práctica profesional en beneficio de la comunidad.

Entre los servicios que ofrece el CSP encontramos: entrevistas iniciales, canalizaciones, prevención primaria, talleres de habilidades sociales, desarrollo de emociones, manejo de crisis, desarrollo infantil y habilidades parentales. Ofrece además tratamientos de tipo individual, grupal, de pareja y familiar, así como tratamientos de adicciones.

Dentro del CSP funcionan programas de atención psicológica con diferentes orientaciones teórico-prácticas. Uno de esos programas es El Juego del Optimismo, que se encarga principalmente de los casos de niños y de padres con diferentes problemáticas.

#### **4. Actividades realizadas**

Durante los seis meses que duró el servicio social en el Juego del Optimismo estuve realizando las siguientes actividades:

##### **4.1 Aplicación de Pruebas de Inteligencia**

Durante el primer mes de servicio social realicé la aplicación de 87 pruebas de inteligencia Shipley-2 para realizar su estandarización en la población mexicana. Esta prueba de inteligencia debía ser aplicada a personas de diferentes rangos de edad, hombres y mujeres de diferentes partes del país. En mi caso, debía aplicársele a niños y adolescentes de entre 7 y 19 años de edad que vivieran en el Distrito Federal, cumpliendo con las siguientes cantidades de hombres y mujeres:

EDAD	Hombres	Mujeres
7	2	2
8	3	3
9	3	3
10	4	4
11	2	2
12	2	2
13-14	3	2
15-26	4	3
17-19	4	5

La prueba contaba con tres partes: vocabulario, abstracción y bloques. Cada sección se llevaba 10 minutos, 12 minutos y 10 minutos para su resolución respectivamente, haciendo un total de 32 minutos máximos para su aplicación. Luego de la aplicación de las 87 pruebas, debí calificarlas con ayuda de una plantilla de respuestas y regresar los 87 protocolos calificados para que se prosiguiera con la estandarización.

## **4.2 Revisión de expedientes de El Juego del Optimismo**

Durante el segundo mes de servicio social mis actividades principales fueron de tipo administrativo: la revisión de 100 expedientes de pacientes que han acudido a El Juego del Optimismo desde el año 2012 en el Centro de Atención Psicológica Dr. Guillermo Dávila.

Mi función consistía primero, en ordenar los expedientes por fecha de ingreso. Luego, debía revisar que cada expediente contara con los requisitos que se nos pedía: Hoja de admisión, pre consulta, historia clínica, pruebas aplicadas, gráficas de las pruebas aplicadas, formulación de caso, mapas clínicos de patogénesis, mapas de fortalezas, mapas de alcance de metas, plan de tratamiento, notas clínicas de cada sesión y hojas de alta o baja cuando fuera el caso. Asimismo, debía corroborar que todas las historias clínicas, las gráficas que se mostrarán, las notas clínicas y las hojas de alta o baja tuvieran las firmas de los terapeutas supervisores del caso y de no ser así, debía buscar a esos terapeutas para que firmaran lo que hacía falta.

Todo esto debía realizarse por dos importantes razones: 1) La Dra. Andrómeda Valencia responsable del programa El Juego del Optimismo, estaba a punto de dejar el Centro de Servicios Psicológicos por lo que debía asegurarse de que sus expedientes quedaran completos y en orden. 2) La evaluación al CSP para obtener la Certificación estaba próxima y la dirección del Centro pedía que todos los expedientes de cada grupo de servicio social o área de tratamiento fueran revisados y estuvieran organizados.

## **4.3 Intervención individual bajo supervisión en El Juego del Optimismo**

Finalmente, en los últimos cuatro meses del servicio social, brindé tratamiento psicológico individual como coterapeuta a tres pacientes: una mujer de 27 años, un niño de 11 y otro niño de 7. (El tratamiento y los resultados obtenidos con cada uno de los pacientes serán descritos más adelante).

Paciente	Género	Edad	Problemática
E.	Femenino	27	Tiene dificultades en la crianza de su hijo I., no logra la obediencia de éste. Acude también porque su hijo tiene TDAH y quiere aprender a manejar mejor la problemática
M.	Masculino	7	Problemas de lenguaje, retraimiento y dificultades en la relación con su hermano menor
J.	Masculino	11	Problemas de agresión debido a que imita comportamiento violento del padre. Problemas familiares en general.

## 5. Objetivo del Informe Profesional de Servicio Social

El principal objetivo de este trabajo es dar a conocer el tratamiento psicológico con orientación cognitivo conductual que se le ofreció a tres pacientes que acudieron en búsqueda de atención al CSP con diversas problemáticas como sus principales motivos de consulta. Se detallarán las diferentes técnicas de intervención utilizadas con los diferentes pacientes y se hará una descripción objetiva de los resultados obtenidos con cada uno de ellos. Se revisarán algunas de las técnicas que maneja el programa de El Juego del Optimismo y se dará una sugerencia de intervención con los padres de familia y sus hijos que les permita manejar de manera óptima la conducta disruptiva de estos últimos.

## Capítulo 2: SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

### 1. Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha demostrado ser una manera poderosa de intervenir en los problemas psicológicos y conductuales de las personas tanto de adultos, como de niños y adolescentes (Dobson y Dobson, 2009; Robles y Páez, 2007). Los tratamientos cognitivo conductuales se basan en la evidencia empírica, es decir, el terapeuta debe hacer uso consciente y juicioso de la mejor evidencia actual para elegir el mejor tratamiento para sus pacientes y adecuándolo a las necesidades específicas de cada uno de ellos, tomando en cuenta además, las habilidades clínicas del terapeuta con las evidencias disponibles en la investigación (Sacket et. al., 1997; Dobson y Dobson, 2009). La TCC es el tratamiento psicoterapéutico que tiene mayor sustento empírico (Sudak, 2006).

Este tipo de terapia funciona tanto para pacientes que han sido diagnosticados con algún tipo de trastorno, como para pacientes que presentan sólo determinados problemas en su vida sin que sus síntomas encajen en un diagnóstico en específico. Las estrategias utilizadas funcionan para un amplio y variado rango de problemáticas y los terapeutas que las lleven a cabo deben ser altamente capaces de adaptar el tratamiento, ser flexibles y no tratar de enmarcar a su paciente en un trastorno. Los problemas se resuelven uno a uno y para eso se lleva a cabo la formulación de caso del paciente que se presentará más adelante.

Dobson y Dobson (2009) recomiendan que no debe dejar de tomarse en cuenta el contexto en el que se desenvuelven los pacientes que se presentan a terapia, puesto que los problemas que la persona presente se dan en un contexto social y de sus vidas que resulta altamente importante para poder entender las problemáticas y para elegir el método más apropiado para tratarlas. Es importante entender la historia de aprendizaje de los pacientes que los llevaron a desarrollar esos problemas, pero también debe tomarse en cuenta el contexto histórico, social y cultural en el que se desarrollan, de modo que se pueda elegir la intervención más apropiada. El contexto de las personas forma sus pensamientos, sentimientos, puntos de vista, así como sus acciones, sus esquemas de pensamiento, sus reglas de vida y sus filosofías (Friedberg et al., 2011).

Pero, ¿cómo saber cuando las conductas o pensamientos que un paciente presenta son un problema o no lo son? Dobson y Dobson (2009) dicen que en la terapia cognitivo conductual se asume la perspectiva de que hay un “mundo real”, una realidad objetiva que existe independientemente de las interpretaciones que las personas hagan de ella. Así, se asume que aquella persona que interpreta el mundo de la manera más cercana a la que es en realidad, es la persona mejor adaptada y con buena salud mental.

Otra manera de diferenciar las conductas desadaptativas de las adaptativas, es que las primeras tienen un impacto negativo en la vida de la persona que las lleva a cabo y en la vida de las personas que lo rodean. Se vuelven problemáticas en el grado que afectan las diferentes áreas que el paciente considere importantes: como trabajo, familia, relaciones interpersonales, salud, etc.

En la Terapia Cognitivo Conductual se reconocen tres proposiciones o principios (Dobson y Dobson, 2009; Sudak, 2006, Firdberg et.al., 2011):

1. **La hipótesis de accesibilidad:** ésta menciona que es posible que las personas conozcan tanto el contenido como el proceso de su pensamiento. Los pensamientos no son “inconscientes” o inaccesibles al entendimiento de las personas, en lugar de eso es posible que con un adecuado entrenamiento y atención, la gente sea capaz de acceder y conocer sus propios pensamientos.
2. **La hipótesis de mediación:** establece que los pensamientos de las personas median las respuestas emocionales en las situaciones a las que se enfrentan diariamente. En este tipo de terapia no se asume la idea de que una persona que se encuentra en determinada situación simplemente presente una emoción, más bien se asume que la manera en la que esa persona piense e interprete esa situación en particular es lo que determinará la manera en la que se sienta. Asimismo, esas respuestas emocionales son las que median las respuestas conductuales que se lleven a cabo. Esta relación pensamiento-emoción-conducta puede incluso aprenderse (por medio de condicionamiento) y volverse automática a través del tiempo.

3. **La hipótesis de cambio:** en esta se establece que dado que los pensamientos o cogniciones son reconocibles y que éstas median las emociones y las conductas, es posible cambiar intencionalmente la manera en la que una persona se comporta y responde a su ambiente al cambiar la manera en la que piensa. Es posible ser más funcionales y adaptarse mejor al ambiente si las personas entienden y controlan sus emociones y conductas utilizando estrategias cognitivas.

Tal como su nombre lo indica, en este tipo de terapia se manejan estrategias que permitan el cambio de la conducta de los pacientes que les resulte problemática o desadaptativa en su vida, así como también cambiar aquellos pensamientos o tipos de cognición que les impiden llevar a cabo esos cambios o que por sí mismos esos pensamientos distorsionados les acarrearán conflictos. Como menciona Domjan (2010), tan importante es para las personas aprender a realizar nuevas conductas como lo es dejar de realizar aquéllas que ya no les son útiles.

Es importante mencionar que considerando la hipótesis de la mediación, las intervenciones conductuales pueden llevar a cambios cognitivos, así como las estrategias orientadas a cambiar la cognición del paciente pueden derivar en cambios conductuales. En otras palabras, las intervenciones tanto de uno como de otro tipo están íntimamente ligadas y trabajar en un área problemática del paciente puede ayudar a cambiar otras áreas también. Es difícil separar los resultados que se obtienen en la terapia cognitivo conductual con cada una de las diferentes estrategias utilizadas, más bien éstas deben considerarse como un todo orientado a mejorar la calidad de vida del paciente y los problemas específicos que lo llevaron a buscar la ayuda del terapeuta.

Además, otra característica altamente relevante en este tipo de terapia es que se concentra en los problemas actuales del paciente. Cuando un paciente llega presentando determinadas problemáticas, el terapeuta considerará realizar un **Análisis Funcional de la Conducta** de ese paciente. Entender en este momento qué es lo que mantiene la conducta problema del paciente y resolverlo. En el análisis funcional de la conducta se analiza el **antecedente o estímulo discriminativo** que lleva a la persona a tener esos pensamientos o conductas: en qué lugar se llevan a cabo, quiénes están presentes, en qué momento, etc. Se describe operacionalmente la **conducta** problema o el **pensamiento distorsionado** si es el



caso. Y finalmente, se debe identificar las **consecuencias** que la persona obtiene por llevar a cabo la conducta o pensamiento, es decir, si las consecuencias sociales o personales obtenidas por su realización son reforzadoras y por esta razón mantienen el problema.

No es relevante en este tipo de terapia ahondar demasiado en lo que llevó al paciente a presentar esos síntomas en el pasado (como su infancia por ejemplo), sino que es más importante concentrarse en cómo serán resueltos en el presente.

Esto no quiere decir que no se realice una historia clínica o que se le dé nula importancia al pasado del paciente (finalmente esa historia de aprendizaje es lo que lo llevó a tener la problemática), si no que no es necesario detenerse demasiado en esta parte, es mejor concentrar los esfuerzos en la resolución efectiva de los problemas (Dobson y Dobson, 2009).

Sudak, Beck y Wright (2003) identifican algunos componentes cruciales para que el terapeuta sea competente en TCC: realizar una formulación de caso, desarrollar alianzas terapéuticas con los pacientes, mantener sesiones estructuradas, monitorear los progresos, identificar pensamientos y sentimientos, utilizar técnicas cognitivo conductuales, fortalecer la generalización de los resultados del tratamiento así como prevenir las recaídas.

## **2.1 INTERVENCIONES Y TÉCNICAS COMUNES EN TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

Para la intervención en Terapia Cognitivo Conductual se dispone de una amplia variedad de técnicas. La técnica que se utilice dependerá del problema por el que el paciente acuda y de las características mismas del paciente y, si determinada técnica no arroja los resultados esperados, entonces ésta se cambia.

Primero se hablará de las técnicas orientadas al cambio conductual, Dobson y Dobson (2009) mencionan que es recomendable que las estrategias de cambio conductual sean las primeras en introducirse en el tratamiento, de modo que los resultados que se obtengan le permitan al paciente ver que la terapia da resultados y se mantenga comprometido con el cambio, aumentando la energía y la motivación del paciente para continuar con la terapia.

Entonces, la parte de modificación de la conducta implica la “aplicación sistemática de los principios y las técnicas de aprendizaje para evaluar y mejorar los comportamientos encubiertos y manifiestos de las personas y facilitar así un funcionamiento más favorable” (Martin y Pear, 2008, p. 7).

Lo primero que hay que hacer para poder introducirse en el cambio conductual es que el paciente lleve un registro de sus actividades, sobre todo de las más relevantes, lo cual puede realizarse en una hoja: marcando las horas en las que realizó determinada actividad así como cómo se sintió durante la misma y las consecuencias que se obtuvieron por ella (Dobson y Dobson, 2009). Puede llevarse este registro por escrito o puede también ser verbal, esto último sin descuidar que la memoria del paciente puede ser insuficiente para recordar todo lo que se necesita en el registro. Este tipo de estrategias nos permiten además llevar a cabo el Análisis Funcional de la Conducta del paciente.

Las estrategias utilizadas para fomentar el cambio deben intercalarse según Dobson y Dobson (2009), empezando con las conductuales e intercalando las cognitivas, ya que unas refuerzan a las otras. Para la parte cognitiva también se recomienda la realización de un Autorregistro de Pensamientos, en el que se ponen varias columnas indicando la situación, los pensamientos derivados de esa situación específica y la manera en la que estos pensamientos hicieron sentir al paciente (sus emociones), así como las conductas que realizó de manera posterior a éstas.

Las principales estrategias que se utilizan para modificar los comportamientos y pensamientos son las siguientes (se presentan de manera resumida indicando brevemente en qué consiste la intervención y cuál es su utilidad).

## **2.1 Psicoeducación**

Se refiere al uso de técnicas y métodos de enseñanza dirigidos a lograr el aprendizaje del paciente acerca de un determinado trastorno mental y de las formas más eficientes de afrontarlo (Barter, 1984; Goldman, 1988). Este es considerado como el primer paso en la Terapia Cognitivo Conductual. Dobson y Dobson (2009) además, recomiendan que la psicoeducación no se limite únicamente a proporcionarle información al paciente sobre su

trastorno o su problemática, sino también sobre el tipo de terapia con la que se trabaja para que entienda sus principios y fundamentos, así como acerca de las intervenciones que se decida implementar y por qué es que funcionan, sin olvidar proporcionarle información acerca de diferentes lugares fuera de la terapia donde puede buscar ayuda y agrandar su red de apoyo.

Usando psicoeducación es posible que se logre una mejor adherencia terapéutica por parte del paciente, un compromiso con la terapia y con la entrega de las diferentes tareas que a lo largo de la misma se le puedan indicar, además de mejorar la alianza terapéutica (Dobson y Dobson, 2009; Atri y Sharma, 2007).

Según Rebolledo y Lobato (1997) algunas de las ventajas que se obtienen de proporcionar psicoeducación al paciente sobre su trastorno son las siguientes: 1) Proporcionar a los pacientes información actualizada y comprensible acerca de la enfermedad mental; 2) Enseñar a los pacientes a discriminar los síntomas de la enfermedad así como a distinguir efectos secundarios de los posibles medicamentos prescritos; 3) Incrementar el reconocimiento, comprensión y habilidades de afrontamiento de los factores de riesgo; 4) Crear una alianza entre pacientes, familiares y profesionales orientada a disminuir los sentimientos de culpa y resentimientos, a alcanzar metas a corto plazo y a desarrollar habilidades de afrontamiento de crisis; 5) Proporcionar a los pacientes y a sus familiares un ambiente de enseñanza y apoyo, así como la superación del aislamiento y estigmatización asociados con el padecimiento de un trastorno y darle esperanzas realistas basadas en los logros de la investigación científica acerca del padecimiento en cuestión.

La psicoeducación además ayuda a que, al comprender mejor los padecimientos, los pacientes busquen ayuda para resolverlos. El terapeuta debe encargarse también de darle información al paciente sobre dónde puede encontrar esta ayuda (Friedberg et.al., 2011; Dobson y Dobson, 2009).

Otro tipo de psicoeducación es la emocional en la que el terapeuta ayuda al paciente a entender las emociones que experimenta y a reconocerlas, a entender que pueden presentarse en diferentes grados y que tienen valor comunicativo. Por ejemplo, con algunos niños, se les pide que escriban una emoción y que busquen imágenes u objetos que representen a esa emoción particular (Friedberg et.al., 2011).

## 2.2 Técnicas para incrementar una conducta basadas en los principios de Condicionamiento Operante

Los métodos siguientes se consideran tradicionales en el cambio conductual y su principal objetivo es aumentar los reforzadores que el paciente recibe por ciertas conductas y disminuir las consecuencias negativas (Dobson y Dobson, 2009). Se logra entonces, que las conductas aumenten su probabilidad de ocurrencia.

**Reforzamiento positivo:** Si en una situación determinada una persona realiza una conducta que es seguida inmediatamente por un reforzador, es probable que se repita la misma acción la próxima vez que esa persona se encuentre en la misma situación. Al comenzar a reforzar una nueva conducta, se debe seguir un programa de reforzamiento continuo: entregar un reforzador inmediatamente después de cada una de las presentaciones de esa conducta.

Pasos a seguir (Martin y Pear, 2010):

1. Se elige la conducta a reforzar, es decir, aquélla que se busca que aumente.
2. Luego se identifica el estímulo que para esa persona en específico funciona como reforzador (los reforzadores pueden ser de consumo, de actividad, de posesión o sociales). Se recomienda elegir aquéllos que sea posible entregar de manera inmediatamente posterior a la conducta.
3. Se toman en cuenta las operaciones motivacionales (privación – saciedad, no elegir reforzadores que puedan saciar rápidamente al paciente) y se determina la cantidad de reforzador a utilizar.
4. En el caso de la TCC, es recomendable explicarle al paciente cuál es la conducta que se va a reforzar y de qué manera se hará, de modo que el paciente puede trabajar más motivado con el conocimiento de que su conducta será reforzada.
5. Se está alerta a cuando la conducta elegida aparezca y se refuerza de manera inmediata.
6. Luego de un tiempo, se varía el reforzador entregado para evitar que el paciente se sacie de él y se pasa de un programa de reforzamiento continuo a uno intermitente.
7. Se independiza al paciente del programa y se realiza el cambio a reforzadores naturales (que el paciente encuentre en su vida cotidiana).

Dentro de los programas de reforzamiento positivo se puede encontrar también el de **Economía de Fichas**, en el que se entregan reforzadores condicionados (las fichas) por la realización de conductas deseadas y posteriormente se canjean por otros reforzadores según el programa que se haya elegido establecer (como tiempo libre, algún objeto deseado, etc.).

Por otro lado está el **reforzamiento negativo**: retirar un estímulo aversivo al paciente como consecuencia de la realización de una determinada conducta aumenta la probabilidad de que esa conducta se repita. También se conoce como **condicionamiento de escape** (Martin y Pear, 2008).

**Moldeamiento**: Consiste en el reforzamiento inmediato y sistemático de cada aproximación sucesiva a una conducta meta, hasta que ésta se realice. Es decir, se utiliza este procedimiento cuando una conducta no está dentro del repertorio de un sujeto o cuando es muy poco probable que la realice (Domjan, 2010).

Según Martin y Pear (2008), los factores a tomar en cuenta en el moldeamiento son los siguientes:

1. Se debe especificar bien la conducta final deseada.
2. Elegir la conducta inicial que se reforzará; ésta debe estar dentro del repertorio conductual del paciente y debe parecerse de cierta manera a la conducta final deseada.
3. Elegir los pasos a seguir, es decir, las diferentes aproximaciones sucesivas que se irán reforzando durante el tratamiento. Las diferencias entre una conducta y la que sigue no deben ser tan grandes y tampoco tan pequeñas.
4. Mantener un ritmo adecuado en el avance, lo que equivale a reforzar varias veces cada una de las aproximaciones hasta que esté bien establecida antes de someterla a extinción y comenzar a reforzar la aproximación siguiente.

**Modelamiento**: Basado en el Aprendizaje Social de Alfred Bandura (1986). Consiste en presentar un modelo de comportamiento individual o grupal a fin de que un individuo o grupo lo imite o reproduzca de manera igual o semejante al modelo. Para mejorar la aplicación del modelado Martin y Pear (2008) recomiendan:

1. Elegir modelos que sean vistos como competentes o respetados por el paciente.

2. De ser posible utilizar más de un modelo.
3. Los aprendices deben ver que el modelo recibe reforzamiento por su conducta para que sea más proclive a reproducirla.
4. Reforzar la conducta del paciente luego de que la reproduzca.

### **2.3 Seguimiento instruccional para la obediencia infantil**

Los problemas de conducta en los niños resultan ser el segundo trastorno psicológico más común en México (Medina-Mora et.al., 2003). Dentro de éstos los más comunes en la población infantil son el trastorno oposicionista, desobediencia y conducta agresiva (Baker y Abbott Feinfeld, 2007). McMahon y Forehand (2003) reconocen a la desobediencia como la primera conducta disruptiva que aparece en la infancia. El 50% de los padres de niños que no han sido diagnosticados con algún trastorno psicológico reportan que la desobediencia es un problema en casa (Achenbach y Edelbrock, 1981). Tasas bajas de desobediencia (menos del 20%) son consideradas como normales en los niños de cuatro a siete años.

Si este problema no es tratado a tiempo, puede convertirse en un factor de riesgo para el surgimiento de conductas más complejas y dañinas como violencia, consumo de sustancias, actos delictivos y conducta antisocial en la edad adulta (Robins, 1986; Ayala, et. al., 2002). Así, problemas no tan graves como podrían ser la desobediencia y la aparición de “berrinches”, evolucionarán con el tiempo a problemas más serios como agresión, robo y abuso de sustancias.

Muchos padres de niños que presentan problemas de conducta carecen de las habilidades para llevar a cabo prácticas disciplinarias efectivas y, por tanto, necesitan de apoyo para adquirirlas (McMahon y Forehand, 2003). Se ha demostrado en diversos estudios que el entrenamiento a padres para adquirir habilidades que permitan corregir el comportamiento inadecuado en sus hijos y promover el adecuado logra disminuir de manera temprana estos problemas de conducta.

En un estudio realizado por McNeil, Watson, Hennington y Meeks en el 2002, se entrenó a diversos padres para que identificaran y definieran conductas problema así como los antecedentes de éstas, además de un entrenamiento para llevar a cabo procedimientos

que incrementaran el comportamiento considerado como adecuado en los niños y otros para disminuir el comportamiento inadecuado. Luego de una evaluación, se demostró que era posible entrenar en cuatro sesiones a los padres para que llevaran a cabo análisis funcionales de la conducta y con base en éstos diseñar intervenciones que permitieran la modificación conductual de los hijos (McNeil et. al., 2002).

Los entrenamientos que se les dan a los padres para permitirles desarrollar habilidades de crianza incluyen, entre otras cosas, atención hacia los hijos mientras interactúan con ellos, otorgar reforzamiento a aquéllas conductas adaptativas de los niños que los padres quieran aumentar, mantener una disciplina consistente, utilizar procedimientos como el tiempo fuera, costo de respuesta o pérdida de privilegios a modo de castigo para aquéllas conductas de los hijos que los padres pretendan disminuir (Lochman, 2000). También se les enseña a los padres a dar instrucciones claras a los hijos, establecer límites, manejar el estrés, etc. (Stemmler et. al., 2007). Todos estos componentes del entrenamiento tienen su base en los principios de cambio conductual y de aprendizaje y han resultado ser efectivos.

En un estudio realizado por Morales en el 2001 donde se realizó la evaluación de un manual de capacitación a padres para el manejo de la conducta infantil, se encontró que las estrategias de seguimiento instruccional aumentaron de un promedio de 20% en la línea base a 90% luego de la intervención. Ese seguimiento instruccional consta en gran parte de las habilidades previamente señaladas que se enseñan en los entrenamientos a padres. También se encontró en este estudio que las habilidades de los padres para elogiar la conducta apropiada de sus hijos aumentó de un 0% a un 90% luego de la intervención (Morales, 2001).

Por esta razón es que resulta de primordial importancia entrenar a los padres o cuidadores del niño en las habilidades de seguimiento instruccional empleadas para poder lograr la obediencia de éste.

El seguimiento instruccional contiene los siguientes pasos (McMahon y Forehand, 2003; Ayala et.al. , 2001; Morales et.al., 2001):

1. Primero el padre o cuidador debe obtener la atención del niño, colocándose donde el niño pueda verlo y escucharlo claramente.
2. Debe darle al niño instrucciones claras ("Levanta tus juguetes" en lugar de "¿puedes levantar tus juguetes por favor?", por ejemplo).
3. Esperar diez segundos para ver si la obediencia se lleva a cabo.

4. Si el niño obedece, se le da un elogio como reforzador especificando la conducta que se hizo bien (“¡Qué bien que has levantado tus juguetes, lo hiciste muy bien!”).
5. Si el niño no obedeció la instrucción durante esos diez segundos, el padre o cuidador debe obtener de nuevo la atención del niño, cambiar su tono de voz y hacerlo más fuerte y grave para poder darle la instrucción una segunda vez.
6. Se esperan diez segundos por la obediencia del niño.
7. Si el niño obedece en la segunda instrucción ya no se le elogia pues el reforzamiento debe ser para aumentar la conducta de que el niño obedezca a la primera instrucción.
8. Si el niño nuevamente no obedece, entonces se le instiga físicamente para que lleve a cabo lo que se le pidió (sin lastimar al niño se le lleva de la mano y se guía para que levante los juguetes que se le pidió).

## **2.4 Técnicas para disminuir una conducta basadas en los principios de Condicionamiento Operante**

Las técnicas descritas a continuación tienen como objetivo disminuir las conductas problemáticas o desadaptativas del paciente, así como los excesos conductuales que pudieran llegar a tener.

**Castigo:** Se define como la entrega de un estímulo aversivo para el paciente como consecuencia de la realización de una conducta no deseada, así la conducta disminuirá su probabilidad de ocurrencia. Entre más fuerte e inmediato sea el castigo más eficaz resulta. Sigue los mismos pasos que el reforzamiento positivo. En lugar de administrar un estímulo aversivo, puede retirarse un estímulo agradable (reforzador), como consecuencia de la conducta. Esto se llama **castigo negativo** y tiene los mismos efectos. Martin y Pear (2008) dicen que el castigo será más efectivo si a la vez que se castiga la respuesta indeseable, se refuerzan otras conductas alternativas deseables.

Como efectos indeseables derivados de la aplicación del castigo se encuentran: conductas agresivas, conductas de escape y evitación y, si no hay reforzamiento de



conductas alternas, el paciente puede no aprender lo que sí es correcto hacer. Además, los niños pueden aprender a imitar con otros los castigos que a ellos se les aplican (Martin y Pear, 2008).

**Extinción:** Es la técnica de interrumpir o retener un reforzador que mantenía determinada conducta como consecuencia de su aparición. Luego de varias ocasiones en que la conducta se presenta sin recibir el reforzador, ésta tiende a disminuir y desaparecer. Se debe tomar en cuenta que hacen falta varias repeticiones de la conducta a las que no les siga un reforzador para que se dé una reducción obvia en su frecuencia y, para que funcione, es imprescindible que el terapeuta identifique adecuadamente los reforzadores que mantenían esa conducta determinada (Martin y Pear, 2008).

Para hacer más eficaz el uso de esta técnica, Martin y Pear (2008) recomiendan tomar en cuenta los siguientes factores:

1. Tener el control de todos los reforzadores que el paciente podría recibir, es decir, que no obtenga reforzadores por la conducta que se busca extinguir por parte del entorno o de otras personas.
2. La extinción es más rápida y efectiva si a la vez que se retienen los reforzadores por la conducta que se quiere extinguir, se refuerzan conductas alternativas o incompatibles con la primera.
3. El explicar las reglas de la extinción que se llevará a cabo al paciente puede llevar a que la conducta disminuya más rápido ("cada que hagas X, el reforzador Y no ocurrirá más").
4. La extinción será más rápida si la conducta elegida estaba bajo un programa de reforzamiento continuo.
5. No descuidar el posible pico de respuestas en la extinción: cuando la conducta aumenta su frecuencia antes de comenzar a extinguirse.
6. Puede ocurrir la recuperación espontánea de la respuesta luego de un tiempo de haber terminado con el proceso de extinción, sin embargo, con pocos ensayos más, vuelve a desaparecer.

**Pérdida de privilegios:** Es la técnica de retirar de manera inmediata una parte de los reforzadores positivos presentes o futuros después de una conducta inapropiada (Martin y Pear, 2008). También se le llama **Coste de Respuesta**.

**Tiempo fuera:** Consiste en dar un periodo sin reforzamientos positivos a modo de castigo y como consecuencia a la realización de una conducta inapropiada o indeseable. Por ejemplo, sentar al niño en una esquina del salón de clases como consecuencia de haber golpeado a un compañero. Se diferencian dos tipos: el tiempo fuera exclusivo, en el que se aparta a la persona por un período de tiempo breve (cinco minutos), de la situación en la que se está produciendo el refuerzo. Se traslada a la persona a un lugar apartado en el que se carece de otros reforzadores. Por otro lado, está el tiempo fuera no exclusivo en el que la persona no está aislada, pero sí se le priva de los reforzadores, incluida la atención (Martin y Pear, 2008).

## 2.5 Técnicas de relajación

Entre las técnicas más utilizadas en Terapia Cognitivo Conductual están las que se utilizan para provocar la relajación del paciente, pues poder reducir los niveles de activación psicofisiológica resulta ser uno de los principales objetivos terapéuticos, especialmente para los diferentes trastornos de ansiedad. Su uso en la práctica clínica es relevante debido también a que si no se tiene un nivel bajo de activación, se complica poder realizar otras técnicas de intervención (Blanco et.al, 2014). Los procedimientos de relajación no sólo se orientan hacia el aspecto físico, si no también al emocional y al mental del paciente, permitiéndole controlar mejor sus pensamientos (Fernández-Abascal, 1997). Estas técnicas no tienen efectos negativos por lo que también pueden ser utilizadas sólo para ayudar a los pacientes a reducir su estrés y a mejorar en general su calidad de vida. Hay diversos tipos de estrategias orientadas a alcanzar la relajación del paciente como las siguientes:

**Relajación Muscular Progresiva**, consiste en que el paciente tense ciertos músculos de su cuerpo para luego destensarlos y así, compara el nivel de relajación de éstos y sus sensaciones asociadas. Se hace por grupos musculares, es decir, de manera progresiva. En

la versión de Bernstein y Boskovec (1973), se persiguen dos objetivos con esta técnica: alcanzar un estado de relajación profunda cada vez más rápido y controlar el exceso de tensión en situaciones evocadoras de estrés. Con esta técnica el paciente avanza a través del tensado y relajación de 16 grupos musculares en la primer fase, en la siguiente son siete y en la fase final se reduce a cuatro grupos (Payne, 2005). Aprender esta técnica requiere en promedio de seis sesiones.

Otro tipo de relajación es la obtenida por medio del **control de la respiración**. Consiste en darle un ritmo a la respiración del paciente, disminuirla, acompasarla y coordinarla con su ritmo cardíaco. Permite controlar la hipo o hiperventilación en situaciones de ansiedad. Se busca que el tipo de respiración sea diafragmática. La secuencia que se persigue es la de inhalación – pausa – exhalación – pausa, con duraciones variables (normalmente de 3-5 segundos cada fase) pero que no le resulten incómodas o forzadas al paciente. La inhalación y exhalación deben ser nasales.

Disminuir el ritmo de la respiración y hacerlo constante se asocia con la disminución de la ansiedad, el estrés y problemas de insomnio, además de que disminuye la irritabilidad y da una sensación generalizada de tranquilidad y bienestar (Payne, 2005). Es una de las técnicas más utilizadas debido a la facilidad con que se aprende, puede ser aplicada en cualquier lugar ya que aporta resultados inmediatos al paciente (Blanco, et. al., 2014).

Existe también la **relajación autógena** propuesta por Johannes Schultz (1969), que consiste en inducir un estado de relajación en el paciente por medio de autosugestiones: pensar que los miembros pesan, se sienten calientes, sentirse tranquilo, tener confianza en sí mismo, acompasar su respiración y regular los latidos de su corazón. Esto se logra con frases como “mi brazo está muy pesado, muy caliente”, “me siento absolutamente relajado”, “mi respiración es muy tranquila”, etc. El sentir los miembros pesados y calientes está asociado con la vasodilatación y es un síntoma de que la relajación se está logrando adecuadamente (Payne, 2005). También se realiza de manera progresiva, concentrándose en determinadas partes del cuerpo a la vez (primero manos y brazos, pies y piernas, tórax, vientre, hombros, cuello y finalmente, cara).

La relajación ha mostrado buenos resultados en el tratamiento de estrés, ansiedad, insomnio, depresión, agresividad, dolor, etc. Sin embargo, también es importante señalar que hay algunos casos en los que las técnicas de relajación están contraindicadas como en

pacientes con personalidades tendientes a la disociación patológica o en pacientes con síntomas psicóticos en los que podría agravarse la vivencia desintegrativa (García, Monterrey y González de Rivera, 1992).

## 2.6 Técnicas de exposición

También llamadas estrategias de Activación Conductual (Dobson y Dobson, 2009), buscan principalmente disminuir las conductas de evitación del paciente como medio de afrontamiento a ciertas situaciones. Son importantes debido a que la evitación de ciertos estímulos (objetos, situaciones, pensamientos, sensaciones, etc.), lleva a un aumento en la ansiedad del paciente, derivando a la vez en baja autoestima, frustración con uno mismo o incluso depresión (Dobson y Dobson, 2009). Éstas consisten en que el paciente afronte de manera deliberada y sistemática situaciones o estímulos internos que generan ansiedad y otras emociones negativas y/o provocan el impulso de realizar una acción determinada (como podría ser huir de ellos). La persona se enfrenta a la situación hasta que la emoción negativa o el impulso se reduzcan. Se reconocen principalmente tres de estas técnicas:

1. **Desensibilización Sistemática:** Esta técnica es altamente utilizada en el tratamiento de fobias y otros trastornos de ansiedad, también funciona con problemas de disfunciones sexuales, migrañas o alcoholismo (Turner, DiTomasso y Deluty, 1985). Se fundamenta en los principios de Condicionamiento Clásico y permite eliminar la conducta de miedo y la evitación de los estímulos que lo causan. Consiste en que se haga una lista con el paciente sobre todas aquéllas situaciones o estímulos que le provocan miedo o ansiedad, se jerarquizan y, posteriormente, se le va exponiendo al paciente al estímulo evocador de miedo, de manera muy paulatina, empezando por el nivel más bajo en la jerarquía hasta que ya no sienta ansiedad ante esa situación particular; entonces, se avanza al siguiente punto y así sucesivamente (Domjan, 2010). La ansiedad que el paciente experimente ante el estímulo debe ser la suficiente para que se sienta incómodo, pero no tanta que lo imposibilite a continuar con la situación.

La exposición puede ser en vivo o imaginaria dependiendo de las posibilidades y recursos con los que se cuente (Robles y Páez, 2007). Algunas de las ventajas de este tipo de intervención son: habituación a la ansiedad fisiológica, extinción de los miedos y la existencia de oportunidades para que ocurra un nuevo aprendizaje (dejar de asociar el estímulo con miedo o ansiedad) (Dobson y Dobson, 2009).

- 2. Terapia Implosiva o de inundación:** Se fundamenta en el fenómeno de Extinción del condicionamiento clásico, es decir, se presenta el estímulo condicionado (el estímulo que le provoca el miedo o ansiedad al paciente), sin el estímulo incondicionado (las consecuencias de la presentación de ese estímulo que es lo que le provoca el miedo al paciente). Lo que se persigue es que el paciente deje las conductas de evitación ante esos estímulos y se enfrente a la situación estresante (Domjan, 2010). Cuando el paciente se da cuenta de que las temidas consecuencias que él anticipaba de ese estímulo no ocurren, se da la extinción de la respuesta condicionada de ansiedad y/o miedo. La diferencia con la técnica anterior es que en ésta no se hace de manera paulatina o sistemática, si no que la exposición se da a la mayor cantidad de estímulos evocadores de miedo posibles. Funciona en el tratamiento de fobias, ataques de pánico o en trastorno obsesivo compulsivo (Robles y Páez, 2007).
  
- 3. Contracondicionamiento:** Una respuesta condicionada se eliminará más rápidamente si se condiciona una nueva respuesta al estímulo condicionado, al mismo tiempo que se extingue la anterior (Martin y Pear, 2008). Respecto a fobias o trastornos de ansiedad en general, se señala la existencia de respuestas incompatibles con la ansiedad o angustia. Se trata de asociar el estímulo que provoca la respuesta de ansiedad o miedo con un estímulo incondicionado que elicitte una respuesta incompatible, como placer o felicidad. Después de varias asociaciones el estímulo que antes provocaba una respuesta desagradable estará ahora asociado con una respuesta placentera.

## 2.7 Técnicas Cognitivas

Estas técnicas están basadas principalmente en la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis (1985) y en la Terapia Cognitiva de Aaron Beck (1976) (Martin y Pear, 2008). Se hace una diferenciación entre los pensamientos irracionales o automáticos (en palabras de Ellis y Beck, respectivamente) y los esquemas de pensamiento.

Los esquemas son entendidos como las “reglas” que un individuo ha desarrollado a través del tiempo que lo llevan a tener ciertas expectativas sobre el mundo y sobre sí mismo y que guían su comportamiento, generalmente aprendidos a edades muy tempranas. Suelen ser rígidos y percibidos como reales por la persona (Sudak, 2006; Dobson y Dobson, 2009). Los esquemas de pensamiento se convierten en un marco que permite interpretar los eventos en la vida, por ello pueden llevar a un paciente a extremizarlos y verlos como catastróficos por sus experiencias previas y sus creencias sobre sí mismos.

Por otro lado, los pensamientos automáticos o irracionales se refieren más a aquéllos que surgen ante una situación específica y que hacen que se desarrollen ciertas emociones ante ellos, derivando también en determinadas conductas. Estos pensamientos son creencias inexactas sobre sí mismos, el mundo, otras personas, sus experiencias y su futuro y suelen generar un gran estrés en la vida de las personas (Friedberg et. al., 2011).

Se busca, entonces, identificar si el paciente presenta pensamientos o cogniciones distorsionadas o negativas (magnificación, minimización, catastrofización, generalización, pensamiento dicotómico, etc.) y trabajar específicamente con ellas.

Muchas veces en la práctica clínica no es necesario que se lleven a cabo las intervenciones cognitivas, pues los cambios conductuales por sí mismos pueden llevar a modificar las cogniciones del paciente, de ser así el terapeuta debe estar atento y hacérselo notar al paciente de modo que éste se haga consciente del cambio y le resulte más sencillo mantenerlo (Dobson y Dobson, 2009).

Dobson y Dobson (2009) recomiendan que para la tarea de identificación de pensamientos distorsionados, el paciente lleve un Registro de sus Pensamientos, tal y como ya se había mencionado antes. Se le debe enseñar al paciente además, a identificar emociones y a nombrarlas adecuadamente, de modo que sea capaz de reconocer lo que determinada situación lo hace sentir.

Los esquemas de pensamiento también pueden y deben ser modificados puesto que hacerlo lleva a una mejoría más duradera del paciente (Sudak, 2006), pero Dobson y Dobson (2009) recomiendan que éstos sean tratados posteriormente pues resultan más difíciles de modificar.

Los esquemas que se modifican en la terapia son generalmente disfuncionales y negativos y han llevado al desarrollo de ciertas conductas que resultan muy costosas o muy dolorosas para el paciente (Sudak, 2006).

### **2.7.1 Reestructuración cognitiva**

Es un término amplio para diversos planteamientos de índole cognitiva que pretenden reducir los pensamientos automáticos negativos y aminorar los esquemas desadaptativos.

Lo primero que se hace con esta técnica es identificar el contenido cognitivo del paciente y la relación que tiene éste con las emociones que experimenta y con las conductas que realiza. Se le explica la relación entre situación-pensamiento-respuesta.

Los supuestos cognitivos se van a someter a valoración lógica y empírica. Si hay distorsiones cognitivas, es decir, conclusiones o productos cognitivos ilógicos o equivocados, se trabaja sobre ellas y se le hace al paciente pensar acerca de qué tan ciertas resultan éstas, de modo que vaya siendo él mismo quien cambie su contenido cognitivo. Lo mismo ocurre con las creencias irracionales que se identifiquen. Funciona para trabajar con problemas como depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, problemas de pareja, conducta suicida, agresividad, etc.

Los principales tipos de pensamiento con los que debe trabajarse según Dobson y Dobson (2009), son los siguientes: pensamientos que se conecten con emociones muy fuertes, pensamientos asociados con resistentes patrones de conducta, pensamientos que tengan un fuerte grado de creencias asociadas y pensamientos repetitivos (pues éstos llevarán a identificar los esquemas del paciente).

Dentro de las diferentes distorsiones de pensamiento se pueden encontrar las siguientes: pensamiento dicotómico, catastrofización, lectura de mente (asumir lo que otros están pensando sin evidencia), descalificación de lo positivo, magnificación o minimización,

personalización, sobregeneralización, atribuciones erróneas, etc. (Dobson y Dobson, 2009). Trabajar en los pensamientos automáticos distorsionados permitirá cambiar los esquemas también.

Se utilizan tres preguntas para cuestionar los pensamientos negativos (Dobson y Dobson, 2009): 1. ¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de ese pensamiento?; 2. ¿Cuáles son las maneras alternativas para pensar en esa situación?; 3. ¿Cuáles son las implicaciones de pensar de esa manera?

Para cada una de esas preguntas se utilizan diferentes intervenciones, de modo que el paciente sea capaz de darse cuenta de por qué su pensamiento es más negativo de lo que debería o por qué está distorsionado, si es que hay otras maneras de pensar que le sean más útiles o saludables y si es que esos pensamientos se asocian con esquemas o con inferencias que son desadaptativas.

Para lograr el cambio de distorsiones cognitivas es necesario someter a comprobación los pensamientos del paciente, buscar evidencia a favor y en contra de cada uno de ellos. Para eso se pueden dejar de tarea algunos experimentos conductuales (como preguntarle a otra persona cómo pensaría acerca de determinada situación); se les pide que piensen sobre situaciones similares en las que la evidencia contradijo su pensamiento; si son tendientes a personalizar los problemas en los que se encuentran (atribuirse toda la responsabilidad de lo malo que les pasa a ellos mismos), se les puede pedir que piensen en otras causas que pudieran ser responsables por la situación de una manera más realista.

Si se observa que la evidencia está a favor del pensamiento desadaptativo, pero tanto el paciente como el terapeuta están conscientes de que ese pensamiento es negativo o más estresante de lo que debería, entonces se proponen maneras alternativas de pensar que sean menos desadaptativas, luego el paciente evalúa las ventajas y desventajas del pensamiento anterior y del nuevo que se generó.



## 2.7.2 Solución de problemas

En la terapia se busca que el terapeuta funcione como un solucionador de problemas para el paciente, ayudándolo a pasar de su estado en curso (los problemas, las quejas, los síntomas y lo que lo haya llevado a buscar ayuda), al estado deseado (la solución de los problemas y el alcance de sus objetivos) (Nezu et.al., 2006). Por eso, se utiliza un **Modelo de Resolución de Problemas**.

Este modelo se constituye por los siguientes pasos (Nezu et.al, 2006):

- a) *Definir el problema*, por qué una determinada situación es considerada como problemática.
- b) *Generar opciones*, se refiere a crear, utilizando una *lluvia de ideas*, una lista extensa en la cual sea probable identificar opciones que resulten eficaces para la resolución del problema.
- c) *Toma de decisiones*, la meta aquí es evaluar y analizar cada una de las opciones generadas para solucionar el problema, ponderando las consecuencias positivas y negativas de cada una, de modo que se encuentre aquella que resulte más conveniente.
- d) *Evaluación de los resultados*, que consiste en supervisar y evaluar si el plan de solución con las opciones que se eligieron dio resultado o no lo hizo. Si lo hizo se asume que el problema ha quedado resuelto, y de no ser así, se vuelve al inciso b) para elegir una nueva opción de resolución.

El Modelo de Resolución de Problemas es aplicado de manera general en la Terapia Cognitivo Conductual: se les enseña a los pacientes a llevarlo a cabo para cualquier problema que se presente en su vida. Esta técnica permite trabajar con problemas de pareja, familiar, trastornos de ansiedad, etc. Puede también utilizarse de manera conjunta por paciente y terapeuta para buscar las mejores soluciones para los problemas que el primero presente y puede usarse únicamente por el terapeuta para buscar opciones cuando tenga algún problema en la toma de decisiones clínicas en el caso de un determinado paciente en terapia.

## 2.8 Entrenamiento en habilidades sociales

Con este tipo de entrenamiento se busca que el paciente sea más eficaz en su medio, se adapte mejor y sea más fácil para él relacionarse con las demás personas. En esta técnica se tiende a incrementar la capacidad del paciente para adoptar conductas que sean socialmente aceptadas, incrementa su asertividad y también su sentimiento de autoeficacia.

Se define como asertividad el comportamiento de aquellos individuos capaces de expresar directa y adecuadamente sus deseos, opiniones y sentimientos (sean éstos positivos o negativos), en situaciones sociales e interpersonales (Robles y Páez, 2007). Esto incluye todas aquellas situaciones que puedan requerir expresar opiniones, rechazar propuestas, expresar enojo, amor, afecto, etc. De acuerdo con Gambrill (1977), las conductas asertivas se adquieren por medio del reforzamiento y se eliminan por extinción o castigo.

Con entrenamiento en asertividad se permite tratar problemas como fobia social, trastorno de la personalidad por evitación, trastorno obsesivo compulsivo, los síntomas negativos en la esquizofrenia, depresión, etc. (Robles y Páez, 2007; Dobson y Dobson, 2009).

También se le enseña al paciente a mejorar sus habilidades de comunicación y relaciones interpersonales: cómo iniciar una conversación, modular su tono de voz y la velocidad del discurso, manejar su lenguaje corporal, mantener la conversación activa, cómo hacer y responder a preguntas, saber escuchar adecuadamente al otro, etc. Sin embargo, teniendo en cuenta que no hay sólo una manera de comunicarse “bien”, lo anterior se le da al paciente a modo de recomendaciones, no como el único y mejor método para comunicarse (Dobson y Dobson, 2009).

Para reforzar lo aprendido se practica en la terapia, primero modelando el terapeuta, posteriormente, dejando que el paciente lo haga y ofreciendo retroalimentación, así como reforzamiento tanto por el esfuerzo como si el paciente lo hace bien (Caballo, 2002). Además, para reforzar lo aprendido, se recomienda que practique en otros contextos de su vida como iniciar tres conversaciones en la semana con personas diferentes.

## 2.9 Tratamientos breves y sus ventajas

En la actualidad existen una amplia variedad de tratamientos psicológicos que tienen como objetivo ayudar al paciente a disminuir sus problemáticas. Sin embargo, todas estas aproximaciones terapéuticas tienen características específicas. Una de ellas es la duración del tratamiento que se requiere para lograr que el paciente mejore. Podemos encontrar tratamientos que pueden llegar a durar años, como el psicoanálisis que, según algunos estudios han encontrado, para lograr un análisis completo del paciente se pueden llegar a requerir hasta 840 sesiones aproximadamente (Minici et.al., 2006).

Por otro lado se ha encontrado que algunas aproximaciones como la Terapia Cognitivo Conductual cuya duración promedio es de veinte sesiones (Dobson y Dobson, 2010) reporta resultados incluso mayores en la disminución de las problemáticas presentadas por el paciente. Como ya se mencionó anteriormente este tipo de terapia está basada en la evidencia: se ha demostrado a lo largo de los años y con apoyo de diversos estudios que es funcional para el tratamiento de una amplia variedad de trastornos. La evidencia científica demuestra que para lograr la obtención de resultados, no se requieren análisis largos (Minici et.al., 2006).

Como ya se ha explicado, dentro de la TCC se utilizan diversas técnicas que son incluso de menor duración (es posible enseñarlas al paciente en una o dos sesiones) y que han demostrado resultar eficaces para mejorar la vida de los pacientes. Entre ellas las ya mencionadas Solución de Problemas y Entrenamiento en Habilidades Sociales. Estas permiten trabajar con asuntos y problemáticas concretas y específicas que llevaron al paciente a buscar ayuda. Al delimitar las áreas que se van a trabajar con éstas técnicas, se permite que la atención tanto del paciente como del terapeuta estén bien orientadas hacia los objetivos, por lo que el tratamiento además de ser breve, resulta funcional.

Una vez demostrado que con tratamientos y técnicas breves así como fáciles de enseñar al paciente es posible obtener resultados favorables en cortos períodos, se vuelve incluso una obligación ética del terapeuta recurrir a estos tratamientos que han demostrado su eficacia en lugar de recurrir a tratamientos más largos y complicados, que no delimitan objetivos claros y que pueden llevar al paciente a invertir una gran cantidad de tiempo y recursos sin saber si obtendrá los resultados que espera.

En algunos tratamientos largos por lo general no se va haciendo una delimitación de los temas o problemáticas a tratar. El psicoanálisis por ejemplo, utiliza como una de sus principales técnicas la asociación libre, lo que permite que el paciente toque durante el análisis cualquier tema o asunto que acuda a su mente, provocando así que el tratamiento pueda ser alargado de manera indefinida y sin ubicar objetivos específicos para el mismo.

### 3. Formulación de caso en la Terapia Cognitivo Conductual

Como dice Nezu et. al. (2006) “la Terapia Cognitivo Conductual bien aplicada por lo general cubre primero una formulación de caso y, después, con base en ella, diseña un plan de tratamiento *ajustado* a un paciente específico” (p. 4).

La formulación de caso se considera como un conjunto de hipótesis, delineadas por una teoría u orientación terapéutica (en este caso, cognitivo conductual), sobre las variables que funcionan como causas, detonadores o factores que mantienen los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales del individuo (Eells, 1997). Se concentra en el paciente más que en su diagnóstico o trastorno (Friedberg et. al., 2011).

En la formulación de caso, el terapeuta busca entender la historia de su paciente, obtiene descripciones de la vida de éste, así como de los factores que influyen o influyeron en la aparición y el mantenimiento de los problemas. Para esto se utilizan diferentes métodos como las entrevistas, la observación del paciente (su lenguaje corporal, su apariencia), o los test psicológicos. El objetivo de una formulación de caso radica además en que el terapeuta añade un apartado de terminación de la terapia, en la que se incluyen los objetivos específicos y las metas que se pretenderá alcanzar con el tratamiento (Nezu et.al., 2006; Friedberg et. al., 2011). El terapeuta debe pensar cómo es que intentará alcanzar esas metas con el paciente.

Así, Nezu (2006) resume los objetivos de la formulación de caso en TCC:

- Comprender con detalle los problemas que presenta el paciente
- Identificar las variables que se relacionan de manera funcional con esas dificultades
- Diseñar objetivos y metas de tratamiento

Friedberg et.al. (2011) dice que una formulación de caso permite además elegir las mejores intervenciones para resolver los problemas del paciente, distinguir entre la información relevante y la que no lo es, predecir algunos comportamientos y evaluar la terapia en general. En una formulación de caso lo primero es recabar una gran cantidad de información respecto al paciente sobre diversas áreas de su vida, de modo que esto permita entender mejor su entorno y su funcionamiento en el mismo.

Dobson y Dobson (2010) dicen de manera reiterativa que el proceso de formulación de caso debe ser realizado en conjunto con el paciente, el terapeuta debe comentar con él las hipótesis de causalidades que tenga y las ideas acerca de los objetivos que deberían perseguirse con la terapia. El paciente es el único experto en sí mismo, por ello el terapeuta debe estar abierto a correcciones en sus ideas y a adaptarse a lo que el paciente considera como más importante para él resolver. La formulación de caso, en opinión de estos autores, debe ser un proceso continuo durante el tratamiento, abierto a modificaciones en cualquier momento, evitando sesgos por parte del terapeuta y siempre creado en equipo con el paciente. Los objetivos finales pueden ir cambiando al tiempo que la terapia avanza o pueden añadirse nuevos, esto en función del paciente y lo que desea, así como las hipótesis de causalidad pueden cambiar según el terapeuta va obteniendo nueva información sobre el paciente a lo largo de las sesiones. Recomiendan que la formulación de caso se lleve a cabo desde la primera sesión terapéutica con la información recabada de la entrevista inicial, pero remarcan que puede (y debe) ser modificado en cualquier momento posterior.

Nezu, Nezu y Lombardo (2006) recomiendan que al realizar la formulación de caso se siga el Modelo de Resolución de Problemas que ya se explicó previamente. Esto significaría que los mismos pasos que se siguen en el modelo, se sigan para realizar la formulación: primero, definir el problema (el caso, los síntomas y lo que los provoca o mantiene); posteriormente, por medio de una lluvia de ideas, definir los que podrían ser los objetivos a seguir en el tratamiento, así como las intervenciones que se cree podrían funcionar mejor para alcanzarlos; a continuación, se debe evaluar las opciones que se generaron como posibles objetivos y como posibles intervenciones, considerar las consecuencias positivas y negativas de cada opción y tomar decisiones; una vez llevadas a cabo las intervenciones se continuaría con la evaluación de resultados: si funcionó, no lo hizo, si la intervención fue llevada a cabo adecuadamente, si los objetivos estuvieron bien planteados, etc. Así, de no haber funcionado, se deben hacer modificaciones. Todo este proceso debe llevarse a cabo en comunicación y colaboración con el paciente.

### **3.1 Definiendo el problema**

La primera parte de la formulación de caso consiste en entender el problema del paciente lo mejor posible. Nezu (2006) menciona que para poder aumentar la probabilidad de

realizar una evaluación exhaustiva del caso de un paciente, se debe prestar atención a las áreas siguientes:

- Variables relacionadas con el paciente
- Variables relacionadas con el ambiente
- Dimensión temporal
- Dimensión funcional

Refiriéndose la primera a aquellos **factores relacionados con el paciente** se consideran variables de antecedentes conductuales, afectivos, cognitivos, biológicos, culturales o sociales. Los problemas conductuales serán clasificados como déficits o excesos conductuales. En la parte afectiva se abarca la variedad de estados de ánimo y emociones como ansiedad, depresión, ira, temor. En la parte de las variables cognitivas se reconocen distorsiones o deficiencias cognitivas. Referente a las variables biológicas se pueden encontrar aquellos factores médicos, fisiológicos y físicos que pueden ser problemas en sí mismos o relacionarse de alguna forma con los problemas emocionales o psicosociales del paciente. Finalmente, en la parte cultural o social se incluye aquello como raza, orientación sexual, estado socioeconómico, que pudieran estar jugando algún papel en el mantenimiento o en la aparición de los problemas.

En los **factores relacionados con el ambiente** se considera el ambiente físico: la vivienda del paciente, con cuántas personas la comparte, clima y condiciones de vida; y el ambiente social: relaciones del paciente con amigos, familiares, pareja, etc.

Para comprender los **factores de la dimensión temporal** se recomienda que el terapeuta recopile suficiente información sobre el funcionamiento anterior y actual del paciente, de modo que se pueda precisar mejor en qué momento y de qué maneras las problemáticas de éste han afectado su manera de funcionar en las diferentes áreas de su vida. Se debe tomar en cuenta que los antecedentes o eventos en curso o próximos pueden y a menudo funcionan como detonantes para ciertas conductas, pensamientos o estados afectivos del paciente que resultan problemáticos o desadaptativos, además de que los factores distantes en el tiempo han podido intervenir en el desarrollo de la problemática actual (Nezu et.al., 2006), por ello resulta de suma importancia obtener información a este respecto permitiendo una formulación de caso más precisa.

La **dimensión funcional** se refiere a la covariación existente entre las variables y su relación con los resultados finales esperados de la terapia. Estas relaciones funcionales pueden entenderse como de qué manera un evento o estímulo se relaciona con los resultados instrumentales o finales establecidos:

“Por ejemplo, B quizá no sea la “causa” original de A, pero opera como la razón por la que A persiste. Entre las razones posibles para esta función de sostenimiento se hallan las siguientes: 1) porque B sirve como estímulo que provoca A (es decir, un estímulo o desencadenante discriminativo), o 2) que B sirve para aumentar la probabilidad de que A persista debido a sus propiedades reforzadoras en relación con A” (Nezu et.al., 2006, p. 22).

Para conseguir el mejor entendimiento y planteamiento de los síntomas y problemáticas del paciente, autores como Nezu, Nezu y Lombardo (2006) recomiendan la realización de un **Mapa Clínico de Patogénesis**.

Este se refiere a una descripción gráfica de las variables hipotéticas que intervienen en la aparición o en el mantenimiento de los problemas del paciente. En este mapa se plasman las hipótesis iniciales del terapeuta, pero siempre pueden ser corregidas o avaladas por el paciente. Al igual que la formulación de caso, el mapa de patogénesis está abierto a modificaciones según nueva información del paciente va surgiendo en las sesiones, de modo que algunas hipótesis pueden desecharse y añadir nuevas.

La relevancia de realizar este mapa es que permite al terapeuta diseñar de una manera más clara un plan de tratamiento que se adecue a las necesidades de ese paciente en específico (Nezu et.al., 2006).

En este mapa deben incluirse según Nezu, Nezu y Lombardo (2006) los siguientes elementos:

- **Variables distantes:** son los factores históricos o de desarrollo del paciente que pudieran ser los responsables del surgimiento inicial de los problemas. Como ejemplos se tienen: traumas graves, experiencias de aprendizaje tempranas, carencia de modelos sociales adecuados, sucesos cotidianos estresantes. También se llaman variables estáticas dado que no pueden ser modificadas.
- **Variables antecedentes:** En este apartado se incluyen cualesquiera variables que se relacionen con el paciente ya sean conductuales, cognitivas, estados de ánimo,



biológicas o variables ambientales como lugares o presencia o ausencia de otras personas. Estas variables se caracterizan por funcionar como estímulos desencadenantes o discriminativos para la aparición de las conductas, cogniciones o afecciones desadaptativas o problemáticas del paciente.

- **Variables orgánicas:** Factores relacionados con el paciente que median las respuestas. Son las respuestas físicas, cognitivas, emocionales que se experimentan durante los síntomas o problemáticas que el paciente presente. Funcionan como mediadores de repuesta, variables que explican porqué una determinada respuesta aparece después de cierta variable antecedente; así también funcionan como moderadores de respuesta, variables que influyen en la solidez o dirección de la relación entre la variable antecedente y la respuesta desadaptativa del paciente.
- **Variables de respuesta:** Las conductas que el paciente lleva a cabo cuando está viviendo los síntomas, cómo reacciona de manera motora (huye, se aleja, evita la situación, etc.).
- **Variables de consecuencias:** Son los resultados que se obtienen por la realización de las conductas. Son las que determinan si se aumenta o disminuye la probabilidad de la aparición de la conducta (según si es reforzante o no lo es). Se refieren tanto a lo que sucede con el paciente en sí mismo como lo que sucede en el ambiente. Estas consecuencias por lo general son las que determinan que una respuesta desadaptativa persista.

Para poder comprobar si el mapa realizado es válido, es importante que el terapeuta se lo muestre al paciente y a algunos allegados de ser necesario. "La retroalimentación del paciente es útil respecto de la pertinencia, importancia y necesidad de los problemas y objetivos seleccionados" (Nezu et.al., 2006, p. 33). También se puede comprobar la validez del mapa clínico de patogénesis haciendo algunas predicciones respecto a las hipótesis planteadas y sometiéndolas a prueba, por ejemplo, predecir algunos resultados en pruebas o cuestionarios psicológicos que midan las variables que se conocen como problemáticas en el paciente.

### 3.2 Generando objetivos

Se diferencian dos tipos de resultados esperados en TCC, los **resultados finales** y los instrumentales (Nezu et.al., 2006). Los primeros se refieren a lo que se espera obtener al final de la terapia, es por lo que el paciente acude buscando ayuda, por ejemplo, reducir la depresión. Por otro lado, los **resultados instrumentales** se refieren a metas más pequeñas y a un menor plazo que permitan afectar los resultados finales que se persiguen.

Los resultados instrumentales reflejan la visión del terapeuta, su interpretación acerca de las diferentes variables que han intervenido en los problemas del paciente y que intervendrán en los objetivos finales.

La diferenciación entre estos dos tipos de resultados permiten delinear, aplicar y evaluar el tratamiento que el terapeuta decida llevar a cabo (Nezu, Nezu, Friedman, Haynes, 1997).

Al definir lo que serán los objetivos finales del tratamiento hay algunas discrepancias entre autores, por ejemplo: Dobson y Dobson (2010), dicen que es mejor concentrarse en lo que el paciente entiende como un problema y que quiere resolver, fuera de concentrar los esfuerzos como terapeutas en tratar de introducir los síntomas o signos del paciente en un criterio diagnóstico. Hacia la resolución de esos problemas es que deben orientarse los objetivos finales del tratamiento.

Por otro lado, Nezu, Nezu y Lombardo (2006), dicen que los terapeutas por lo general deben traducir los problemas que el paciente presenta (como “me siento muy triste todo el tiempo y quisiera sentirme mejor” o “es que me cuesta trabajo hablar en público”) a diagnósticos formales (como serían trastorno depresivo o ansiedad social) o, en el mejor de los casos, a situaciones conflictivas específicas (como reducir sufrimiento, mejorar habilidades sociales).

Independientemente de si el paciente cumple con los criterios diagnósticos para un determinado trastorno, lo importante continúa siendo disminuir los problemas que trajeron al paciente a terapia. Finalmente, si se logran disminuir poco a poco los diferentes síntomas, llegará el punto en el que el paciente ya no cumpla con los criterios diagnósticos y por lo tanto, el trastorno ya no se considerará como presente o podría considerarse en su fase residual, lo que también implicaría una mejora.

Al igual que en el modelo de resolución de problemas, en este caso se recomienda que el terapeuta al realizar su formulación de caso lleve a cabo una lluvia de ideas mediante la cual se generen diversas opciones que pudieran funcionar como resultados instrumentales y finales del tratamiento.

### **3.3 Tomando decisiones**

Posteriormente, se llevaría a cabo la toma de decisiones con el apoyo del paciente para elegir aquéllas opciones que, luego de ser evaluadas cuidadosamente y ponderadas sus consecuencias positivas y negativas así como su utilidad, resulten las más importantes para el paciente mismo. Dice Nezu (2006) "la meta de esta actividad de resolución de problemas es elegir resultados instrumentales que, cuando se fijan como objetivos, maximicen el éxito del tratamiento" (p. 25).

Al llevar a cabo la toma de decisiones, se debe evaluar la probabilidad de que una opción facilite en realidad el alcance de un objetivo, así como que la persona que la aplique sea capaz de realizarla de manera óptima. Se evalúa si la realización de ese resultado instrumental elegido realmente llevará a la consecución de uno de los resultados finales para ese paciente en particular, si esa meta establecida es posible realizarse según la bibliografía, si el terapeuta es capaz de tratar ese problema en específico con las intervenciones pertinentes y aplicadas de manera adecuada.

Al considerar las intervenciones que se llevarán a cabo es importante considerar algunos puntos (Nezu et.al., 2006): el tiempo, esfuerzo y recursos que se deberán invertir, el costo o la ganancia emocional que llevará consigo, la consistencia de esos resultados con los valores éticos propios, los efectos o riesgos que podría tener en el paciente, si esa intervención en particular afectará a otros problemas o áreas problemáticas del paciente, si esos cambios afectarán y de qué manera al círculo social del paciente como amigos, familia, pareja.

Al elegir los resultados instrumentales debe buscarse maximizar los efectos positivos y minimizar los negativos en la vida del paciente. De este modo es como se priorizan las áreas de tratamiento y los problemas objetivo (Nezu et.al., 2006).

#### **4. Diseño de tratamiento en terapia cognitivo conductual**

Las metas que se persiguen son dos (Nezu et.al., 2006): 1) Elaborar un plan de tratamiento general que ayude al paciente a alcanzar sus metas y, 2) identificar los componentes y métodos necesarios para una aplicación óptima del plan de tratamiento general. Teniendo tanto la formulación de caso como el mapa clínico de patogénesis, este paso resultará más sencillo, sin embargo, aún debe tenerse cuidado con que las intervenciones que se elijan para tratar los problemas y síntomas del paciente se adapten a él, sin descuidar sus características únicas, la severidad de los síntomas o los problemas comórbidos.

A pesar de que las metas u objetivos de tratamiento ya fueron definidos en la formulación de caso, es en el diseño del tratamiento donde se elaboran a más profundidad (Dobson y Dobson, 2009). Los objetivos deben especificarse entre el terapeuta y el paciente, debe haber acuerdos respecto a lo que se hará en el tratamiento y esto involucra al paciente con el cambio y mejora la alianza terapéutica, por esto es que las decisiones deben tomarse conjuntamente.

La eficacia de cada técnica o intervención que se decida utilizar con el paciente dependerá de sus características individuales así como de la pericia del terapeuta al llevarlas a cabo. Es necesario por esto que el terapeuta esté al tanto de las diversas técnicas disponibles para cada trastorno o síntoma y de las diferentes maneras en que cada una de esas técnicas se puede llevar a cabo, de modo que si una técnica no resulta eficaz, pueda cambiarse o realizarse de manera distinta.

Así, siguiendo el modelo de resolución de problemas, el terapeuta y el paciente en un proceso colaborativo y por medio de una lluvia de ideas generan opciones: las posibles metas a alcanzar y las técnicas o tratamientos que podrían ayudar a alcanzarlas. Para esto se debe acceder a la bibliografía disponible, tratando de encontrar el universo de técnicas que han resultado útiles para resolver un determinado problema.

Las metas pueden separarse entre las que buscan disminuir algo (ansiedad, estrés, sentimientos de tristeza) o aumentar algo (habilidades sociales, niveles de actividad). Así como también pueden dividirse entre metas conductuales, cognitivas, afectivas,

interpersonales o ambientales y deben ser específicas, medibles, alcanzables, realistas y relevantes para el paciente (Dobson y Dobson, 2009).

Posteriormente se llega a la toma de decisiones, donde el terapeuta deberá evaluar las ventajas y desventajas que para un paciente específico puede tener llevar a cabo determinada técnica. Deben elegirse con prioridad aquéllas técnicas que han probado su eficacia con el problema específico a tratar (Nezu et.al., 2006).

El grado de motivación del paciente respecto de una técnica o intervención en particular también es de importancia a la hora de evaluar si ésta funcionará de manera adecuada o no (Dobson y Dobson, 2009). Tiene que ver además con la alianza terapéutica: si se eligen objetivos relativamente sencillos de alcanzar pronto en la terapia, el paciente se compromete más con el tratamiento al ver resultados, aumenta su sentimiento de autoeficacia y ayuda a mejorar la adherencia al tratamiento.

Al elegir una determinada técnica o intervención sobre otra es necesario tomar en cuenta diversos factores:

Consecuencias personales: recursos y tiempo que deben invertirse tanto por parte del paciente como del terapeuta, esfuerzo requerido por ambas partes, costos y ganancias para el paciente, efectos secundarios del tratamiento y efectos positivos o negativos que pudiera tener en otras áreas problemáticas del paciente.

Consecuencias sociales: de qué manera los resultados obtenidos con esa técnica repercutirán en las personas allegadas al paciente, si estas personas apoyan el tratamiento el grado de mantenimiento y generalización de los resultados que se obtengan será mayor.

Consecuencias a corto y a largo plazo.

Así, Nezu (2006) dice que un plan de tratamiento debe ser eficaz para tratar la problemática y alcanzar las metas, teniendo bajos costos temporales y financieros, recurrir a la red social del paciente, reduciendo la sintomatología y aumentando la calidad de vida.

Una vez elegidas las técnicas que se utilizarán y llevadas a cabo, para poder evaluar los resultados obtenidos es indispensable la retroalimentación del paciente. Para ello, Nezu (2006), además recomienda la realización de un **Mapa de Alcance de Metas**, en el que podrán ser comparados los resultados esperados con los obtenidos.

Este mapa es una representación gráfica de “dónde se encuentra el paciente” y “a dónde quiere llegar”. En el mapa se incluyen los resultados instrumentales que pueden ser vistos como escalones para llegar a los resultados finales, los resultados finales elegidos previamente y las intervenciones específicas que se realizarán para llegar a las metas. Este mapa también debe ser mostrado y explicado al paciente de modo que éste pueda expresar su conformidad o su preocupación referente a alguna técnica en específico, disminuyendo así la probabilidad de que ésta fracase.

Aquellas intervenciones que sí permitan un cambio clínico y la consecución de un resultado instrumental validarian el mapa de alcance de metas y permitirían la evaluación de resultados.

#### **4.1 Evaluando resultados**

Continuando con el modelo de resolución de problemas en la formulación de caso, el paso siguiente es evaluar los resultados de la solución o intervención seleccionada. En este punto se debe determinar si de verdad es válido para ese paciente en particular el método de tratamiento así como los resultados instrumentales que se han elegido, evaluar si las consecuencias predichas concuerdan con las consecuencias reales observadas.

Una meta importante en la práctica clínica es la retroalimentación correctiva temprana, que busca evaluar si una determinada intervención está resultando eficaz con el paciente o no (Mash y Hunsley, 1993). Se refiere a la revisión de los resultados instrumentales, de modo que si no funcionan con un determinado problema o paciente, puedan corregirse a tiempo evitando así que el tratamiento en general fracase.

Una de las metas de la TCC es enseñarle a los pacientes a ser sus propios terapeutas (Dobson y Dobson, 2009), por ello que se les enseñan diferentes estrategias como solución de problemas, reestructuración cognitiva o técnicas conductuales que les permitan lidiar con situaciones estresantes en el futuro.

De manera ideal, la terapia termina cuando se han alcanzado las metas y objetivos que se establecieron inicialmente. Sin embargo, Dobson y Dobson (2009) reiteran que no todos los pacientes mejoran y que no todos se recuperan hasta grados satisfactorios que les permitan seguir siendo funcionales en la vida. Por eso, tener al menos un grado de remisión de los síntomas ya puede considerarse como buenos resultados en TCC.

Para evitar las recaídas de los pacientes, se vuelve de vital importancia que sean capaces de generalizar lo aprendido y practicado en terapia a otros contextos de su vida, es por esto que se les asignan tareas durante el proceso que deberán llevar a cabo fuera del contexto de terapia y por ellos mismos, de modo que puedan atribuir los resultados positivos a sus propias habilidades y esfuerzos.

Por lo general, la TCC termina con la prevención de recaídas. Incluye una revisión general de todo lo que se aprendió durante la terapia, se desarrolla un plan para el futuro y se les enseña a los pacientes qué hacer en caso de crisis (por ejemplo, técnicas de relajación, lugares donde pueden buscar ayuda y, principalmente, maneras de reconocer que están teniendo una recaída para que busquen ayuda a tiempo).

## **5. Psicología Positiva**

La Psicología Positiva fue desarrollada principalmente por Martin Seligman y Mihaly Csikszentmihalyi (2000). Esta se define como el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, las cuales permiten adoptar una perspectiva más abierta respecto del potencial humano, sus motivaciones y capacidades. Su objetivo es ampliar el foco de la psicología clínica (concentrado en las patologías y déficits) e investigar bajo el método científico cómo acrecentar el bienestar psicológico en la vida de las personas y cómo potenciar las cualidades positivas que todos los seres humanos poseen (Grinhauz, 2012). No busca reemplazar sino complementar lo que se sabe sobre trastornos y desórdenes humanos, logrando así tener un más completo y balanceado entendimiento científico de la experiencia humana (Seligman et.al., 2005).

Una de las grandes características que se deben señalar sobre la psicología positiva es que utiliza el método científico para investigar el bienestar y la felicidad de las personas, lo que la compone y cómo se mantiene, todo con evidencia empírica (Tarragona, 2013).

Algunos de los objetos de estudio de esta ciencia son: el bienestar, el optimismo, la gratitud, la esperanza, la resiliencia, las emociones positivas, las fortalezas de carácter, los talentos, el sentido de la vida, los valores, el humor, la sabiduría, entre muchos otros.

La psicología positiva propone que para el estudio de la felicidad como tal, ésta debe descomponerse en al menos los siguientes tres elementos o “rutas hacia la felicidad” (Seligman et.al., 2005):

- 1) Incrementar la experimentación de **emociones positivas** por el mayor tiempo posible.
- 2) Que la persona sea consciente de sus propias fortalezas y las aplique a las tareas específicas que realice **comprometiéndose** con lo que hace.
- 3) Darle un **significado a la propia vida** y aplicar las fortalezas personales para ayudar a otras personas y permitirles desarrollar sus propias potencialidades. Martin Seligman posteriormente añadió otro elemento: las relaciones sociales positivas.

Así, se conforma la teoría del bienestar de Seligman (2011) donde incluye el modelo de PERMA por sus siglas en inglés (Positive emotions, Engagement, positive Relations, Meaning y Accomplishment), o PRISMA en español (Tarragona, 2013):

- **Positividad:** Se refiere a experimentar más a menudo emociones positivas (como gozo, gratitud, serenidad, esperanza, diversión, amor) que negativas. Implica tener un estilo cognitivo optimista (esperar que pasen cosas buenas). Investigadores como Fredrickson (2009) han demostrado que cuando este tipo de emociones aumentan mejora la memoria inmediata, el vocabulario y se está más abierto a la información nueva (curiosidad).

Fredrickson (2009) y Seligman (2011) reconocen lo que es el “florecimiento humano” refiriéndose con esto a personas que funcionan a niveles extraordinarios en todos los ámbitos de su vida, no sólo se sienten bien sino que hacen el bien, teniendo un impacto positivo en su entorno. Este tipo de personas mantienen como una de sus características que por cada emoción negativa que tienen, experimentan tres positivas (Fredrickson, 2009). Las emociones positivas también promueven el bienestar físico como buen funcionamiento de los sistemas cardiovascular e inmunológico y se correlaciona también con la longevidad (Diener y Chan, 2011; Harker y Keltner, 2001).

- **Relaciones Interpersonales:** Peterson (2006) ha demostrado que lo que más se encuentra en las personas que son consideradas como felices es que mantienen



buenas relaciones sociales. La gente se entristece si está sola y está más alegre si está con otras personas.

- **Involucramiento:** Se asocia con “flow” o “flujo de conciencia”, es decir, la atención focalizada en la realización de una actividad puede llevar a una persona a dejar de pensar en el tiempo, percibiendo que éste pasa más rápido. Para que haya flow, además de tener atención concentrada, es necesario que haya una relación entre el tipo de reto o tarea a la que se enfrentan las personas y las habilidades que poseen para resolverlo (Csikszentmihalyi, 2005). Si el reto que se presenta es demasiado sencillo, la persona tenderá a aburrirse, si es demasiado complejo se sentirá frustrada si no puede resolverlo; un punto intermedio es lo que llevaría al flow. Investigadores dicen que a más flow, mayor felicidad (Tarragona, 2013).
- **Significado:** Michael Steger (2009) define al sentido de la vida como el significado que una persona le da a la misma y el sentimiento de tener un propósito, misión o meta que alcanzar. Las personas que tienen sentido en su vida tienden a presentar menos depresión, ansiedad y consumen menos alcohol o drogas, mientras que se sienten más felices, se sienten más en control de su vida y experimentan mayores satisfacciones.
- **Metas Alcanzadas:** Se refiere a la satisfacción que se llega a sentir cuando se alcanzan metas o se tienen logros (Seligman, 2007). Al establecer metas se desarrollan habilidades y un sentimiento de eficacia, lo que aumenta el bienestar.

Los principales exponentes de la psicología positiva consideran que el buen carácter no es simplemente la ausencia de problemas sino más bien una familia bien conformada de rasgos positivos, donde los principales componentes son justamente las fortalezas de carácter (Grinhauz, 2012).

Esas fortalezas de carácter fueron descritas por Peterson y Seligman (2004) en su “Manual de las corduras”, que intenta ser la contraparte del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Se reconocen principalmente 24 rasgos positivos (fortalezas de carácter) que a su vez conforman lo que se reconoce como seis virtudes (Grinhauz, 2012):

Virtudes	CORAJE	JUSTICIA	HUMANIDAD	SABIDURÍA	TEMPLANZA	TRASCENDENCIA
Fortalezas de carácter	Valentía	Ciudadanía	Amor	Perspectiva	Clemencia	Apreciación
	Persistencia	Liderazgo	Bondad	Apertura Mental	Humildad	Gratitud
	Vitalidad	Imparcialidad	Inteligencia Social	Amor por el saber	Prudencia	Esperanza
	Integridad			Curiosidad	Autorregulación	Humor
				Creatividad		Espiritualidad

Las fortalezas de carácter pueden ser desarrolladas y aprendidas, tienen que ver con nuestra voluntad. Para medir las fortalezas de carácter de cada persona se cuenta con un cuestionario en línea (Cuestionario VIA), que se puede resolver en español y de manera gratuita en <https://www.authentic happiness.sas.upenn.edu/es/testcenter>.

En la Psicología positiva se cree que la prevención de la psicopatología es más eficaz cuando se centran los esfuerzos en la construcción, detección y potenciación de las fortalezas de las personas y no sólo en el conocimiento de sus déficits. También es cierto que los esfuerzos de este tipo de psicología muestra resultados mucho mejores cuando se interviene desde temprano en la vida de las personas, es decir, cuando desde pequeños se les enseña a los niños a potenciar sus fortalezas, así se logran prevenir un gran número de conductas dañinas como consumo de drogas, conductas delictivas, etc., y además, se les permite que por otro lado, aprendan a enfrentar las dificultades con éxito y a tener herramientas para enfrentar lo que venga en su vida (Grinhauz, 2012).

### 5.1 Intervenciones Comunes en Psicología Positiva

Se han diseñado algunos ejercicios o intervenciones que se basan en conocer y aplicar esas fortalezas de carácter y que se ha demostrado que tienen un impacto positivo sobre el estado de ánimo y los niveles de satisfacción de las personas (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005). Algunas de ellas son las siguientes:

1. La **visita de gratitud**: Se les pide a los pacientes que escriban una carta de agradecimiento para una persona que haya hecho algo muy bueno o amable por ellos y

- a la que nunca le hayan dado las gracias propiamente. Después de escribir esa carta, debían ir a donde estuviera esa persona y entregársela personalmente.
2. **Las tres bendiciones** o las tres cosas buenas en la vida: Se les pide a los pacientes que diariamente escriban durante la noche tres cosas buenas que les hayan sucedido durante el día y las causas que consideraban responsables de ellas.
  3. **Tú en tu mejor momento**: Se les pide a los pacientes que escriban sobre el tiempo en el que se sintieron estar en su mejor momento, para luego reflexionar sobre las fortalezas personales que se reflejaran en la historia. Se les pide que revisen esa historia todos los días durante una semana y que continúen reflexionando sobre sus propias fortalezas.
  4. **Usando las fortalezas de una nueva manera**: Se les pide a los pacientes que tomen el cuestionario de fortalezas en línea. Luego, reciben retroalimentación por parte del terapeuta acerca de las mayores cinco fortalezas que obtuvieron en el cuestionario y se les pide que utilicen una de esas fortalezas en maneras completamente nuevas y diferentes cada día de la semana. Se puede continuar con otra de las fortalezas la semana siguiente y así sucesivamente.
  5. **Identificando fortalezas personales**: Parecido al ejercicio anterior, se les pide a los pacientes que tomen el cuestionario de fortalezas. Una vez identificadas las más relevantes o características del paciente, se les da retroalimentación acerca de las mismas y se les pide que las utilicen o resalten más a menudo.
  6. **Álbum de Emociones Positivas** (Fredrickson, 2009): Se propone que el paciente realice un álbum en algún cuaderno donde pegue fotos de momentos que lo hicieron sentir feliz, pleno o bendecido, puede añadir algún objeto, letras de canciones, dibujos, recortes, cartas o cualquier cosa que pueda remitirlo a un momento donde las emociones positivas fueron las predominantes en su vida.

Ejercicios como el de “Las tres bendiciones” y “Usando las fortalezas de una nueva manera”, han demostrado disminuir los síntomas depresivos y aumentado la felicidad por períodos hasta de seis meses, aún cuando el ejercicio sólo se les “prescribió” por una semana. Por otro lado, el ejercicio de “La visita de gratitud” ha logrado los mismos resultados hasta por un mes, habiendo sido realizado una sola vez (Seligman et.al. 2005). Dado que

algunas de las intervenciones resultan más efectivas que otras, se recomienda que se utilicen de manera conjunta por lo menos algunos de ellos, de modo que se potencialicen los efectos.

## **6. Módulos de El Juego del Optimismo**

Los Módulos de El Juego del Optimismo son materiales escritos por la Dra. Andrómeda Valencia Ortiz y el Dr. Héctor Ayala Velázquez. Estos módulos sirven como manuales para guiar el tratamiento de los pacientes que lleguen solicitando los servicios del programa.

Abarcan diferentes temas: los primeros tres módulos se orientan a la Reestructuración Cognitiva, en el primero se explican los tipos de pensamientos y se orienta al paciente al cambio de éstos. En el segundo se identifican estilos explicativos y atribucionales y en el tercero se promueve la búsqueda de evidencia para mantener nuestros pensamientos o cambiarlos.

El cuarto módulo trata sobre el entrenamiento en Solución de Problemas, mientras el quinto permite aprender Habilidades Sociales.

Todos los módulos cuentan con cuatro versiones:

1. Dos versiones para el terapeuta, una para cuando trabaja con niños y otra para cuando trabaja con padres. En éstos se explican cómo deben realizarse los diferentes ejercicios que hay en cada uno de los diferentes módulos y qué objetivo se debe tener en mente al realizarlos.
2. La versión para niños: Estos se recomienda que sean utilizados con niños de entre 8 a 12 años. En cada módulo se manejan historias, historietas, ejemplos o ejercicios escritos donde se utilizan personajes que son niños y presentan dificultades con sus padres, amigos, maestros o en la escuela, de modo que los niños se sientan identificados con los personajes. Se utiliza un lenguaje sencillo que sea de fácil comprensión para los niños.
3. La versión para padres. En estos se manejan las mismas historias y los mismos ejercicios que en el de los niños, sin embargo, en los módulos de padres los personajes son adultos y las dificultades en lugar de presentarse en la escuela, se presentan en el

trabajo o en lugar de hablar de algún amigo, se habla del marido o de la esposa del personaje, buscando así que los padres se sientan identificados con los personajes.

Además de los cinco primeros módulos se cuenta con un sexto dedicado sólo a padres y en éste se les explica cómo pueden manejar la conducta inadecuada de sus hijos por medio de técnicas de modificación de conducta.

Los módulos fueron desarrollados como una guía, que puede ser adaptada por el terapeuta a las necesidades específicas de cada paciente, es decir, el terapeuta puede decidir no realizar todos los ejercicios de un módulo si ve que el paciente ya comprendió adecuadamente los conceptos o, por el contrario, puede decidir añadir alguna tarea o ejercicio para afianzar los conocimientos. Esto queda a criterio del terapeuta.

## **6.1 Módulo 1: Cambiando nuestro pensamiento**

En este módulo orientado a la reestructuración cognitiva, se explica de manera inicial lo que es el diálogo interno, los pensamientos automáticos que las personas experimentan ante diferentes situaciones que viven y las consecuencias que de esos pensamientos devienen.

Para poder explicar esto a los niños y a sus padres, se utilizan historias que tienen personajes como Melancolía Tristán y Disgustín Tristán (que representan a niños en el módulo para niños y a adultos en el módulo para padres) que ejemplifican los pensamientos pesimistas y permanentes.

Se leen algunas situaciones tanto a los niños como a los padres, según sea el caso, y se les pide que completen el pensamiento que tendrían ante esa situación.

Luego se les explica a los pacientes la relación entre Situación o Adversidad – Pensamiento – Conducta o Consecuencia, de modo que aprendan que la manera en la que piensan determinará en gran parte la manera en la que se sientan. Para esto, se utilizan historietas, donde el paciente debe rellenar algunos espacios en blanco con los pensamientos que cree que al personaje podrían hacerlo sentir feliz, enojado, triste, etc.

Para clarificar más la relación entre pensamientos y sentimientos, en un siguiente ejercicio, los pacientes deben unir columnas: se les presenta una situación, del lado izquierdo

hay tres pensamientos diferentes que se pueden tener ante esa situación y del lado derecho están posibles sentimientos asociados. Los pacientes deben unir los pensamientos con el sentimiento que creen que generaría.

En el siguiente ejercicio, se le presentan al paciente ejemplos de situaciones en las que los pensamientos de los personajes generan sentimientos negativos. Se les pide a los pacientes que imaginen pensamientos alternativos que pudieran hacer sentir mejor al personaje en esas mismas situaciones.

El último ejercicio requiere que el paciente elija alguna situación de su propia vida donde se haya sentido triste, enojado, molesto, impotente. Luego de esto debe escribir lo que pensó ante esa situación y cómo se sintió con eso. Posteriormente, debe proponer dos pensamientos alternativos al primero y cómo cree que esos nuevos pensamientos lo harían sentir.

## **6.2 Módulo 2: Cambiando nuestro estilo para explicar las cosas**

El objetivo de este módulo es que los pacientes sean capaces de identificar sus propios estilos explicativos y de reconocer las diferencias entre ellos, así como cambiarlos de ser necesario:

- PERMANENTE = la causa es algo que persiste
- TEMPORAL = la causa es temporal, transitoria o cambiante
- PERSONAL = yo soy la causa
- IMPERSONAL = la causa es algo sobre otras personas o circunstancias
- GLOBAL = la causa afectará muchas situaciones
- ESPECÍFICA = la causa afectará alguna (s) situación (es).

Al inicio del módulo se hace una distinción entre los conceptos de optimismo y pesimismo, pidiéndole a los pacientes que expliquen cómo creen que se vería una persona optimista y otra pesimista.

Posteriormente, se presentan algunas historias que ejemplifican como en una misma situación se pueden tener dos tipos de pensamiento diferentes: el más optimista y el más pesimista.

En la segunda parte del módulo se hace la diferenciación entre pensamientos permanentes y temporales. Para lograr este objetivo se utilizan historias con dibujos donde se demuestra que los pensamientos permanentes usan términos como “siempre” y “nunca”, mientras que los temporales no. Luego se le pide al paciente que en otras historietas donde se le presentan otras situaciones complete los globos en blanco con pensamientos temporales, especificando cómo cree que esos pensamientos harían sentir al personaje.

En este módulo también se hace una diferenciación entre los pensamientos que asumen causa conductual (por mi conducta) o causa caracterológica (por mi forma de ser). Se espera que los pensamientos se orienten más hacia las causas conductuales, ya que la conducta se puede cambiar, además es temporal y eso impide que haya desesperanza.

Para reforzar este aprendizaje, se le muestran al paciente historias donde se ejemplifican este tipo de pensamientos y luego se le pide que escriba algunas situaciones que le hayan sucedido a él mismo y en las que ponga ejemplos de pensamientos con causas conductuales y con causas caracterológicas.

Se hace otra diferenciación entre los estilos atribucionales: si creen que las cosas malas pasan por ellos (personalización) o por algo o alguien más. Para explicar esto se utilizan las historias nuevamente, con los personajes optimistas y pesimistas y se ejemplifican pensamientos de cada tipo. Luego el paciente debe completar globos o espacios en blanco de algunas historietas con otros ejemplos. Nuevamente debe poner ejemplos de pensamientos por mí o por algo más y explicar cómo se sentiría el personaje con cada uno de esos pensamientos. Finalmente, debe escribir ejemplos con situaciones reales que le hayan ocurrido en su vida y poner pensamientos en donde la atribución sea interna (por mí) o externa (por algo o alguien más).

El módulo termina con un Juego del Pastel. En este ejercicio el paciente debe elegir algún problema que haya tenido recientemente y en el pastel se deben “cortar rebanadas”, cada una representando alguna de las causas que contribuyen o contribuyeron a la aparición o mantenimiento de ese problema. El paciente escribe dentro de cada rebanada una de las

causas que considere importantes. Puede hacerse en forma de dibujo o puede doblarse una hoja de papel para hacer tantas rebanadas como causas se consideren dentro del problema.

Con este ejercicio, el terapeuta debe buscar que el paciente dé diversas causas, no sólo causas por mí o por algo más, ni sólo causas por mi conducta o por mi forma de ser, no sólo pensamientos permanentes ni sólo pensamientos temporales. Se busca que el paciente cambie y amplíe sus estilos explicativos.

### **6.3 Módulo 3: Investigando y analizando nuestro estilo para explicar las cosas**

El objetivo de este módulo es que el paciente aprenda a someter sus pensamientos a un contraste con la evidencia disponible. El paciente debe aprender a buscar elementos que confirmen o nieguen sus pensamientos y a analizar las consecuencias de éstos, deberá elegir aquellos pensamientos más realistas o con más probabilidades de ocurrir.

Para lograr este objetivo se les presenta a los pacientes dos historias donde se remarca la importancia de buscar “pistas” o evidencia para sustentar sus pensamientos. Se analizan además las consecuencias o emociones que cada tipo de pensamiento genera.

Posteriormente, se pide que se haga un ejercicio similar, pero con ejemplos reales de la vida del paciente. Es un registro de pensamientos donde se escribe la situación, el pensamiento inicial ante ella y la consecuencia que genera. Luego hay un apartado donde debe escribirse la evidencia a favor y en contra de ese pensamiento y generar formas alternativas de ver la situación, también con las posibles consecuencias que eso generaría. Este registro de pensamiento también se utiliza como tarea para casa.

La siguiente parte del módulo tiene como intención demostrar la manera de catastrofizar las situaciones que una persona pesimista tiene y cómo una persona optimista evita maximizar las cosas malas. Nuevamente, se vale de historias sobre algunos personajes (Melancolía Tristón y Esperanza Alegre) para demostrar los dos tipos de pensamiento.

Luego, con ejemplos reales de la vida del paciente, se debe llenar una hoja donde se especifique la situación y las peores y mejores consecuencias que esa situación pueda tener, así como maneras en las que el paciente podría contribuir para que esas consecuencias ocurran.



El último ejercicio del módulo es el Juego del Cerebro. En este, luego de plantear una situación, el terapeuta debe decir todos los pensamientos pesimistas que se le ocurran para esa situación mientras el paciente de forma rápida y con evidencia debe contrastar los pensamientos pesimistas por otros más optimistas.

#### **6.4 Módulo 4: Solución de Problemas**

En este módulo se busca enseñarle a los pacientes los diferentes pasos en el entrenamiento en solución de problemas.

- Mantener la calma: para explicar este paso se utilizan dos ejercicios, en uno se lee una historia sobre un problema y se deben escribir diversas razones por las que ese problema pudo ocurrir, luego se hace lo mismo con un problema real. Se explica la diferencia entre Pensamientos Calientes y Fríos, es decir, los primeros son automáticos y llevan a actuar impulsivamente; en cambio los fríos permiten analizar el problema y no precipitarse. En varias historias, el paciente debe identificar en el ejemplo cuál es el pensamiento caliente y cuál el frío.
- Tomar la perspectiva: En este punto se busca demostrar lo importante que es tomar el lugar del otro y mostrar empatía antes de comenzar un problema. Así, antes de decidir cómo enfrentarse a un problema, es necesario entender por qué la otra persona actuó como lo hizo. Con algunos ejemplos de historias, se pretende que el paciente tome el lugar de los diferentes personajes para poder analizar el problema desde todos los puntos.
- Establecer metas: En este punto se busca que el paciente defina cuál es el resultado que le gustaría obtener respecto de un problema y generar opciones que le permitan conseguir esa meta. Para explicar este punto, en el módulo se debe realizar un ejercicio en el que el paciente lee algunos problemas de ejemplos, se escriben para cada problema algunos pensamientos diferentes que la persona puede tener. Entonces, el paciente debe definir una meta acorde con el problema y el pensamiento y

generar diferentes opciones en las que el personaje puede alcanzar su meta. Posteriormente se hace lo mismo ahora con ejemplos de la vida del paciente.

- Eligiendo un camino: Se explica cómo después de generar diferentes opciones para resolver un problema, debe evaluarse cuál de esas opciones es la mejor, analizando pros y contras. Para esto se utilizan ejemplos de diferentes problemas y posibles soluciones, el paciente debe analizar los pros y contras de cada opción, para luego pasar a hacerlo con problemas reales de su vida.
- ¿Cómo funcionó?: En este último paso, el paciente debe evaluar si la opción de solución que se eligió como la mejor realmente funcionó o no lo hizo, de no haber funcionado se debe elegir otra opción.

## **6.5 Módulo 5: Habilidades para relacionarnos mejor**

El objetivo principal de este módulo, es enseñar sobre la Asertividad a los pacientes. Para lograr esto, en la primera parte se muestran historias con diferentes personajes donde se ejemplifica como ante una misma situación, puede haber diferentes tipos de respuesta: pasiva, agresiva o asertiva.

Con dibujos de expresiones faciales se le explica a los pacientes que la mejor manera de dejar claros sus puntos de vista es acompañar sus respuestas asertivas con el mejor lenguaje facial y que éste refleje nuestras palabras.

Posteriormente se explica la importancia de mantener un adecuado tono de voz, ya que este también es una importante fuente de información que refleja lo que están diciendo y cómo se sienten. Para esto, el paciente debe acompañar las diferentes emociones que lee en el ejercicio con el tono de voz adecuado a cada emoción.

Se explican además, los cuatro pasos para ser asertivos:

- Describir la situación, los hechos
- Expresar cómo se sienten, sin culpar a los demás por sus sentimientos
- Expresar lo que se quiere cambiar: cambios pequeños y específicos

- Expresar cómo ese cambio lo haría sentir

Luego, utilizando varias situaciones hipotéticas, se le pide al paciente que responda ante ellas de manera asertiva, mientras el terapeuta evalúa si el paciente sigue los cuatro pasos y los acompaña de una adecuada expresión facial y tono de voz.

Finalmente, el módulo termina con la explicación de la importancia de negociar lo que queremos y los pasos que debemos seguir. Para esto, se utiliza una historia y otros ejemplos en los que el paciente debe negociar con el terapeuta.

## **6.6 Módulo 6: Taller para padres**

Este módulo está dirigido únicamente a los padres para que aprendan a manejar las conductas inadecuadas de sus hijos y mejorar su interacción con ellos. En él se enseña a los padres a realizar análisis de Antecedentes - Conducta – Consecuencias para la conducta de sus hijos y de ese modo identificar qué es lo que mantiene la conducta problema. Se define la conducta que el padre considera problemática, se identifica el contexto en el que la conducta se lleva a cabo junto con los estímulos que estaban presentes, y las consecuencias de esa conducta que son lo que la mantienen o la decrementan.

Se recomienda que este análisis lo lleve a cabo el padre durante un tiempo como tarea en su casa y en otros contextos donde se presente la conducta problema, de modo que sea posible analizar la conducta.

Se les explica a los padres conceptos de reforzamiento (consecuencias positivas) y castigo (consecuencias negativas). Se les describe cómo estos funcionan sobre la conducta, los tipos de reforzamiento (comestibles, actividades y elogios) y castigos que hay (castigo negativo, ignorar conductas) y las maneras como deben ser aplicados para lograr su mayor eficacia (ser consistentes, ser inmediatos, que sean efectivos, etc.).

Luego de que el terapeuta explique cada concepto detenidamente y responda dudas, se utiliza el juego de roles con el terapeuta, donde este último hace el papel del niño y el padre debe hacer su análisis ACC y responder de la manera más apropiada para aumentar

conductas apropiadas y disminuir las inapropiadas. Estos ejercicios se llevan a cabo en diversas situaciones, de modo que se refuerce el aprendizaje.

Posteriormente, se les explica a los padres en qué consiste el Seguimiento Instruccional. Para cada una de las dos instrucciones que se dan en el seguimiento se realizarán ensayos conductuales, donde el terapeuta tomando el papel de niño, le proporciona al padre la oportunidad de aprender a brindar instrucciones claras, elogiar cuando se obedece o cambiar el tono y dar segundas instrucciones si es necesario. Se le explica además cómo debe instigar el padre cuando el niño no obedece y se practica con ensayos conductuales.

Se termina el módulo explicando la importancia de establecer reglas con los hijos. Se especifica qué es una regla, cómo se debe explicar a los hijos, la importancia de ser firmes al establecerlas así como proporcionar pérdida de privilegios cuando éstas no se acatan.

## **Capítulo 3: RESULTADOS OBTENIDOS**

En este capítulo se presenta el reporte clínico de los tres pacientes a los que se les brindó tratamiento cognitivo conductual durante el servicio social realizado en El Juego del Optimismo. Se presenta la formulación de caso de cada uno, los mapas clínicos de patogénesis, de fortalezas y de alcance de metas, el tratamiento realizado sesión por sesión con cada uno de ellos y los resultados obtenidos.

Los resultados de los tratamientos fueron obtenidos mediante auto reportes por parte del paciente o, en el caso de los niños, por parte de los padres. Asimismo las mediciones de los cambios conductuales se obtuvieron por medio de auto reportes y de auto registros de conductas que los pacientes realizaban fuera del contexto de terapia.

### **1. Paciente E.**

#### **1.1 Formulación de caso Paciente E.**

Paciente: E.

Sexo: Mujer Edad: 27 años

Referencia: Por parte de la escuela de su hijo

Fecha de la primera sesión: 9 de octubre 2013

Duración del tratamiento: 16 sesiones

#### **Fuente de referencia y motivo de consulta:**

La paciente E. acudió al Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila debido a que su hijo presenta TDAH. Previamente, la paciente lo había llevado a "Reconstruye", un centro psicopedagógico especializado donde, a la edad de cuatro años, diagnosticaron a su hijo I. con TDAH. Posteriormente, llevó a I. con un neurólogo que lo medicó con Tradea y, luego de tomarlo por seis meses, el niño comenzó a presentar alucinaciones visuales y táctiles.

Luego de esto, E. decidió retirar el medicamento y acudir en busca de ayuda psicológica de modo que su hijo (ahora de siete años) mejorara lo que ella considera un "comportamiento inestable".

E. acudió también en busca de ayuda para ella debido a que quería entender adecuadamente el trastorno de su hijo, además de aprender a poner límites a su conducta y lograr la obediencia de I. Quería saber cómo hacer para lograr que I. se concentrara en hacer las tareas de su escuela en casa y obedecer las instrucciones que ella le daba, evitando los estallidos de agresividad de I.

### **Historia Relevante:**

E. es la mayor de tres hijas. Actualmente, sus padres están separados y viven en diferentes lugares desde hace varios años (la paciente refiere que la separación se dio porque el padre es alcohólico y había varios conflictos maritales). E. y su hijo viven con su madre, sus dos hermanas y el hijo de once meses de una de ellas. La relación de E. con sus hermanas y su mamá es buena, a excepción de cuando se pelean por el desorden que hay en casa o por la conducta de I.

A la edad de 19 años E. se embarazó de quien era su pareja en ese momento. El embarazo no fue ni planeado ni deseado, sin embargo, E. dice que se sintió ilusionada y contenta durante su embarazo.

E. tuvo las precauciones necesarias durante todo el embarazo: acudió a sus citas con el médico y tuvo una buena alimentación. I. nació a los nueve meses por cesárea y E. reporta que todo salió bien y no hubo complicaciones. E. y su pareja vivieron juntos con I. hasta que éste tenía nueve meses. En ese momento decidieron separarse pues "no se llevaban bien" y el contacto de I. con su papá ha sido mínimo desde entonces, viéndose sólo en contadas ocasiones.

Desde hace ya varios años, E. trabaja en un mercado como comerciante. Es de este empleo de donde obtiene los ingresos para mantenerse a ella misma y a I. Le preocupa que el trastorno de I. le genere demasiados gastos que no pueda costear.

### **Situación actual:**

E. es una mujer de 27 años, madre de un hijo de siete diagnosticado con TDAH. E. se mostró amable y cooperativa durante todo el tratamiento. Se estableció rapport fácilmente. E. dijo estar muy motivada e interesada en aprender a lidiar mejor con el hecho de que su hijo

tiene TDAH. Siempre se mostró orientada en tiempo, espacio, persona y circunstancia. Se podía percibir que estaba ligeramente ansiosa, pero con interés de comenzar una terapia.

Dijo que su mayor preocupación en esos momentos era poder tratar con I. y con su trastorno, lograr que la obediencia de I. aumentara y que fuera más sencillo para ella poner límites y hacer que su hijo los respetara.

E. se preocupaba al pensar que, debido al trastorno de I., éste no sería capaz de aprender en la escuela y que ella al no entender bien lo que le sucede a su hijo no pudiera ayudarlo. Asimismo, en cuestiones de obediencia, ella temía perder los estribos con su hijo cuando él no la obedecía. E. pensaba que no era capaz de poner límites en casa pues cuando ella lo hacía, su familia intervenía, restándole así autoridad ante su hijo. La familia de E. también tenía dificultades en tratar con su hijo I. pues decía que se desesperan fácilmente con la hiperactividad del niño.

E. reconoció que le costaba trabajo ser asertiva con las personas, especialmente con su familia y con la maestra de I. que continuamente lo criticaban debido a su trastorno y a su incapacidad para prestar atención a las actividades. E. dijo que le molesta que hablen mal de su hijo pero que ella no sabía cómo responder cuando eso sucedía.

E. se consideraba a sí misma como una persona muy trabajadora y que había logrado sacar a su hijo adelante, pero se sentía impotente al no saber cómo ayudar a I. y mejorar su conducta. A pesar de esto, E. no reportó ninguna alteración en su apetito o su ciclo de sueño.

#### **Problemas a resolver:**

1. Comprensión del TDAH
2. Manejo de la conducta problemática de su hijo I.
3. Mejorar su asertividad
4. Conseguir apoyo por parte de su familia y la maestra de I.

#### **Tratamientos previos:**

E. llevó a su hijo I. de cuatro años a Reconstruye, un centro psicopedagógico especializado donde diagnosticaron al niño con TDAH, sin embargo, no recibió tratamiento.

Posteriormente, E. llevó a I. con un neurólogo y éste le recetó a I. el medicamento Tradea. E. creyó que eso ayudaría a su hijo. Sin embargo, al presentarse las alucinaciones en

las que I. decía que “las arañas se lo estaban comiendo”, E. se preocupó y prefirió suspender el medicamento y buscar ayuda psicológica.

### **Formulación cognitivo-conductual:**

E. había intentado manejar la conducta de su hijo estableciéndole límites y reglas. Sin embargo, la familia de E. (sus hermanas y su mamá), habían reforzado a I. por no seguir esos límites, lo que llevaba al niño a continuar con la desobediencia hacia su mamá. Esto tenía un efecto de castigo en la conducta de E. pues al no recibir la conducta esperada por parte de I., sentía que sus esfuerzos eran en vano y decidía dejar de intentar, provocándole sentimientos de desmotivación y teniendo pensamientos de incompetencia o de que era “una mala madre”.

E. había buscado castigar a I. con gritos y regaños cada que no hacía caso en seguir sus órdenes, pero al parecer esto funcionaba más como un reforzador de la conducta problemática de I. que como un castigo, pues a pesar de que el niño se sentía triste cuando su mamá lo regañaba, es en este momento cuando E. le prestaba más atención, funcionando la atención como un reforzador para su desobediencia.

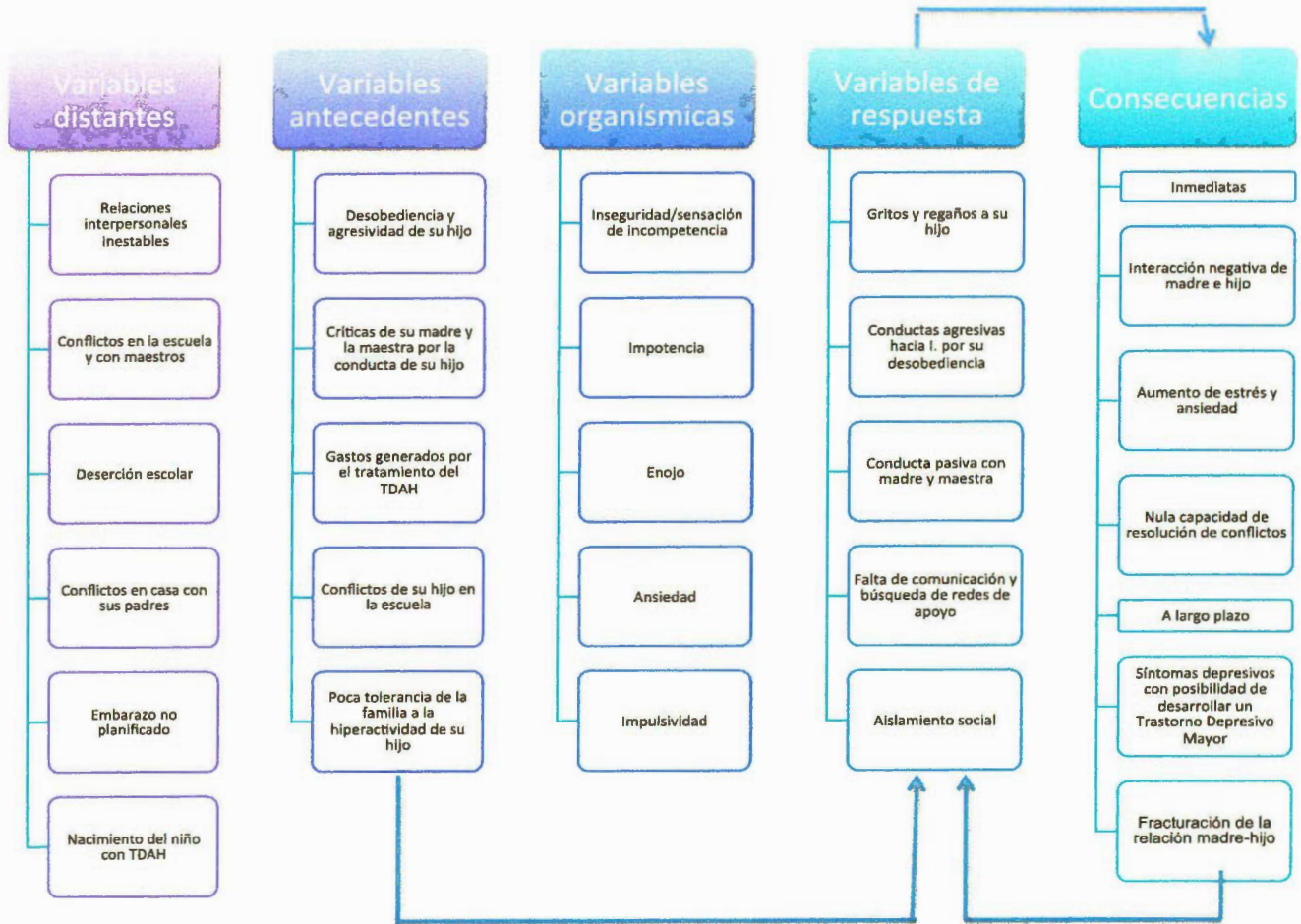
El no haber tenido información más extensa y comprehensiva sobre el trastorno de I., había llevado a E. a presentar algunas distorsiones cognitivas como personalización, ya que había llegado a culparse a sí misma por el trastorno de su hijo, o catastrofización, pensando que I. nunca lograría ser aceptado y que le costaría trabajo adaptarse toda su vida. E. aseguraba que no era capaz de decir lo que piensa frente a otras personas como su mamá o la maestra de I., cuando éstas criticaban la conducta de su hijo. Esta evitación de conflictos, reforzó a E. de manera negativa al quitarle la posible confrontación y sentimientos de culpa posteriores.

### **Recomendaciones y objetivos del tratamiento**

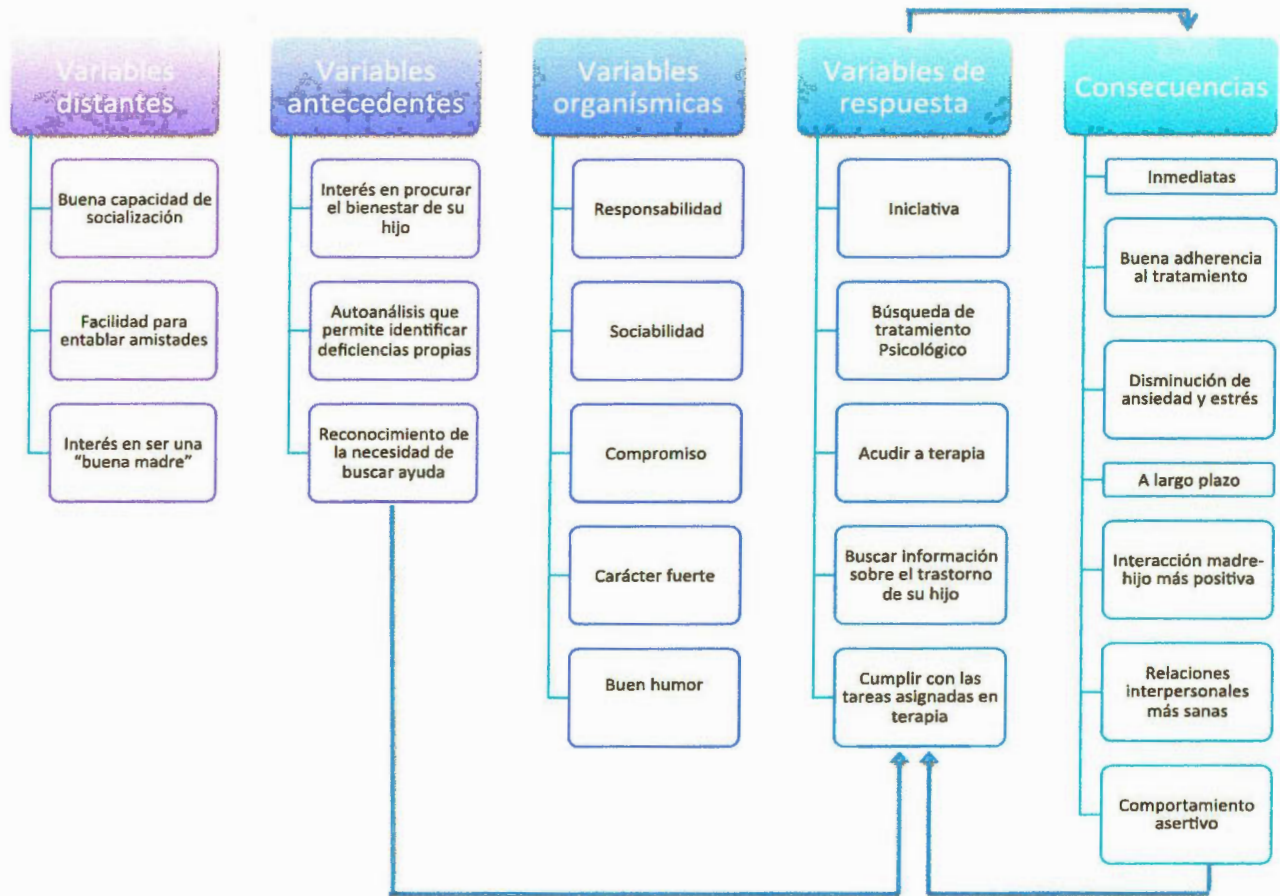
1. Psicoeducación que le permita a E. entender el TDAH
2. Entrenamiento en seguimiento instruccional y principios de reforzamiento y castigo para manejar la conducta problemática de I.
3. Entrenamiento en habilidades sociales para mejorar asertividad y conseguir más apoyo por parte de terceros, mejorando su red de apoyo.



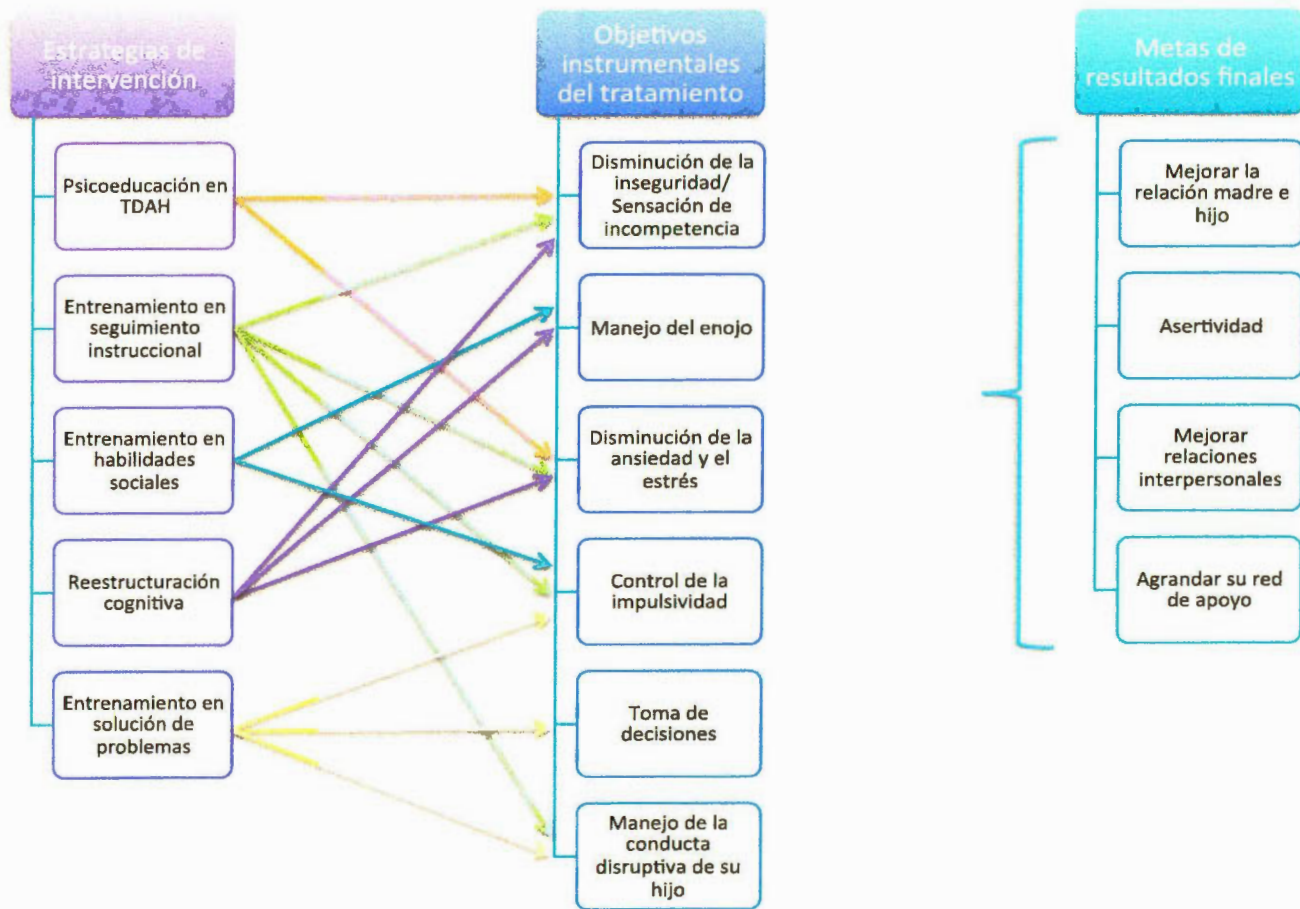
## 1.2 MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS DE PACIENTE E.



### 1.3 MAPA DE FORTALEZAS DE PACIENTE E.



#### 1.4 MAPA DE ALCANCE DE METAS DE PACIENTE E.



### 1.5 PLAN DE TRATAMIENTO DE PACIENTE E.

Sesión	Objetivo terapéutico	Estrategia utilizada	Aprendizaje o conocimiento que se buscó obtuviera el paciente	Aprendizaje o habilidad obtenida por el terapeuta
1 y 2	Aprendizaje sobre el TDAH	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Que E. conociera los síntomas, signos y pronóstico del TDAH</li> <li>-Que distinguiera que la atención limitada asociada al trastorno se relaciona con no terminar tareas y no con una actitud desafiante de l.</li> <li>-Que la poca tolerancia a la frustración y conductas agresivas asociadas también se relacionan con el trastorno</li> <li>-Se le explicó además que el tx de TDAH que mejores resultados ha arrojado es el multimodal (fármacos, terapia psicológica y educación) (De la garza, 2005).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimientos relacionados con el TDAH</li> <li>- Habilidad para transmitir conocimientos a los pacientes</li> <li>- Capacidad para establecer un buen rapport y fomentar adherencia terapéutica</li> </ul>
3	Aprender sobre el manejo de la conducta disruptiva de su hijo	Entrenamiento en Seguimiento Instruccional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Que E. conociera y distinguiera la diferencia entre reforzadores y castigos y cómo éstos se asocian a la repetición de una conducta</li> <li>-Que la paciente conociera el análisis ACC (antecedente-conducta-consecuencia), comprendiera su utilidad y aprendiera a realizarlos</li> <li>-Que la paciente realizara de tarea análisis ACC donde describiera situaciones donde se observara la conducta problemática de su hijo durante la semana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conocimiento sobre estrategias de manejo conductual</li> <li>-Capacidad para explicar las estrategias a la paciente</li> <li>-Habilidad para comunicarse adecuadamente</li> </ul>
4	Aprender sobre el manejo de la conducta disruptiva de su hijo	Entrenamiento en Seguimiento Instruccional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Que E. fuera capaz de distinguir qué actividades, objetos o alimentos podían funcionar como reforzadores para aumentar la conducta deseada de su hijo</li> <li>-Que E. aprendiera cómo dar instrucciones claras</li> <li>-Que E. realizara durante la sesión ensayos conductuales utilizando el juego de roles donde debía dar instrucciones claras al terapeuta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Comprensión de qué es una instrucción clara</li> <li>-Habilidad para dar instrucciones claras</li> <li>-Modelado de las conductas esperadas de la paciente</li> <li>-Habilidad para realizar juego de roles</li> </ul>

Sesión	Objetivo terapéutico	Estrategia utilizada	Aprendizaje o conocimiento que se buscó obtuviera el paciente	Aprendizaje o habilidad obtenida por el terapeuta
5	<p>Aprender sobre el manejo de la conducta disruptiva de su hijo</p> <p>Mejorar la interacción madre-hijo</p>	Entrenamiento en Seguimiento Instruccional	<p>-Con ayuda del módulo 6 de El Juego del Optimismo "Taller para padres", se buscó que E. comprendiera la diferencia entre las consecuencias positivas y negativas y sus efectos sobre la conducta</p> <p>-Que E. pudiera distinguir sobre el tipo de consecuencias que ella le daba a su hijo por sus conductas utilizando un análisis ACC que realizaría de tarea, identificando además los estímulos discriminativos que controlan la conducta disruptiva de I. así como las consecuencias que la mantienen</p>	<p>-Conocimiento de los módulos que se trabajan en el JO</p> <p>-Distinción entre consecuencias negativas y positivas y su efecto en la conducta</p> <p>-Reconocimiento de estímulos discriminativos</p>
6	<p>Aprender sobre el manejo de la conducta disruptiva de su hijo</p> <p>Mejorar la interacción madre-hijo</p> <p>Mejorar su red de apoyo por medio de la explicación de las estrategias de cambio conductual a terceros</p>	Entrenamiento en Seguimiento Instruccional	<p>-Una vez que E. por medio de sus análisis ACC realizados distinguió que el estímulo discriminativo para la conducta disruptiva de su hijo parecía ser la presencia de su abuela, se le explicó que debía tomar este factor en cuenta al momento de brindar instrucciones claras y que las consecuencias negativas por su conducta debían respetarse sobre todo en presencia del estímulo discriminativo</p> <p>-E. encontró que las consecuencias que E. obtenía por su conducta problemática (regafos y gritos) no funcionaban como castigo sino como reforzador debido a la atención y se le instruyó a cambiar esas consecuencias por la extinción (conducta de ignorar, retirando el reforzador atención)</p> <p>-Que E. fuera capaz de explicarle a las personas cercanas a I. las estrategias de cambio conductual que estaba implementado de modo que todos las comprendieran y respetaran, evitando así que interfirieran con los resultados esperados (por ejemplo, que la abuela diera un reforzador por un berrinche de I. que E. trataba de extinguir)</p>	<p>-Comprensión y amplio conocimiento sobre la relación de estímulos discriminativos con la aparición de conductas específicas</p> <p>-Habilidad para identificar cómo funciona el control de estímulos (cómo debería ser modificado el ambiente de modo que se pueda manejar una conducta disruptiva)</p> <p>-Conocimiento en el manejo de consecuencias de una conducta para su aumento o disminución</p>

Sesión	Objetivo terapéutico	Estrategia utilizada	Aprendizaje o conocimiento que se buscó obtuviera el paciente	Aprendizaje o habilidad obtenida por el terapeuta
7	<p>Aprender sobre el manejo de la conducta disruptiva de su hijo</p> <p>Mejorar la interacción madre-hijo</p>	Entrenamiento en Seguimiento Instruccional	<p>-Que E. conociera otras estrategias de manejo conductual como Tiempo Fuera y el Coste de Respuesta y que las aplicara cuando se presentara conducta agresiva o desafiante de I.</p> <p>-Que I. aprendiera las instrucciones alfa: Primera instrucción clara-obediencia-reforzamiento, segunda instrucción-obediencia-no reforzamiento, tercera instrucción-instigar</p> <p>-Que E. conociera cómo debe proporcionarse un elogio por la conducta adecuada y cómo es que éstos funcionan como reforzadores</p>	<p>-Conocimiento sobre el procedimiento de Instrucciones Alfa</p> <p>-Habilidad para modelar cómo debe darse una instrucción alfa y los elogios</p> <p>-Conocimiento de diferentes técnicas de modificación conductual</p>
8	<p>Aprender sobre el manejo de la conducta disruptiva de su hijo</p> <p>Mejorar la interacción madre-hijo</p>	Entrenamiento en Seguimiento Instruccional	<p>-Una vez que se comprobó que todos los conceptos relacionados con el manejo y modificación conductual habían quedado claros, se prosiguió a realizar ensayos conductuales con E. y su hijo I.</p> <p>-La paciente debía ser capaz de dar instrucciones claras a su hijo y entregar las consecuencias predeterminadas por la obediencia o desobediencia del niño (elogios como reforzadores o instigación como castigo)</p>	<p>-Conocimientos generales en manejo conductual</p> <p>-Habilidades de observación para distinguir si la paciente realizaba correctamente la actividad</p>
9	<p>Mejorar las interacciones sociales</p> <p>Disminuir inseguridades</p> <p>Disminuir conducta agresiva o explosiva</p> <p>Adquirir conducta asertiva</p>	Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad	<p>-Se le explicaron a E. las emociones básicas, la intención fue que E. reconociera el amplio espectro de emociones que podemos experimentar y pudiera ser capaz de reconocerlas en ella y en otros</p> <p>- De el módulo 5 de El Juego del Optimismo "Habilidades sociales para relacionarnos mejor", se tomaron los diferentes ejercicios e historias ahí descritos para explicar el concepto de Asertividad y la diferencia entre pasividad, agresividad y asertividad</p> <p>-Se le describieron a E. los pasos que debemos seguir para ser asertivos</p> <p>- Que E. distinguiera que la expresión facial y el tono de voz que utilizamos nos ayuda a expresar cómo nos sentimos</p> <p>-Por medio de un juego de roles donde los terapeutas tomaban los papeles de la maestra de I. y de la mamá de E., la paciente debía ser capaz de decirles asertivamente cómo la hacía sentir que hablaran mal de su hijo</p>	<p>-Conocimiento de las emociones básicas</p> <p>-Facilidad para explicar el concepto de asertividad</p> <p>-Habilidad para modelar conductas asertivas</p> <p>-Conocimiento de los materiales del JO</p> <p>-Habilidad para realizar juego de roles</p>

Sesión	Objetivo terapéutico	Estrategia utilizada	Aprendizaje o conocimiento que se buscó obtuviera el paciente	Aprendizaje o habilidad obtenida por el terapeuta
10	<p>Conocer la relación entre pensamiento-emoción-conducta</p> <p>Establecer un estilo cognitivo más orientado hacia el cambio y menos pesimista</p>	Reestructuración Cognitiva	<p>-Que E. comprendiera la relación entre pensamiento-emoción-conducta, haciendo hincapié en cómo la interpretación que ella hacía de la conducta de su hijo podía afectar la relación entre ellos.</p> <p>-Se le indicó a E. que de tarea debía realizar Registros de pensamiento donde escribiera la situación o adversidad que se presentó, el pensamiento que ella tuvo al respecto, cómo la hizo sentir ese pensamiento y qué conducta realizó posteriormente.</p> <p>-Se retomó la parte de emociones y el amplio rango que podemos experimentar de estas para que la paciente fuera capaz de identificar la emoción que cada pensamiento le generaba</p>	<p>-Conocimiento sobre la importancia de la relación pensamiento-emoción-conducta o consecuencia</p> <p>-Habilidad para realizar un Registro de pensamientos y para poder explicar a la paciente el mismo</p>
11	<p>Reconocer los tipos de pensamiento y cómo estos afectan nuestras emociones y conductas</p> <p>Establecer un estilo cognitivo más orientado hacia el cambio y menos pesimista</p>	Reestructuración Cognitiva	<p>-Utilizando el módulo 1 de El Juego del Optimismo "Cambiando nuestro pensamiento" con los diferentes ejercicios e historias que este contiene se buscó que la paciente conociera lo que son los pensamientos automáticos y cómo afectan nuestras emociones</p> <p>-La paciente debía completar los ejercicios del módulo 1 donde debía escribir diferentes pensamientos que provocaran determinadas emociones en los personajes (feliz, enojado, triste, tranquilo, etc.), así como unir columnas de pensamientos asociados con emociones específicas</p> <p>-Que E. notara cómo al cambiar un pensamiento automático podemos cambiar nuestra emoción y que ejemplificara esto con eventos de su vida cotidiana</p>	<p>-Habilidad para reconocer pensamientos automáticos</p> <p>-Conocimiento sobre la manera de modificar pensamientos automáticos de la paciente</p> <p>-Conocimiento de los materiales del JO</p>

Sesión	Objetivo terapéutico	Estrategia utilizada	Aprendizaje o conocimiento que se buscó obtuviera el paciente	Aprendizaje o habilidad obtenida por el terapeuta
12	<p>Reconocer los diferentes tipos de pensamiento y cómo estos afectan las emociones y conductas</p> <p>Aprender que es posible modificar pensamientos para que éstos provoquen emociones más positivas</p> <p>Identificar los diferentes tipos de estilos explicativos</p> <p>Establecer un estilo cognitivo más orientado hacia el cambio y menos pesimista</p>	Reestructuración Cognitiva	<p>-Utilizando el Módulo 2 de el Juego del Optimismo "Cambiando nuestro estilo para explicar las cosas", se buscó que E. aprendiera la diferencia entre pensamientos permanentes y temporales, optimistas y pesimistas, globales y específicos y entre estilos explicativos personales e impersonales y causas conductuales o caracterológicas (por mi conducta o por mi forma de ser)</p> <p>-Se realizaron nuevos Registros de Pensamiento: la paciente debía escribir la adversidad o situación, el pensamiento que tuvo (identificando si fue permanente o temporal) y la emoción que experimentó. En una nueva columna debía escribir un pensamiento diferente al primero y especificar como ese nuevo pensamiento la haría sentir</p> <p>-E. debía terminar todos los ejercicios del módulo y ser capaz de identificar su estilo atribucional (por mí o por algo o alguien más), completando con ejemplos de su vida</p> <p>-Se utilizó el Juego del Pastel donde la paciente debía escoger un problema reciente que hubiera tenido y tratar de identificar todas las causas posibles incluyendo causas personales, externas, conductuales, caracterológicas, etc.</p>	<p>-Conocimiento en los diferentes tipos de pensamientos</p> <p>-Conocimiento de los diferentes estilos atribucionales</p> <p>-Capacidad para transmitir esos conocimientos al paciente</p> <p>-Habilidad para que la paciente se sintiera a gusto realizando ejercicios escritos</p> <p>-Conocimiento de los materiales de JO</p> <p>-Capacidad para explicar que los estilos atribucionales y estilos de pensamiento pueden modificarse</p>
13	<p>Aprender que es posible modificar los pensamientos para que éstos provoquen emociones más positivas</p> <p>Identificar los diferentes tipos de estilos explicativos</p> <p>Identificar evidencia a favor y en contra de los pensamientos</p> <p>Establecer un estilo cognitivo más orientado hacia el cambio y menos pesimista</p>	Reestructuración Cognitiva	<p>-Que E. conociera los tipos de distorsiones cognitivas que hay para que fuera capaz de reconocer las que ella utilizaba en su vida y cambiarlas</p> <p>-Utilizando el Módulo 3 para padres de el Juego del Optimismo "Investigando y analizando nuestro estilo para explicar las cosas", se intentó que E. comprendiera la importancia de buscar evidencia que apoyara o refutara sus pensamientos</p> <p>-Se le pidió a E. que de tarea realizara un Registro de Pensamiento con situación, pensamiento, consecuencia y con otra columna donde escribiera la evidencia a favor y en contra del pensamiento inicial y una columna más donde escribiera un pensamiento alternativo al primero</p>	<p>-Conocimiento sobre los tipos de distorsiones cognitivas que existen</p> <p>-Conocimiento sobre las diferentes maneras de buscar evidencia a favor y en contra de los pensamientos</p>



Sesión	Objetivo terapéutico	Estrategia utilizada	Aprendizaje o conocimiento que se buscó obtuviera el paciente	Aprendizaje o habilidad obtenida por el terapeuta
14	<p>Aprender que es posible modificar los pensamientos para que éstos provoquen emociones más positivas</p> <p>Identificar los diferentes tipos de estilos explicativos</p> <p>Identificar evidencia a favor y en contra de los pensamientos</p> <p>Establecer un estilo cognitivo más orientado hacia el cambio y menos pesimista</p>	Reestructuración Cognitiva	<p>-Se continuó con la búsqueda de evidencia a favor y en contra de los pensamientos pesimistas, permanentes y globales de E. así como con las demás distorsiones cognitivas que fue capaz de identificar en su pensamiento</p> <p>-Se utilizó el Juego del Cerebro del Módulo 3 donde se elegían ejemplos de la vida de E. y el terapeuta debía decir los pensamientos más pesimistas y distorsionados al respecto mientras E. refutaba esos pensamientos por otros más optimistas basados en evidencia</p>	<p>-Habilidad para la identificación de distorsiones cognitivas en el pensamiento de la paciente</p> <p>-Capacidad para reconocer pensamientos optimistas y pesimistas en una situación particular</p> <p>-Conocimiento de los materiales del JO</p>
15	<p>Conocer los pasos para el Entrenamiento en Solución de Problemas</p> <p>Disminuir ansiedad y estrés con una técnica más orientada a la búsqueda de soluciones</p> <p>Aumentar autoconfianza y seguridad</p>	Solución de Problemas	<p>-Con el módulo 4 de El Juego del Optimismo "Solución de Problemas", se le explicaron a E. los pasos que incluye el entrenamiento (tomarlo con calma, tomar la perspectiva del otro, establecer metas y sugerir opciones, elegir un camino y evaluar si éste funcionó)</p> <p>-Se leyeron y realizaron los diversos ejercicios del módulo y se buscó la mayor comprensión de la paciente utilizando ejemplos reales propuestos por ella</p> <p>-Se le indicó que debía contestar el cuestionario VIA sobre sus fortalezas online</p>	<p>-Conocimiento sobre el Entrenamiento en Solución de Problemas</p> <p>-Capacidad para transmitir de manera clara y concisa ese conocimiento</p>

Sesión	Objetivo terapéutico	Estrategia utilizada	Aprendizaje o conocimiento que se buscó obtuviera el paciente	Aprendizaje o habilidad obtenida por el terapeuta
16	<p>Orientar el pensamiento hacia la parte positiva de su personalidad</p> <p>Mejorar la autoestima</p>	Análisis de Fortalezas de Carácter	<p>-Una vez que E. contestó el cuestionario VIA de fortalezas, se obtuvo que sus mayores fortalezas eran:</p> <p>Capacidad de amar y ser amado Amabilidad y generosidad Aprecio de la belleza y la excelencia Ecuanimidad, equidad y justicia Perdón y misericordia</p> <p>-Se le explicó a E. en qué consistía cada una de esas fortalezas</p> <p>-Se buscó que E. comprendiera la importancia de experimentar continuamente emociones positivas con el objetivo de mejorar su bienestar general</p> <p>-Se le recomendó que realizara algunas actividades como las siguientes para resaltar sus fortalezas: convivir con las personas que quiere y realizar actividades en las que pudiera demostrárselos; acudir a algún museo o galería que le llamara la atención y donde pudiera encontrar cosas que considerara bellas; realizar alguna actividad prosocial y generosa por algún desconocido; buscar hablar con alguna persona con quien tuviera algún problema o malentendido que no se hubiera aclarado y tratar de solucionarlo.</p>	<p>-Conocimiento sobre Psicología Positiva</p> <p>-Habilidad para encontrar actividades que potencializaran las fortalezas de carácter de la paciente</p> <p>-Habilidad para responder todas las dudas de la paciente a lo largo del tratamiento</p> <p>-Conocimiento sobre el cierre de tratamiento cognitivo conductual</p>

## 1.6 Resultados obtenidos con la paciente E.

Estrategia de intervención	Resultados
Psicoeducación	Al concluir las sesiones de psicoeducación E. mencionó sentirse más capacitada y tranquila para poder lidiar con el trastorno de su hijo. Dejó de considerar el TDAH como una enfermedad y comprendió que no tenía porque limitar la capacidad de su hijo para relacionarse. Convencida de haber comprendido la información que se le proporcionó, E. decidió ir con la maestra de I. para informarle a ella sobre el TDAH y ésta lo comprendiera mejor, disminuyendo así los comentarios negativos que hacía sobre I.
Seguimiento Instruccional	Durante las sesiones de ensayos conductuales quedó establecido que E. habla comprendido de manera adecuada los conceptos de castigo, reforzamiento, extinción, etc., también entendió cómo dar instrucciones alfa y otorgar los elogios. E. reportó que la obediencia de I. había aumentado considerablemente y que obedecía a la primera instrucción cada vez con mayor frecuencia. La paciente dijo sentirse más capaz de poder manejar la conducta de su hijo lo cuál había hecho que su estrés y preocupación disminuyera notablemente.
Entrenamiento en habilidades sociales	E. comprendió de manera clara los pasos para ser asertivos y dijo que los había aplicado exitosamente tanto con su mamá como con la maestra de I. A su mamá y hermanas E. les explicó que debían trabajar en conjunto para que la conducta de I. mejorara y les explicó de qué manera debían hacerlo. E. dijo que ahora era capaz de hacer comentarios cuando se sentía incómoda con algo en su casa o en cualquier lugar en el que estuviera. Decidió por ella misma que también debía explicarle a la maestra sobre las técnicas para manejar la conducta de I. Luego de hacer esto, E. dijo que la maestra estaba tratando de aplicar las mismas técnicas y que ahora las quejas sobre la conducta de I. eran menos.
Reestructuración cognitiva y solución de problemas	E. mencionó que el entrenamiento en solución de problemas y la parte de reestructuración cognitiva estaba ayudándola para manejar sus pensamientos y que ya se sentía capaz de identificar cuando un pensamiento le hacía sentir mal y modificarlo. Dijo que ahora trataba de pensar de una manera más positiva sobre las cosas que le sucedían, o por lo menos, trataba de pensar más en las soluciones que en los problemas.
<p><b>Factores que pudieron afectar los resultados del tratamiento:</b></p> <p>Considerando que E. acudió a terapia por voluntad propia y que se observó altamente motivada para aprender y comenzar a sentirse mejor y más capaz, no se presentaron inconvenientes en la terapia. E. además, acudió a sus citas siempre de manera puntual y sin faltar a ninguna, siempre entregó las tareas o registros de pensamientos que se le encargaban y las actividades las realizaba prestando atención a las instrucciones. Cuando E. no entendía algo de lo que se le decía, se sentía cómoda diciéndolo y de este modo era más fácil explicarlo de nuevo.</p>	

## **2. Paciente J**

### **2.1 Formulación de caso Paciente J.**

Paciente: J.

Sexo: Masculino Edad: 11

Fecha primera sesión: 8- noviembre- 2013

Duración del tratamiento: 15 sesiones

#### **Fuente de referencia y motivo de consulta:**

J. acudió a consulta a petición de su madre que es quien lo llevó al Centro de Servicios Psicológicos. La razón por la que fueron es que el padre de J. tiende a ser muy agresivo y su mamá tenía miedo de que J. comenzara a imitar las conductas de su padre. La señora dijo que además de esto, J. parecía estar enojado todo el tiempo y que cada vez le costaba más trabajo hablar con él y comunicarse, además de que consideraba que J. tenía dificultades para socializar y relacionarse.

#### **Historia relevante:**

J. es un niño de 11 años. Vive con sus padres y un hermano mayor de 16 años. La clase socioeconómica de la familia de J. es media alta.

La madre de J. dijo ser una mujer enojona, perfeccionista y explosiva, pero noble. El padre es descrito por ella como enojón, altamente explosivo, con importantes dificultades para la expresión de emociones y sentimientos y con poco autocontrol y tolerancia a la frustración. La madre es ama de casa y el padre se dedica a manejar trailers.

La madre de J. dijo que se embarazó de él a la edad de 30 años. El embarazo no fue planeado debido a que en ese momento los padres de J. ya tenían problemas en su matrimonio. Durante el embarazo la señora no tuvo ningún tipo de dificultades, se cuidó adecuadamente y acudió a revisiones médicas periódicas. J. nació por cesárea a las 34 o 35 semanas de gestación debido a una infección de garganta de la madre que podía poner en riesgo al bebé. No hubo complicaciones durante el procedimiento quirúrgico. Su desarrollo postnatal también fue adecuado.

Respecto a los antecedentes heredofamiliares, la mamá de J. reportó que existían casos previos de diabetes, cáncer, artritis y problemas cardíacos en la familia. Mencionó que J. nunca se enfermó de nada grave ni fue internado en hospitales por ninguna razón. Dijo que siempre fue un niño sano y que solía ser muy alegre. Que cuando era más pequeño jugaba mucho con su hermano mayor y que su relación era muy buena por lo que ella consideraba que tuvo unos primeros años felices.

Mencionó además que los problemas familiares y de J. comenzaron cuando el padre de J. comenzó a tener dificultades con la ingestión de bebidas alcohólicas. Siempre que bebía, el señor adoptaba un comportamiento sumamente violento y agresivo y debido a esto, terminaba golpeando y gritando a la madre de J. La señora menciona que esto llevaba ya varios años llevándose a cabo. El hermano mayor de J. en los últimos meses había decidido evadir los problemas y ya no se involucraba cuando había conflictos, más bien se aislaba. La madre de J. reportó que sospechaba que el hijo mayor estaba consumiendo drogas, probablemente en respuesta a los conflictos familiares.

J. al contrario de su hermano, había adoptado una actitud ambivalente ante la violencia que observaba en su casa. En una ocasión, cuando la madre estaba siendo atacada por el padre, J. fue a buscar un martillo y parecía estar decidido a golpear a su padre en defensa de su madre, pero ésta última lo evitó. En otras ocasiones, al haber peleas, J. prefería irse a su cuarto y ponerse a jugar en su tablet, jugar videojuegos o poner música alta para no escuchar los gritos de sus padres.

La señora dijo que J. se apegaba demasiado a ella, sobre todo cuando su padre estaba presente. Dijo que la convivencia entre J. y su padre era mínima, pues sólo se veían en fines de semana cuando el señor no trabajaba. Menciona que el padre de J. cree que la señora sobreprotege al niño.

En la escuela, J. había demostrado siempre ser un excelente estudiante, manteniendo muy buenas calificaciones y él mismo reportó que no le es difícil estudiar o aprenderse los temas, dijo que le interesaba estudiar ingeniería robótica y que es algo para lo que se consideraba muy bueno y capaz. El niño había demostrado por mucho tiempo un especial interés por pertenecer al grupo de "Niños talento" de su escuela. Practica además Lima Lama. La madre de J. dijo que tanto ella como su marido siempre habían exigido a J. que obtuviera

las mejores calificaciones y que diera su mejor rendimiento en cualquier ámbito en el que se encontrara, siendo en su opinión demasiado exigentes en ocasiones.

Por su parte, la mamá de J. dijo que había buscado asesoría legal y que había considerado seriamente el divorcio, pero dijo aún no tener el suficiente valor de hacerlo y que le preocupaba cómo reaccionaría J. si es que decidía llevarlo a cabo.

Además de tomar las medidas legales, la mamá de J. consideró que, debido a la preocupación que le genera J. y su aislamiento, lo mejor para ambos era buscar ayuda psicológica que les permitiera aprender a manejar los conflictos familiares y a expresar sus emociones de mejor manera.

### **Situación actual:**

J. tiene 11 años y actualmente está cursando el quinto año de primaria. El rapport con él se pudo establecer muy fácilmente. Siempre se mostró orientado en tiempo, espacio, persona y circunstancia. En la esfera cognitiva se pudo observar un manejo y estructuración adecuadas del lenguaje, así como un pensamiento ordenado y coherente. Se observó como un niño muy atento e interesado en la terapia.

Durante las primeras sesiones de terapia, J. acudió entusiasmado a sus citas, llevando las tareas que se le encomendaron y hablando abiertamente. Esto a excepción de los momentos en los que se tocó el tema de la violencia en su casa. Al hablar de esto J. cambió inmediatamente de actitud, negando que hubiera problemas diciendo que “sólo lo normal”. Al tocar estos temas, J. siempre se mostró enojado y reconoció estarlo. Evitó hablar de cosas que incluyeran principalmente a su padre y tampoco mencionó el incidente del martillo cuando casi lo golpeó. Se le preguntó qué es lo que creía que debería hacer su mamá respecto a los problemas que tenía con su papá y J. dijo que lo mejor era que su mamá dejara de reclamarle cosas al señor. Creía que lo más adecuado era que lo dejara en paz y que si su papá quería salir con sus amigos y regresar borracho que lo dejara hacerlo, pero en definitiva J. dijo que no estaría a favor de que sus padres se divorcieran. Creía que los problemas se arreglarían si tan sólo su mamá evitara pelear con su papá.

Ya en el transcurso de la terapia, en una ocasión J. y su madre no acudieron a sus citas en dos semanas debido a que, por otra pelea con el padre, la madre sufrió un ataque de nervios que la llevó a ser internada en un hospital.

J. dijo desconocer la razón por la que su madre había sido internada, aunque la madre reconoció habérselo explicado. Cada vez que se le preguntaba acerca de los conflictos en casa, J. decía que todo estaba bien, aunque su madre reportara que había más problemas que antes. J. dijo que tenía muchos amigos y que era muy popular en la escuela, sin embargo, su madre refutó esto diciendo que tenía sólo un par de amigos y que tampoco los frecuentaba mucho. La mamá de J. además pensaba que éste sufría de bullying. J. demostró que tiende a aislarse ante situaciones que le provocan estrés. La principal preocupación de la señora era que J. aprendiera a relacionarse para mejorar su adaptación en diferentes ambientes.

Cuando se le preguntó a J. acerca de la escuela y de cómo le iba dijo que no tenía problemas, pero que a veces lo molestaban diciéndole "nerd" porque aprendía las cosas con mucha facilidad. Mencionó además que a veces se burlaban de él porque creían que era novio de una de sus compañeras y que a él no le gustaba que le dijeran esto. En una ocasión, golpeó a uno de sus compañeros cuando éste comenzó a molestarlo respecto a este asunto. Mencionó que incluso con una profesora llegó a tener problemas cuando J. le gritó a ella. El niño sostenía que así era su personalidad y al preguntarle directamente si creía que había aprendido este tipo de comportamientos de su padre, J. dijo que no, que él así había sido siempre. En la escuela también lo molestaban debido a su peso. La madre de J. dijo que de unos meses hacia la fecha, J. había padecido sobrepeso lo cual preocupaba mucho a J. y había afectado su autoestima.

Continuamente J. reportaba a su madre tener dolor de cabeza o de estómago por las mañanas, cosa que evitaba que acudiera a la escuela.

J. dijo que la relación con su hermano no era muy buena y que casi no hablaban. Aseguró que cada uno de los dos estaba "en su mundo" y que no eran tan unidos como él quisiera.

### **Problemas a resolver:**

1. Evitar que J. continúe imitando los comportamientos agresivos de su padre así como evitar que aprenda que la violencia es la mejor manera de resolver conflictos
2. Ayudarle a J. a expresar mejor sus pensamientos, sentimientos y emociones

3. Mostrarle a J. estrategias más funcionales para lidiar con los conflictos de casa que no puede manejar

### **Tratamientos previos:**

J. no había tenido ningún tipo de tratamiento psicológico previamente.

### **Formulación cognitivo conductual:**

En la familia de J. se había reforzado siempre el mantenerse fuerte y no abrirse con los demás o expresar sus sentimientos. Nunca se había reforzado el reconocimiento o la demostración de emociones por lo que esa habilidad social en el caso de J. nunca fue desarrollada adecuadamente.

Incluso el expresar emociones o decir cómo se sentía ante alguna situación había sido castigado en el pasado principalmente por su padre. Es algo que J. aprendió desde que era más pequeño y que estaba acostumbrado a ser: frío, serio, poco comunicativo y solitario.

J. creció observando que la violencia es una forma aceptable de resolver los conflictos y que su papá a veces era incluso reforzado por ello, por lo que, por aprendizaje vicario, J. había tratado de resolver sus propios problemas en la escuela o con su familia también con violencia o agresión.

El hecho de aislarse a jugar videojuegos o escuchar música cada vez que había peleas entre sus padres era una conducta de escape que funcionaba como un reforzador negativo para J. pues le permitía disminuir sus niveles de ansiedad, miedo y disgusto. Lo mismo ocurría con los dolores de cabeza o de estómago que presentaba por la mañana, pues esto servía como conducta de evitación para no ir a la escuela y evitar las burlas de sus compañeros.

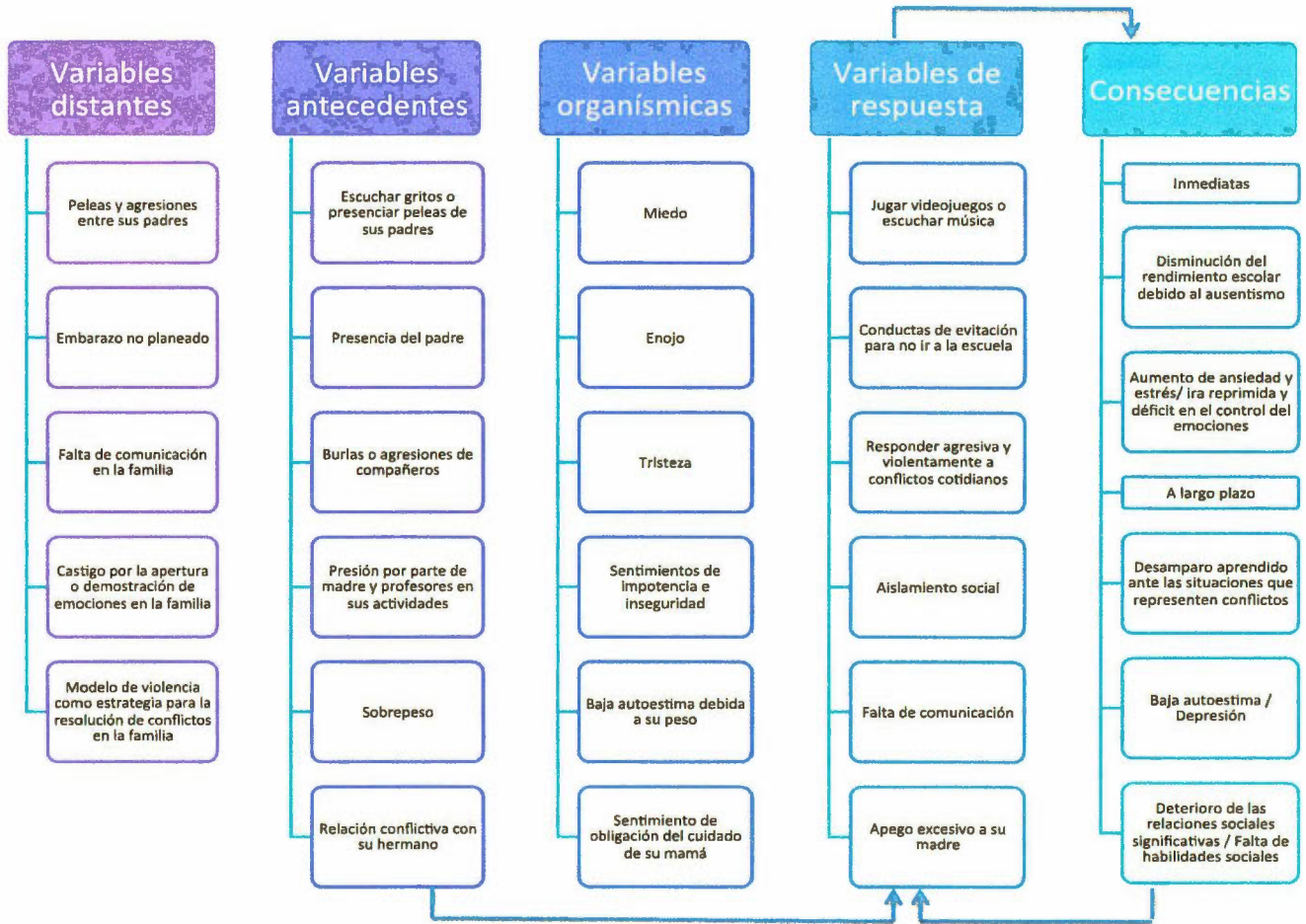
J. había desplazado sus necesidades personales y la expresión de sus propias emociones preocupándose más por cuidar o brindarle apoyo a su mamá y evitar los conflictos que había en su casa. Luego, J. internalizó las creencias de que él era el único que podía cuidar a su mamá y que, de no lograrlo, no había nada que hacer y lo mejor era resignarse. La manera en la que J. creía que su mamá debería actuar, es decir, el ya no hacer nada y dejar que su papá hiciera lo que quisiera, demostraba que había desamparo aprendido.



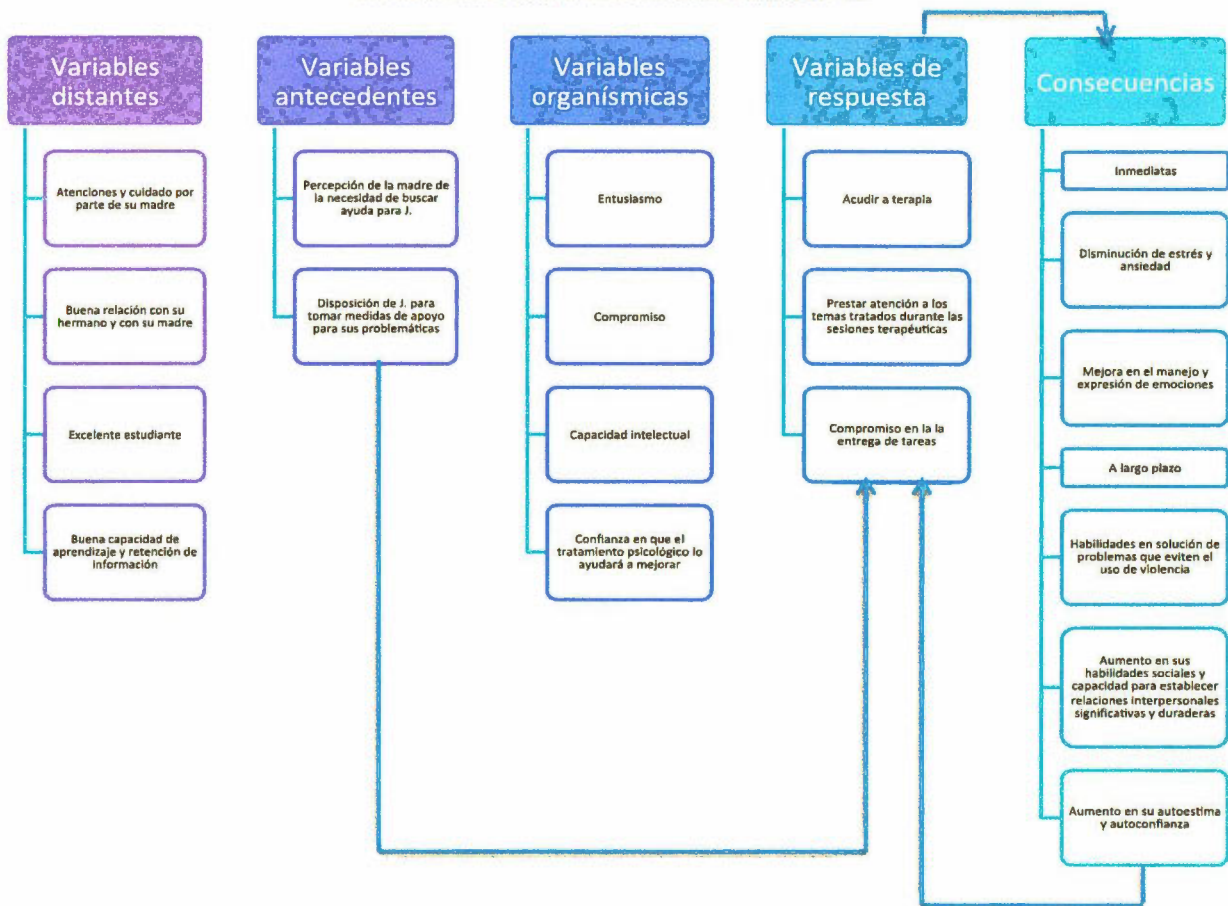
**Recomendaciones y objetivos de tratamiento:**

1. Psicoeducación para que J. aprendiera estilos de vida más saludables que lo ayudaran a disminuir su sobrepeso
2. Técnicas de relajación que le permitieran a J. aprender a manejar el estrés, la tensión y la ansiedad que le generaban las peleas entre sus padres
3. Reestructuración cognitiva que ayudara a J. a cambiar los pensamientos pesimistas respecto a los problemas que había en casa por otros más orientados hacia el cambio
4. Solución de problemas que le mostraran a J. maneras más sanas y efectivas de resolver conflictos que no implicaran la violencia
5. Entrenamiento en habilidades sociales que permitieran a J. aprender sobre asertividad y expresión de emociones

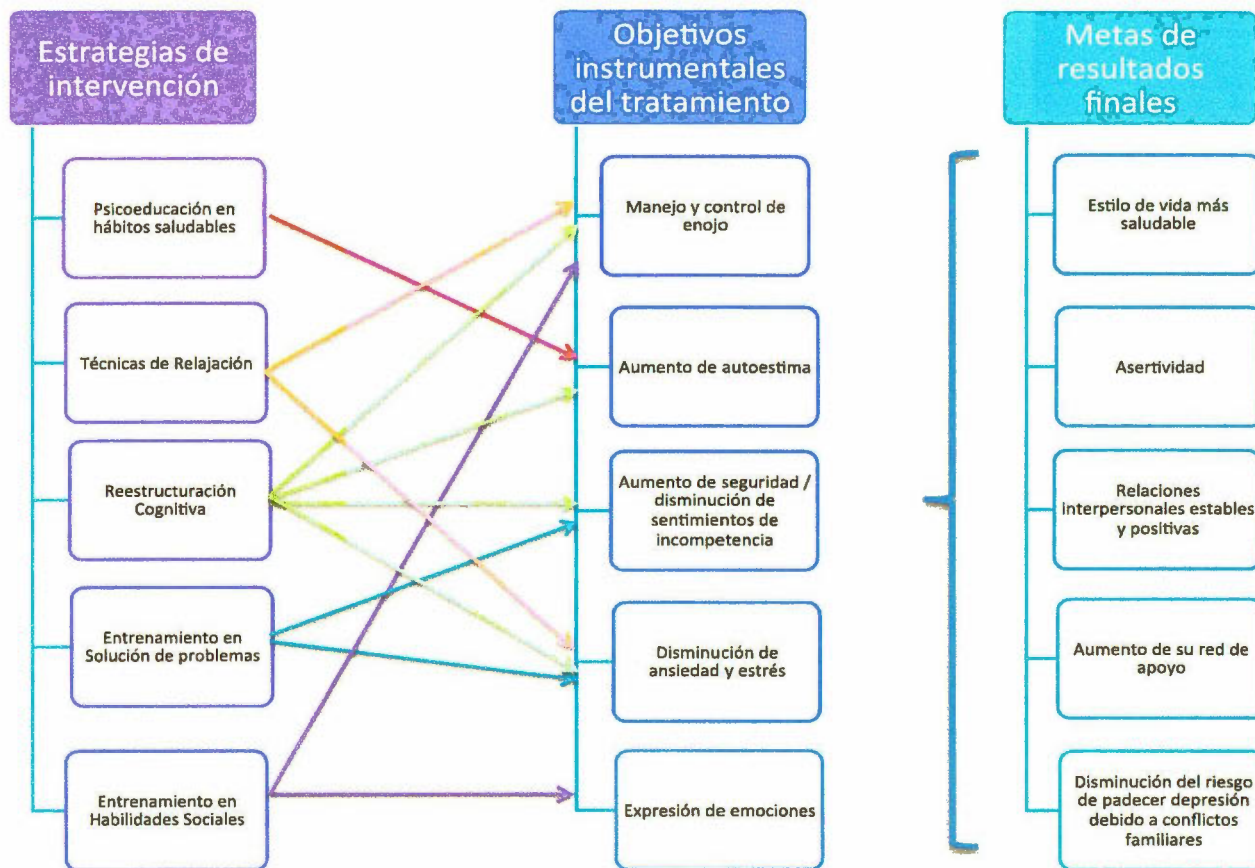
## 2.2 MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS DE PACIENTE J.



### 2.3 MAPA DE FORTALEZAS DE PACIENTE J.



## 2.4 MAPA DE ALCANCE DE METAS DE PACIENTE J.



## 2.5 PLAN DE TRATAMIENTO DE PACIENTE J.

Sesión	Objetivo terapéutico	Estrategia utilizada	Aprendizaje o conocimiento que se buscó obtuviera el paciente	Aprendizaje o habilidad obtenida por el terapeuta
1	<p>Aprendizaje sobre hábitos saludables que permitan mejorar la calidad de vida</p> <p>Disminuir ansiedad debida al sobrepeso</p>	Psicoeducación	<p>-Que J. aprendiera hábitos alimenticios saludables: se le explicó el "Plato del buen comer" y el "Vaso del buen beber" que se orientan a mostrar la importancia de tener una alimentación balanceada evitando grasas y azúcares innecesarias así como beber más agua natural y menos refrescos.</p> <p>-Se le pidió a J. que realizara un Registro de alimentación durante la semana siguiente identificando si su alimentación era balanceada y saludable o no.</p> <p>-Se le sugirió a J. acudir con un nutriólogo que pudiera recomendarle una dieta adecuada a su edad y actividad física para que pudiera mantenerse en su peso</p>	<p>-Habilidad para establecer rapport con niños</p> <p>-Conocimientos generales sobre hábitos saludables</p> <p>-Capacidad para explicar de manera didáctica y divertida cómo mejorar los hábitos alimenticios</p>
2	<p>Aprendizaje sobre hábitos saludables que permitan mejorar la calidad de vida</p> <p>Prevención primaria para evitar futuros trastornos de sueño</p>	Psicoeducación	<p>-Que J. identificara cómo puede mejorar sus hábitos alimenticios en orden de tener una dieta balanceada.</p> <p>-Que J. conociera los hábitos importantes para tener una buena higiene de sueño. Principalmente se recaló la importancia de disminuir el uso de videojuegos o tablets un par de horas antes de ir a dormir para que la calidad de sueño aumentara</p> <p>-Se recomendó la realización de un Registro de sueño</p>	<p>-Conocimientos generales sobre hábitos saludables y específicamente sobre higiene de sueño</p> <p>-Capacidad para explicar de manera didáctica y divertida cómo mejorar la higiene de sueño</p>
3	Manejo de estrés, ansiedad y enojo	Técnicas de Relajación	<p>-Que J. aprendiera a relajarse por medio del control de su respiración diafragmática</p> <p>-Se utilizaron tiempos de cuatro segundos para cada una de las siguientes fases: inhalación, pausa, exhalación, pausa. Así se logró darle un ritmo a la respiración de J.</p> <p>-Se recomendó la realización de esta técnica diariamente para volverla un hábito</p>	-Capacidad para modelar la técnica de relajación por medio del control de la respiración

Sesión	Objetivo terapéutico	Estrategia utilizada	Aprendizaje o conocimiento que se buscó obtuviera el paciente	Aprendizaje o habilidad obtenida por el terapeuta
4	<p>Conocer la relación entre pensamiento-emoción-conducta</p> <p>Establecer un estilo cognitivo más optimista y realista, basado en evidencia</p>	Reestructuración cognitiva	<p>-Que J. aprendiera la relación entre sus pensamientos, sus emociones y sus conductas</p> <p>-Utilizando un papel bond, se le pidió a J. que dibujara algunos problemas que hubiera tenido recientemente, escribiendo los pensamientos que había tenido, sus emociones y sus consecuencias. Dado que J. sólo identificaba consecuencias negativas, se insistió en que modificara algunos pensamientos en orden de encontrar resultados más positivos y optimistas</p> <p>-Se retomó la técnica de relajación practicada para reforzar el aprendizaje</p>	-Conocimiento sobre la importancia de la relación pensamiento-emoción-conducta o consecuencia
5	<p>Aprender a identificar diferentes tipos de pensamientos</p> <p>Establecer un estilo cognitivo más optimista y realista, basado en evidencia</p>	Reestructuración cognitiva	<p>-Por medio de la resolución de algunos ejercicios de el Módulo 2 de el Juego del Optimismo "Cambiando nuestro estilo para explicar las cosas", se buscó que J. aprendiera la diferencia entre pensamientos automáticos, permanentes y temporales, optimistas y pesimistas, así como las causas por mi conducta o por mi forma de ser y por mí o por algo más</p> <p>-Se le pidió a J. realizar un Registro de pensamientos donde identificara situación, pensamiento y si este era temporal o permanente, así como la emoción y la conducta asociada a ese pensamiento</p>	<p>-Habilidad para reconocer en el paciente diferentes tipos de pensamiento</p> <p>-Habilidad para fomentar los cambios de pensamiento en el paciente</p> <p>-Conocimiento de los materiales del JO</p>
6	<p>Aprender a identificar diferentes tipos de pensamientos</p> <p>Establecer un estilo cognitivo más optimista y realista, basado en evidencia</p>	Reestructuración cognitiva	<p>-Para reforzar el aprendizaje sobre los diferentes tipos de pensamiento, se le pidió a J. que identificara situaciones reales de su vida donde hubiera tenido un pensamiento de cada tipo</p> <p>-Se recalcaron las diferencias entre cada tipo de pensamiento y porqué algunos provocaban emociones más positivas que otros</p> <p>-Se le pidió a J. de tarea un Registro de pensamiento añadiendo una nueva columna donde escribiera un pensamiento alternativo al primero que provocara una emoción más positiva</p>	<p>-Habilidad para reconocer y para explicar las diferencias entre los tipos de pensamiento</p> <p>-Habilidad para fomentar los cambios de pensamiento del paciente</p> <p>-Conocimiento sobre la realización adecuada de un registro de pensamiento</p>

Sesión	Objetivo terapéutico	Estrategia utilizada	Aprendizaje o conocimiento que se buscó obtuviera el paciente	Aprendizaje o habilidad obtenida por el terapeuta
7	<p>Identificar diferentes causas que pueden influir en un problema</p> <p>Ampliar estilos explicativos del paciente</p> <p>Establecer un estilo cognitivo más optimista y realista, basado en evidencia</p>	Reestructuración cognitiva	<p>-Para que J. identificara como muchas causas pueden influir en el mismo problema y que todas pueden ser diferentes (por mí, por algo más), se realizó el Juego del Pastel</p> <p>-J. debía identificar un problema importante y reciente que hubiera tenido donde utilizando diferentes hojas de papel de colores como rebanadas del pastel, J. debía escribir todas las posibles causas que estuvieran influyendo en el problema</p> <p>-Utilizando los Registros de pensamientos de J. se identificó cómo su cambio de pensamiento lo había ayudado a experimentar emociones más positivas durante la semana anterior, además se fomentó que J. continuara con pensamientos más orientados hacia lo positivo</p>	<p>-Reconocimiento de las diferentes causas que se pueden atribuir a un problema</p> <p>-Conocimiento de los diferentes estilos atribucionales</p> <p>-Habilidad para explicar dinámicamente cómo realizar un juego del pastel</p> <p>-Conocimiento en la interpretación de un registro de pensamiento</p>
8	<p>Identificar evidencia a favor y en contra de los pensamientos</p> <p>Ampliar estilos explicativos del paciente</p> <p>Establecer un estilo cognitivo más optimista y realista, basado en evidencia</p>	Reestructuración cognitiva	<p>-Se utilizó en Módulo 3 de el Juego del Optimismo "Investigando y analizando nuestro estilo para explicar las cosas", para que J. identificara la importancia de buscar evidencia que soportara sus pensamientos</p> <p>-Se leyeron las historias de el módulo, se dieron ejemplos de evidencia a favor y de evidencia en contra de los pensamientos y se le explicaron a J. las diferentes distorsiones cognitivas, de modo que él fuera capaz de identificar si presentaba alguna</p> <p>-Se le pidió nuevamente un registro de pensamiento donde escribiera, situación, pensamiento, evidencia a favor y en contra de ese pensamiento, emoción y conducta. Posteriormente, en otra columna debía escribir un pensamiento alternativo al primero</p>	<p>-Conocimiento sobre la importancia de la búsqueda de evidencia a favor y en contra de los pensamientos</p> <p>-Conocimiento sobre los tipos de distorsiones cognitivas que existen</p>
9	Establecer un estilo cognitivo más optimista y realista, basado en evidencia	Reestructuración cognitiva	-Se revisó todo lo realizado sobre reestructuración cognitiva en las sesiones previas, se retomaron los registros de pensamientos y se resolvieron dudas del paciente	-Habilidad para sintetizar un tema como la manera de hacer reestructuración cognitiva

Sesión	Objetivo terapéutico	Estrategia utilizada	Aprendizaje o conocimiento que se buscó obtuviera el paciente	Aprendizaje o habilidad obtenida por el terapeuta
10	<p>Identificar diferentes emociones que se pueden experimentar</p> <p>Mejorar la manera de relacionarse con otras personas</p>	Entrenamiento en habilidades sociales	<p>-Que J. aprendiera a identificar las emociones básicas. Se utilizó una presentación de Power Point donde, con imágenes de personajes de Star Wars, J. debía identificar la emoción de cada uno</p> <p>-Se le dieron las definiciones de cada emoción y otros sentimientos asociados a ellas, así también J. debía identificar situaciones de su vida donde hubiera experimentado cada una de esas emociones</p> <p>-Como tarea, J. debía dibujar cómo creía que se verían algunas de las emociones: ira, amor, alegría, tristeza y enojo</p>	<p>-Habilidad para explicar temas de manera didáctica y entretenida para el paciente</p> <p>-Conocimiento sobre emociones básicas</p>
11	<p>Identificar la importancia de expresar las emociones que se experimentan</p> <p>Mejorar la manera de relacionarse con otras personas</p>	Entrenamiento en habilidades sociales	<p>-Se buscó que J. conociera que la expresión facial y el tono de voz que se utilizan transmiten información y que es importante que éstas concuerden con el lenguaje hablado. Se utilizaron ejercicios del módulo 5 "Habilidades para relacionarnos mejor" para explicar esta parte</p> <p>-Se realizó un juego de mímica, donde J. debía adivinar la emoción de los terapeutas sólo por la expresión facial y posteriormente los terapeutas debían adivinar la emoción del paciente del mismo modo</p>	<p>-Conocimiento sobre emociones básicas</p> <p>-Habilidad para explicar las emociones básicas de manera dinámica</p>
12	<p>Adquirir conocimiento sobre conducta asertiva</p> <p>Mejorar la manera de relacionarse con otras personas</p>	Entrenamiento en habilidades sociales	<p>-Utilizando el módulo 5 "Habilidades para relacionarnos mejor", se explicaron a J. las diferencias entre agresividad, pasividad y asertividad. J. debía identificar su propio estilo y cuál de los tres consideraba el más funcional</p> <p>-J. debía aprender los cuatro pasos para ser asertivos (describir los hechos y como éstos lo hicieron sentir, proponer un cambio específico y decir cómo ese cambio lo haría sentirse mejor)</p> <p>-J. debía proponer situaciones en las que podría ser asertivo y explicar cómo lo haría</p>	<p>-Facilidad para explicar el concepto de asertividad</p> <p>-Habilidad para modelar conductas asertivas</p> <p>-Conocimiento de los materiales del JO</p>



Sesión	Objetivo terapéutico	Estrategia utilizada	Aprendizaje o conocimiento que se buscó obtuviera el paciente	Aprendizaje o habilidad obtenida por el terapeuta
13	<p>Conocer los pasos del Entrenamiento en solución de problemas</p> <p>Aprender maneras de solucionar conflictos que no impliquen conductas violentas</p> <p>Aumentar sentimientos de autoeficacia</p>	Entrenamiento en solución de problemas	<p>-Para explicar este tema se utilizó el módulo 4 de el Juego del Optimismo "Solución de Problemas". Se resolvieron los ejercicios para ejemplificar los pasos 1 y 2, mantener la calma y tomar la perspectiva. Se eligió un problema de la vida de J.: una pelea de sus papás</p> <p>-Luego de trabajar alrededor de media hora, J. se mostró molesto, tenso y poco cooperativo. Reconoció ya no querer seguir hablando sobre sus papás</p> <p>-Para calmar a J. se llevó a cabo una técnica de relajación por control de la respiración</p>	<p>-Habilidad para manejar cambios súbitos de ánimo del paciente</p> <p>-Manejo de crisis</p>
14	<p>Conocer los pasos del Entrenamiento en solución de problemas</p> <p>Aprender maneras de solucionar conflictos que no impliquen conductas violentas</p> <p>Aumentar sentimientos de autoeficacia</p>	Entrenamiento en solución de problemas	<p>-Eligiendo un problema de la vida de J. (una dificultad con una de sus profesora sobre una calificación), se continuaron explicando los pasos del entrenamiento en solución de problemas</p> <p>-J. debía aplicar los cinco pasos de manera hipotética a diferentes problemáticas</p> <p>-Se le pidió a J. que para la siguiente sesión llevara un cuaderno con hojas limpias y de preferencia nuevo, así como cosas que pudieran recordarle momentos en los que experimentó emociones positivas</p>	-Conocimiento en el entrenamiento en solución de problemas
15	<p>Concretizar los conocimientos adquiridos durante el proceso terapéutico</p>	Realización de un álbum de emociones positivas	<p>-J. debía escribir una historia donde involucrara la mayor cantidad de información y conceptos aprendidos durante el proceso terapéutico</p> <p>-Debía contar la historia y remarcar en qué momento estaba utilizando qué conocimiento adquirido (desde los hábitos saludables, los tipos de pensamiento, las habilidades sociales y solución de problemas).</p> <p>-Para finalizar la terapia se le pidió que realizara un Álbum de Emociones Positivas donde en un cuaderno pusiera recortes, fotos, cartas, letras de canciones o cualquier cosa que le evocara emociones positivas y que lo viera siempre que se sintiera triste o enojado</p>	<p>-Habilidad para sintetizar los conocimientos adquiridos durante la terapia</p> <p>-Cierre de tratamiento cognitivo conductual</p>

## 2.6 Resultados obtenidos con el Paciente J.

Estrategia de intervención	Resultados
Psicoeducación	<p>Se le enseñó a J. la manera de llevar un estilo de vida más saludable. Se le pidió que durante unos días practicara los hábitos que se le enseñaron (comer mejor, no tomar refrescos, dormir ocho horas, no jugar videojuegos justo antes de dormir). J. reportó que tuvo complicaciones al realizar esta tarea por varias razones: en su casa están acostumbrados a tomar refresco casi todos los días lo que dificultaba su autocontrol. En la comida debía comer todo lo que su mamá le diera fuera balanceado o no y que, aunado a esto, en la escuela J. siempre se compraba algún dulce o frituras. Sobre no jugar antes de dormir, J. dijo que no lo hizo ya que lo disfrutaba mucho y no se sentía con la necesidad de intentarlo. A pesar de que se identificó que jugar videojuegos era una conducta de escape de los conflictos familiares, no se logró que J. disminuyera el tiempo que los utilizaba o que designara una hora distinta a antes de dormir para jugarlos.</p> <p>J. no acudió con un nutriólogo para que le recomendara una dieta, pero acudió con su mamá a un médico general que dijo llevaría un control de peso de J.</p>
Técnicas de relajación	<p>La técnica de relajación por medio de la respiración que se le enseñó a J. resultó ser más efectiva. J. dijo que había entendido bien cómo debía hacerlo y que muy a menudo la utilizaba cuando comenzaba a sentirse enojado, molesto o frustrado, principalmente cuando sus papás peleaban o cuando tenía alguna dificultad en la escuela. Dijo que además la utilizaba por las noches antes de dormir durante un par de minutos y que en ocasiones eso le ayudaba a conciliar el sueño.</p>
Reestructuración Cognitiva	<p>Con respecto a esta estrategia se obtuvieron algunos resultados: J. aprendió a identificar sus pensamientos automáticos negativos, permanentes, pesimistas y modificarlos por pensamientos más optimistas y menos permanentes. Aprendió a cambiar pensamientos como "todos en la escuela quieren sólo molestarme" que lo hacía sentir enojado y frustrado, por otros como "están bromeando y debo seguirles el juego por un rato para que se aburran y dejen de hacerlo", que lo hacía sentir más esperanzado. J. reconoció que al término del tratamiento, sus estilos explicativos tenían que ver menos con culparse a sí mismo de todo y que cada vez con más frecuencia buscaba otro tipo de causas relacionadas con las situaciones que vivía, lo que lo ayudaba a sentirse menos triste o culpable de cosas.</p> <p>Sin embargo, la reestructuración cognitiva no le ayudó a J. con la parte de comprender que las peleas de sus padres no tenían que ver con él, no lo ayudó a dejar de sentirse responsable por cuidar o proteger a su mamá de su papá y tampoco le ayudó a comprender que tal vez una separación entre sus padres sería una manera de solucionar sus conflictos. Al término del tratamiento, J. seguía asegurando que la mejor solución para evitar problemas en casa era que su papá hiciera lo que quisiera y que su mamá lo dejara en paz, reiterando el desamparo aprendido.</p> <p>Esto tiene que ver con el hecho de que a lo largo de las 15 sesiones que duró el tratamiento de J. sólo en un par de ocasiones logramos que hablara sobre los conflictos familiares. Siempre que tratábamos de tocar el tema J. lo evadía, se enojaba, se tensaba y se "cerraba", lo que orillaba a los terapeutas a trabajar con el manejo de emociones, usar</p>

	<p>técnicas de relajación o desviar un poco la conversación para que J. se sintiera más tranquilo o relajado.</p> <p>Al no lograr la apertura de J. no fue posible alcanzar los resultados esperados.</p>
Entrenamiento en habilidades sociales	<p>Se logró que J. fuera capaz de ampliar su repertorio de emociones, reconocerlas cuando las sentía y en ocasiones expresarlas, esto cuando no se estaba hablando de los conflictos familiares.</p> <p>J. comprendió el concepto de asertividad y cómo utilizarla. Dijo que la usaba cada vez más a menudo cuando tenía algún problema en la escuela, que era asertivo al hablar con su mamá y que, dado que ella también estaba en terapia y había aprendido los mismos pasos, podían practicar ser asertivos juntos y que lo hacían muy a menudo. Dijo que no era capaz todavía de ser asertivo con su papá, reconociendo que con él adoptaba un estilo más pasivo. Se le explicó que esto era normal y que aprender a ser asertivo con todas las personas llevaba tiempo, pero que debía seguir practicando siempre que pudiera y que, de este modo, cada vez le sería más sencillo responder de esta manera.</p>
Entrenamiento en solución de problemas	<p>J. dijo que le parecían muy simples los pasos y fáciles de seguir, por lo que desde el momento en el que lo aprendió decidió llevarlo a cabo con diferentes situaciones y en diferentes contextos. Comentó que más de una vez le había sido muy útil para resolver conflictos con compañeros de escuela y que lo había utilizado un par de ocasiones en problemas con su mamá. J. dijo que se le complicaba la parte de generar diversas opciones de resolución del problema pues casi siempre obtenía muy pocas, pero que seguiría practicando.</p>
<p><b>Factores que pudieron afectar los resultados:</b></p> <p>Dado que J. había sido reforzado en el pasado por cerrarse y no demostrar sus sentimientos, su historia de aprendizaje pudo haber evitado que se abriera en la terapia y comunicara abiertamente la manera en la que se sentía, lo que hubiera permitido que el cambio fuera más profundo.</p> <p>El padre de J. estaba en contra de que tanto su esposa como J. asistieran a la terapia, por lo que en algunas ocasiones pareció buscar maneras de evitar que lo siguieran haciendo. En ocasiones, llegaban tarde porque su papá no había llegado para llevarlos, por ejemplo. Además, considerando la cantidad de conflictos y problemas emocionales que había en casa de J. es probable que la asistencia del niño y su mamá a terapia fuera menos de la esperada por esas emergencias, por ejemplo, cuando tuvieron que internar a su mamá en el hospital.</p> <p>J. había padecido de varias dificultades en su vida, por lo que ahora buscó proyectar una imagen por la que fuera reforzado socialmente (deseabilidad social). Probablemente por esta razón es que llegó a mentir un poco en terapia como al decir que tenía muchos amigos, esto pudo complicar alcanzar los mejores resultados, pues J. en realidad no fue completamente honesto complicando así el proceso.</p>	

### **3. Paciente M.**

#### **3.1 Formulación de caso Paciente M.**

Paciente: M.

Sexo: Masculino    Edad: 7

Referencia: Recomendación de parte de la escuela de M.

Fecha de primera sesión: 10 de octubre 2013

Duración del tratamiento: 16 sesiones

#### **Fuente de referencia y motivo de consulta:**

M. fue llevado al Centro de Servicios Psicológicos por sus padres, que a su vez acudieron por recomendación de la escuela de M. Sus maestros decían que el niño no aprendía al ritmo que se consideraría normal a su edad además de que su lectura y su pronunciación eran deficientes. M. tenía problemas en la pronunciación de las letras "R" y "L" y dificultad para mantener su atención en diversas actividades. Los padres de M. refieren que aunado a esto, la relación entre M. y su hermano menor E. se había visto afectada, pues M. parecía estar celoso de E. ya que éste no presenta ninguno de los problemas anteriores.

#### **Historia Relevante:**

M. es un niño de 7 años, que acude al tercer año de kinder por segunda vez. Vive con su papá de 69 años y su mamá de 48. Tiene un hermano menor de 6 años llamado E.

Respecto a los antecedentes heredofamiliares la mamá reporta que el padre de M. es diabético y ella misma es pre diabética.

La madre de M. dijo que a la edad de 40 años se embarazó de M. El embarazo no fue planeado pero sí deseado. No reportó que hubiera complicaciones en el embarazo, sin embargo, debido a la edad de ella, el embarazo se consideró de alto riesgo y tuvo que mantener reposo, bajó nueve kilos en el primer trimestre debido a que no podía tolerar alimentos. La madre de M. dijo haber acudido regularmente a sus citas médicas y revisiones, así como tomar vitaminas y mantener un estilo de vida saludable. M. nació por medio de cesárea

para evitar complicaciones en su mamá. Nació sano y sin ningún problema aparente, sin embargo, la madre no recuerda la calificación de Apgar.

El desarrollo postnatal de M. fue normal y adecuado a su edad: gateó a los siete meses y caminó al año dos meses. Sus primeras palabras las dijo a los ocho meses y el lenguaje estructurado apareció al año de vida.

M. fue diagnosticado con una catarata congénita y a la edad de un año once meses fue operado y le colocaron un lente intraocular. A la edad de dos años M. padeció una infección de garganta que le provocó fiebre de 41° lo que lo llevó a tener dos convulsiones. Fue atendido y posteriormente se le realizó un electroencefalograma en el que todo salió sin alteraciones. Fue diagnosticado además con estrabismo y esto lo ha llevado a utilizar anteojos desde los dos años.

M. estudió el kinder a la edad de seis años y cursó el primer grado, sin embargo, al observar sus maestros las dificultades de M. para leer y entender lo que le enseñaban adecuadamente, la directora de la escuela decidió que lo mejor era que volviera a cursar el último año de kinder, de modo que no se quedara atrasado en el aprendizaje si avanzaba a primaria.

Los padres en su intento por mejorar las habilidades de M. lo han llevado junto con su hermano, a diferentes clases: ajedrez, natación, tenis y yoga.

La madre de M. cree que el atraso en el desarrollo de M. se debe en gran parte a que en la escuela no les dejan tarea, por lo que ella y su marido se han tenido que encargar de poner actividades a M. para que mejore su lectura y escritura.

La familia de M. y E. como tíos, primos y abuelos, al notar las diferencias entre los niños, habían desarrollado una predilección por E. haciendo a un lado a M. de las actividades o haciendo comentarios en presencia de los niños de cómo E. era más inteligente, más rápido al correr, un mejor jugador o cómo hablaba y leía mejor, etc. Esto había repercutido de manera importante en el comportamiento de M. que se sentía muy inferior a su hermano menor y había demostrado, según el relato de sus padres, guardarle rencor a E.

**Situación Actual:**

Los padres de M. decidieron llevarlo a terapia ya que se encontraban preocupados por las posibles repercusiones que todo esto pudiera tener en el estado de ánimo de M. y en la relación con su hermano E.

En la esfera cognitiva, M. se mostró muy amable pero inquieto en todas las sesiones, le costaba trabajo mantenerse sentado o prestar atención, sin embargo, no pareció cumplir con los criterios diagnósticos para TDAH. Se volvió evidente desde el primer momento de hablar con él que tenía dificultades en su lenguaje, era muy común no poder entender lo que estaba diciendo. No podía pronunciar la R y la L, pero además de esto M. hablaba muy bajo y rápido, lo que tornaba difícil comprender lo que estaba diciendo. Su discurso en ocasiones llegaba a ser incoherente, cambiando de tema constantemente y hablando de cosas que parecía entender sólo él mismo. A pesar de esto, M. se mostró sumamente observador en la mayoría de las sesiones, notando por ejemplo detalles del consultorio que habían cambiado desde la última sesión.

Respecto a la esfera afectiva, el rapport con él siempre se estableció de manera sencilla. Demostró ser un niño muy amable y cariñoso, aunque con algunos arranques de enojo donde lleva a cabo conductas como azotar la puerta o aventar cosas. Aparenta además ser un niño retraído e inseguro.

Los padres de M. reportaron que recientemente había presentado comportamientos agresivos hacia su hermano y que les preocupaba que esto pudiera deberse al resentimiento por las comparaciones que la familia había hecho de ellos. Al hablar de esto, M. no reconoció ningún tipo de sentimiento negativo hacia su hermano, pero atendiendo a la preocupación de los padres, se decidió que la terapia se trabajaría del siguiente modo: algunas sesiones trabajaríamos únicamente con M. y en otras sesiones se trabajaría con M. y con E. tratando de mejorar su relación fraternal. Así, habría sesiones con ambos niños cada quince días aproximadamente. Los padres se mostraron una gran aceptación sobre este arreglo.

Al hablar con M. durante las sesiones se evidenció que mantenía pensamientos de autodevaluación y rechazo hacia sí mismo, además de pensamientos pesimistas acerca del futuro, principalmente relacionados con su salud.

**Problemas a resolver:**

1. Trabajar en los problemas de lenguaje de M.
2. Evaluar y ayudarlo a manejar sus pensamientos negativos sobre sí mismo y su salud
3. Tratar a ambos niños con la intención de mejorar su relación fraternal

**Tratamientos previos:**

Los padres mencionaron haber llevado a M. previamente con un psicólogo particular que lo evaluó y descartó algún tipo de trastorno del desarrollo o del aprendizaje, confirmando sólo el problema de articulación de M. No hubo un tratamiento posterior a esa evaluación psicológica.

Además de eso, los padres llevaron a M. a terapia de lenguaje durante tres meses aproximadamente, pero dejaron el tratamiento.

**Formulación cognitivo-conductual:**

A pesar de que los padres de M. buscaron siempre que el reforzamiento a los dos niños resultara equitativo demostrándoles el mismo cariño y atención a ambos, el resto de la familia así como los maestros de los niños hicieron continuamente distinciones entre los dos, elogiando a E. y prestándole atención mientras que había un rechazo explícito a M. Esto funcionó como un castigo para los esfuerzos de M. por relacionarse con los demás y le provocó tener pensamientos de incompetencia y devaluación propia. No había habido mejoras previamente con el tratamiento de los problemas de articulación de M. lo que le había provocado un sentimiento de desamparo aprendido al pensar que nunca podría mejorar su lenguaje aunque él lo intentara.

M. había comenzado a llevar a cabo conductas de evitación y escape de actividades sociales, aislándose en el juego individual, como videojuegos que sus padres le habían comprado. Dado que en este tipo de actividades que no implican lenguaje o interacción social M. había resultado ser bueno, se reforzó automáticamente esta conducta evitando que hubiera posteriores esfuerzos por involucrarse en actividades sociales y disminuyendo así sus posibilidades de mejorar en esta área, manteniendo sus pensamientos distorsionados de incompetencia y poca valía.

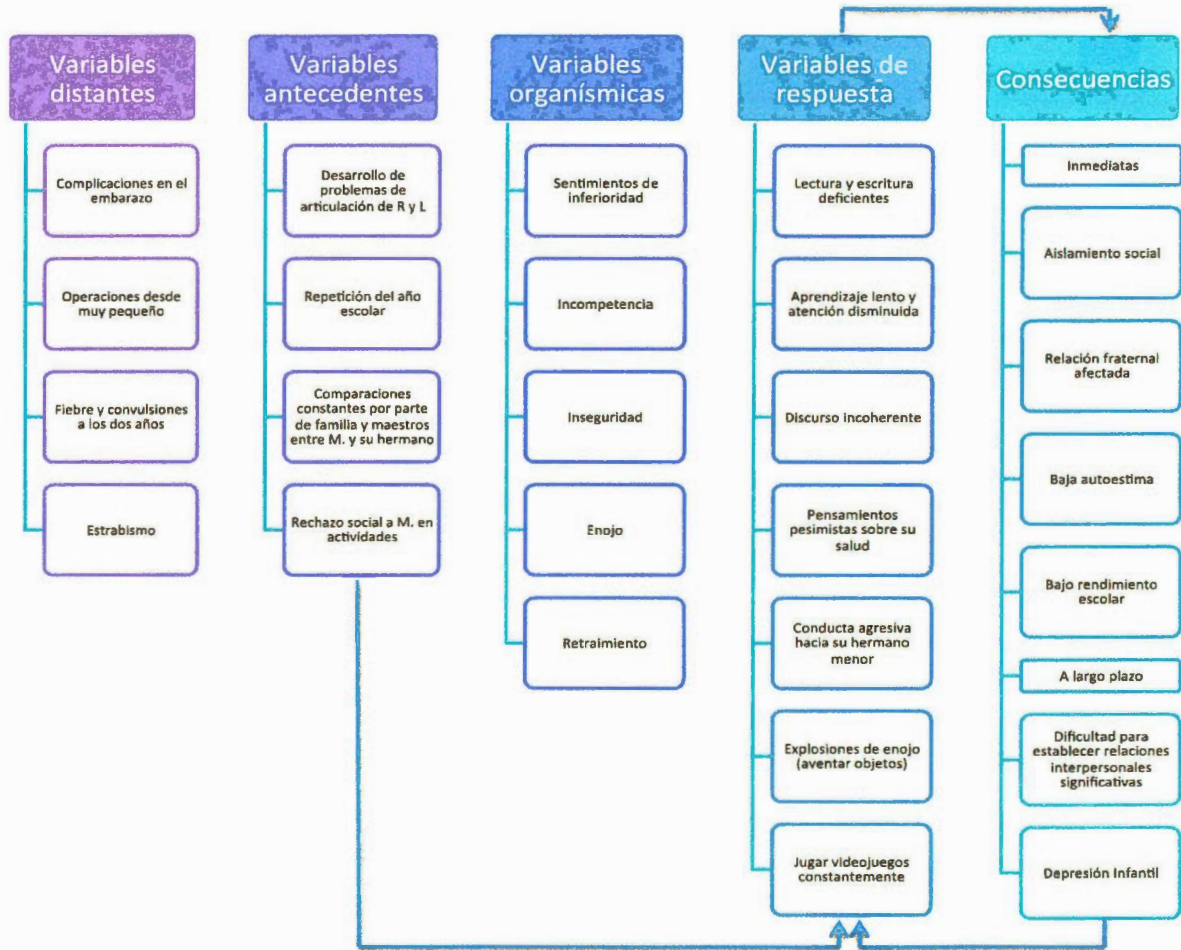
M. había asociado la presencia de su hermano E. con aquellas situaciones en las que otras personas lo hicieron sentir inferior, por lo que había transferido esos sentimientos de frustración a la sola presencia de su hermano, demostrándole así agresión o molestia como respuesta condicionada.

**Recomendaciones y objetivos de tratamiento:**

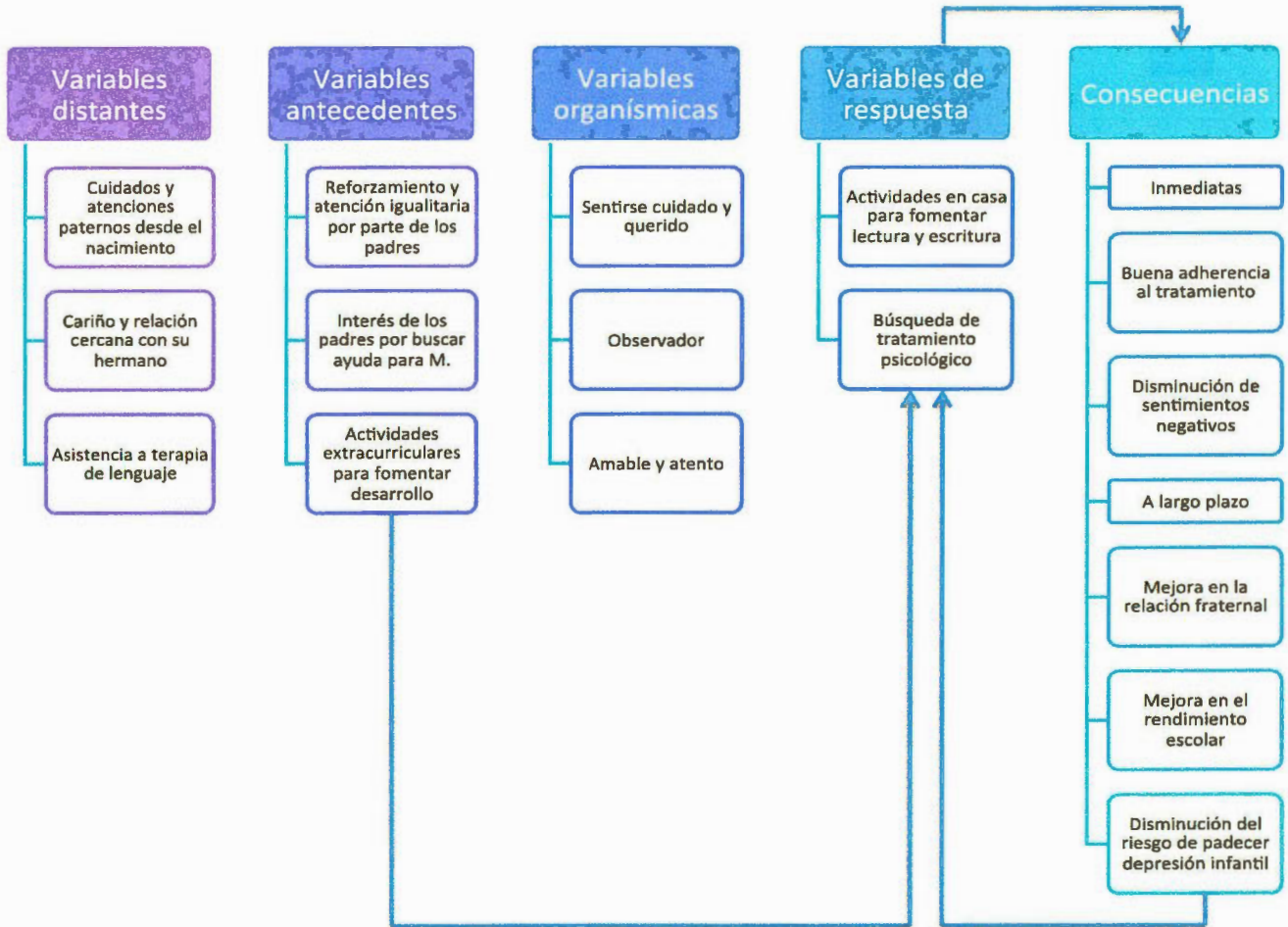
1. Ejercicios de praxias y fonológicos que le permitan a M. mejorar la articulación de palabras y en general su lenguaje
2. Reestructuración cognitiva orientada a cambiar los pensamientos de incompetencia y autodevaluación
3. Sesiones conjuntas con su hermano E. en las que se utilicen ejercicios y juegos que impliquen participación, buscando mejorar así su relación fraternal



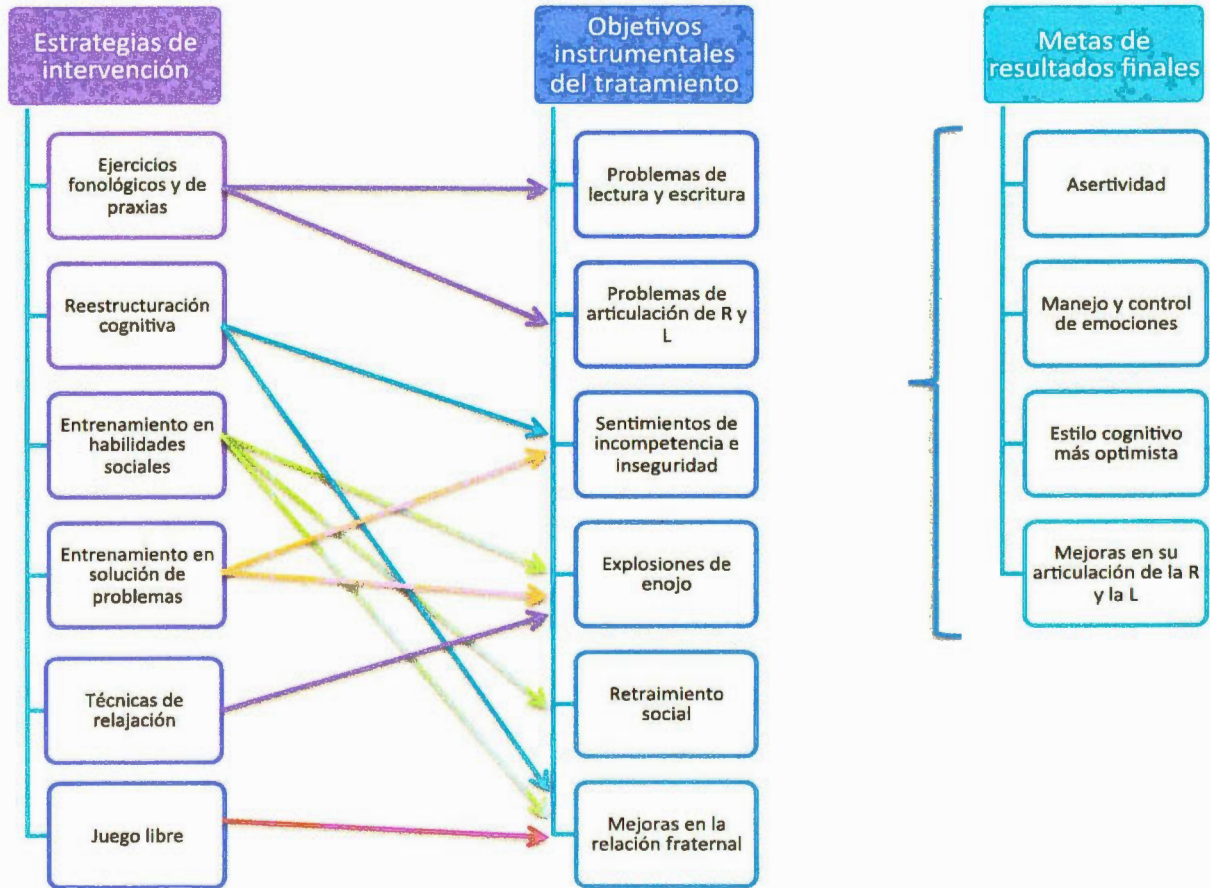
### 3.2 MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS DE PACIENTE M.



### 3.3 MAPA DE FORTALEZAS DE PACIENTE M.



### 3.4 MAPA DE ALCANCE DE METAS DE PACIENTE M.



### 3.5 PLAN DE TRATAMIENTO DE PACIENTE M.

Sesión	Objetivo terapéutico	Estrategia utilizada	Aprendizaje o conocimiento que se buscó obtuviera el paciente	Aprendizaje o habilidad obtenida por el terapeuta
1	Aprendizaje sobre hábitos saludables que permitan mejorar la calidad de vida	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se le explicó a M. el "Plato del buen comer" y la "Jarra del buen beber" de modo que aprendiera sobre hábitos saludables y la importancia de mantenerse sano para sentirse bien. Los terapeutas mencionaban menús hipotéticos y M. debía decir cuál de los alimentos del menú debía quitarse o disminuirse y cual aumentarse o incluirse</li> <li>-Se le pidió a M. que realizara un Registro de alimentación durante la semana siguiente de modo que pudiéramos evaluar si su alimentación era balanceada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Habilidad para establecer rapport con niños</li> <li>-Conocimientos generales sobre hábitos saludables</li> <li>-Capacidad para explicar de manera didáctica y divertida cómo mejorar los hábitos alimenticios</li> </ul>
2	<p>Aprendizaje sobre hábitos saludables que permitan mejorar la calidad de vida</p> <p>Prevención primaria para evitar futuros trastornos de sueño</p>	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se revisó el registro de alimentos de M. y se le indicó qué cosas podía comer más y qué alimentos comer menos para mejorar su alimentación. Para explicar esto se utilizaron imágenes de alimentos recortados de revistas</li> <li>-Que M. conociera los hábitos importantes para tener una buena higiene de sueño. -</li> <li>-Se recomendó la realización de un Registro de sueño, anotando en qué condiciones y cuántas horas dormía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conocimientos generales sobre hábitos saludables y específicamente sobre higiene de sueño</li> <li>-Capacidad para explicar de manera didáctica y divertida cómo mejorar la higiene de sueño</li> </ul>
3	Manejar de estrés, ansiedad y enojo	Técnicas de Relajación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Considerando que continuamente M. tiene arranques de enojo, se le enseñó la técnica de relajación por control de la respiración</li> <li>-Se utilizaron tiempos de tres segundos para cada una de las siguientes fases: inhalación, pausa, exhalación, pausa. Así se logró darle un ritmo a la respiración de M.</li> <li>-Se le recomendó a M. que esta técnica la realizara siempre que se sintiera molesto o enojado por algo, en lugar de aventar objetos</li> <li>-Los últimos veinte minutos de sesión se utilizaron para jugar ajedrez, actividad que logró mantener la atención de M.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Capacidad para modelar la técnica de relajación por medio del control de la respiración</li> <li>-Habilidad para reconocer actividades de interés para paciente y utilizarlas para beneficio de la terapia</li> </ul>

Sesión	Objetivo terapéutico	Estrategia utilizada	Aprendizaje o conocimiento que se buscó obtuviera el paciente	Aprendizaje o habilidad obtenida por el terapeuta
4	Mejorar la relación fraternal de M. y su hermano menor E.  *M. y E. acuden juntos a la sesión	Juego libre	-Que M. aprendiera que las virtudes de él y de su hermano son igualitarias. Que ambos tienen diferentes características y capacidades para diferentes cosas pero que las de los dos son importantes -El juego que los niños eligieron en la sesión fue construcción de edificios y ciudades con bloques. Los dos debían cooperar para construir una ciudad completa -Fue posible observar rivalidad entre los niños	-Habilidad para observar las características de la relación fraternal de los niños
5	Mejorar la relación fraternal de M. y su hermano menor E.  *M. y E. acuden juntos a la sesión	Juego libre	-Se comenzó con un juego de fútbol entre los niños donde se buscó que M. aprendiera la importancia de seguir las reglas establecidas. Los niños establecieron las reglas del juego antes de empezar a jugar -Se fomentó que M. mantuviera la atención en la actividad al cambiar el juego a atrapar la pelota sin saber si vendría de la izquierda o la derecha.	-Habilidad para desarrollar actividades lúdicas que permitan alcanzar objetivos terapéuticos
6	Mejorar la atención  Evaluar la lectura y la escritura de M.	Ejercicios de lectura	-Para fomentar que M. mantuviera la atención en una actividad se le dieron tres laberintos con aumento de dificultad en cada uno que M. debía resolver -Se le proporcionaron dos libros de cuentos que M. debía leer en voz alta, para luego escribir las respuestas a preguntas hechas por los terapeutas sobre el cuento	-Habilidad para elegir actividades que persigan los objetivos terapéuticos
7	Mejorar la relación fraternal de M. y su hermano menor E.  Mejorar cooperación  *M. y E. acuden juntos a la sesión	Actividad recreativa	-Se les pidió a los niños que armaran aviones de papel. Con el objetivo de fomentar la cooperación entre ellos se les dijo que debían ayudarse mutuamente para armarlos, decorarlos y lanzarlos correctamente, de modo que ambos pudieran tener resultados similares	-Habilidad para fomentar la cooperación entre los niños

Sesión	Objetivo terapéutico	Estrategia utilizada	Aprendizaje o conocimiento que se buscó obtuviera el paciente	Aprendizaje o habilidad obtenida por el terapeuta
8	<p>Disminuir los pensamientos pesimistas y negativos de M.</p> <p>Fomentar un estilo cognitivo más positivo</p>	Reestructuración cognitiva	<p>-Utilizando títeres se le explicó a M. la relación entre pensamiento-emoción-conducta</p> <p>-Se buscó que M. comprendiera la diferencia entre pensamientos optimistas y pesimistas, permanentes y temporales así como que aprendiera que era posible modificar los pensamientos negativos para buscar sentirnos mejor</p>	<p>-Habilidad para utilizar materiales llamativos para el niño de modo que preste mayor atención a la información</p> <p>-Conocimiento sobre los diferentes tipos de pensamiento</p>
9	Mejorar la articulación de las letras R y L	<p>Psicoeducación</p> <p>Ejercicios de praxias y fonológicos</p>	<p>-Se comenzó explicándole a M. algunas cosas referentes a su problema de articulación: que se debía a que su lengua era "floja" y no podía realizar los movimientos que necesitaba y que por eso era necesario que se pusiera a hacer ejercicio</p> <p>-Se realizaron con M. ejercicios de praxias donde M. debía mover los músculos de su boca, sus labios, dientes y lengua</p> <p>-Para la práctica de los fonemas con R y con L se utilizaron muñecos de peluche que imitaban los fonemas que M. debía repetir: "el león hace rrrraaarr" y M. lo repetía</p> <p>-M. dijo que le dolía la cabeza y se sentía mareado por lo que se retomó la técnica de relajación que se le había enseñado para disminuir el malestar</p> <p>-Se les proporcionó a los papás de M. copias de los ejercicios realizados y se les indicó que debían practicarlos diariamente para observar resultados</p>	<p>-Conocimientos generales sobre problemas de lenguaje y especialmente de articulación</p> <p>-Habilidad para realizar de manera didáctica y entretenida ejercicios que persiguieran los objetivos terapéuticos</p>
10	<p>Mejorar la relación fraternal de M. y su hermano menor E.</p> <p>Mejorar cooperación</p> <p>*M. y E. acuden juntos a la sesión</p>	Juego libre	<p>-Los niños decidieron jugar carreras de obstáculos, colocando alrededor del consultorio algunas cajas, sillas y juguetes que debían saltar</p> <p>-Dado que se volvió competitivo, los terapeutas sugirieron que fueran un equipo y se ayudaran mutuamente para superar los obstáculos</p> <p>-Por un conflicto entre ellos, se explicó brevemente el concepto de asertividad y se fomentó el ofrecer disculpas para evitar malentendidos posteriores</p>	<p>-Habilidad para resolver conflictos entre los niños</p> <p>-Conocimiento sobre solución de problemas y asertividad</p>

Sesión	Objetivo terapéutico	Estrategia utilizada	Aprendizaje o conocimiento que se buscó obtuviera el paciente	Aprendizaje o habilidad obtenida por el terapeuta
11	<p>Adquisición de asertividad</p> <p>Mejorar la relación fraternal entre M. y su hermano menor E.</p> <p>Expresión de emociones</p> <p>*M. y E. acuden juntos a la sesión</p>	<p>Entrenamiento en habilidades sociales</p>	<p>-Se les explicó a ambos niños el concepto de asertividad, se les enseñaron los cuatro pasos para una conducta asertiva utilizando muñecos de peluche</p> <p>-Se buscó que reforzaran el aprendizaje y lo practicaran siendo asertivos el uno con el otro. M. y E. debían decirse mutuamente cosas que no les gustaran del otro y lo que podía hacerse para mejorarlo siendo asertivos (E. recalcó el hecho de que M. nunca veía a los ojos a las personas cuando se le hablaba)</p> <p>-En esta sesión fue posible escuchar el discurso incoherente de M., así como percibir su poca atención a la actividad</p> <p>-M. volvió a decir que le dolía la cabeza por lo que se terminó con una técnica de relajación</p>	<p>-Conocimientos sobre asertividad</p> <p>-Habilidad para explicar dinámicamente los pasos para ser asertivos</p>
12	<p>Observar la dinámica familiar</p> <p>*M. y E. acuden juntos a la sesión, así como sus padres</p>	<p>Observación</p> <p>Actividades recreativas</p> <p>Entrenamiento en habilidades sociales</p>	<p>-Para continuar con el entrenamiento en habilidades sociales, se les explicó a M. y su familia que las emociones es posible observarlas en la expresión facial de las personas. Por esa razón se jugó mímica en dos equipos, los padres y los niños. Cada equipo debía expresar una emoción con su cara y los otros debían adivinar la emoción</p> <p>-Se jugó además Jenga para ver cómo la familia establecía las reglas, organizaba los turnos y lidiaban con la frustración. Fue posible observar cómo E. suele llevarse la atención de los padres por su personalidad más extrovertida. E. suele realizar berrinches cuando las cosas no salen como quiere, como cuando su turno no fue el primero</p>	<p>-Habilidades para la observación de la dinámica familiar</p> <p>-Habilidad para elegir actividades que permitan que todos los miembros se mantengan interesados</p>
13	<p>Disminuir los pensamientos pesimistas y negativos de M.</p> <p>Fomentar un estilo cognitivo más positivo</p>	<p>Reestructuración cognitiva</p>	<p>-Se buscó explicarle a M. los contenidos del módulo 2 de el Juego del Optimismo "Cambiando nuestro estilo para explicar las cosas". Se utilizaron nuevamente peluches para que M. comprendiera los conceptos del módulo, las historias eran contadas por los muñecos y los conceptos fueron simplificados</p> <p>-M. dijo que la cabeza le dolía por lo que se dedicaron un par de minutos a relajarse y se continuó con la explicación de los temas</p>	<p>-Conocimientos sobre estilos explicativos</p> <p>-Facilidad para explicar en términos sencillos conceptos complicados</p>

Sesión	Objetivo terapéutico	Estrategia utilizada	Aprendizaje o conocimiento que se buscó obtuviera el paciente	Aprendizaje o habilidad obtenida por el terapeuta
14	<p>Disminuir los pensamientos pesimistas y negativos de M.</p> <p>Fomentar un estilo cognitivo más positivo</p> <p>*M. y E. acuden juntos a la sesión</p>	Reestructuración cognitiva	<p>-Con la intención de reforzar el aprendizaje se le pidió a M. que repitiera lo aprendido en la sesión anterior a E., M. no pudo hacerlo y dijo no recordar nada de lo que se habla visto la sesión anterior</p> <p>-Se explicaron de nuevo los temas de manera resumida y se prosiguió con el módulo 3 de el Juego del Optimismo "Investigando y analizando nuestro estilo para explicar las cosas". Nuevamente se utilizaron peluches para leer las historias y ejemplos del módulo</p> <p>-Los niños debían aprender la importancia de buscar evidencia a favor y en contra de sus pensamientos</p>	<p>-Conocimientos sobre el cambio de estilos explicativos y pensamientos negativos</p> <p>-Capacidad para sintetizar información relevante para el paciente</p> <p>-Habilidad para explicar temas de manera dinámica</p>
15	Adquirir habilidades para la resolución de conflictos	Entrenamiento en solución de problemas	<p>-Se utilizaron globos inflados y dentro de cada globo habla un papel con un paso del entrenamiento en solución de problemas. M. debía romper cada globo por orden y leer el paso que estaba escrito. Se le explicaba detalladamente en qué consistía cada paso</p> <p>-Se le pidió que imaginara un problema y que intentara resolverlo siguiendo los pasos</p> <p>-Los últimos veinte minutos de sesión se utilizaron para que M. practicara su lectura con un libro de cuentos</p>	-Conocimiento sobre el entrenamiento en solución de problemas
16	Adquirir habilidades para la resolución de conflictos	Entrenamiento en solución de problemas	<p>-Utilizando el módulo 4 de el Juego del Optimismo "Solución de Problemas", se les explicó a los niños los pasos para ser buenos negociadores</p> <p>-Debían negociar con uno de los terapeutas para que éste les pudiera dar dulces</p> <p>-Se les explicó que era el último día de sesión y se cerró el tratamiento haciendo junto con los niños un resumen de lo visto en terapia</p>	<p>-Conocimiento sobre el entrenamiento en solución de problemas</p> <p>-Habilidad para hacer un cierre de tratamiento</p>



### 3.6 Resultados obtenidos con Paciente M.

Estrategia de Intervención	Resultados
Psicoeducación	M. ya tenía conocimientos previos acerca de hábitos alimenticios saludables debido a que, como sus padres padecen diabetes, deben llevar una dieta equilibrada y con pocas azúcares. La alimentación de M. es por lo general balanceada. Respecto a los hábitos de higiene de sueño, M. tiene una rutina de sueño en la que suele ir a la cama alrededor de las ocho de la noche todos los días, durmiendo en un ambiente adecuado y por aproximadamente diez horas.
Técnicas de relajación	M. aprendió correctamente cómo controlar su respiración para poder relajarse. Lo utilizaba continuamente según los reportes de su madre. El objetivo de enseñarle a M. esta técnica era que disminuyera su conducta de lanzar objetos cuando llegaba a molestarse. Su madre dijo que tenía varias semanas sin azotar puertas o lanzar nada. Creía que M. estaba aprendiendo a controlar su temperamento.
Juego libre y actividades recreativas	El objetivo de realizar este tipo de actividades con M. y su hermano E. era que ellos aprendieran a mejorar la manera en la que se relacionaban. Se fomentó la cooperación entre ellos, el respeto a las reglas como esperar por su turno durante el juego, el respeto por el otro al no insultar, no golpear o no empujar y escuchando siempre que el otro tuviera algo que decir. Estas conductas siempre fueron reforzadas durante las sesiones, mientras que las agresiones o faltas de respeto eran castigadas verbalmente. La madre de M. así como su hermano E. dijeron que los juegos entre ellos eran menos conflictivos. Ya no se habían llevado a cabo agresiones hacia E. por parte de M., evitando empujones o golpes. Los padres de M. dijeron que a pesar de que en ocasiones M. prefería estar solo que jugar con su hermano menor, ya no era común observar peleas entre ellos y creían que en general su relación fraternal sí había mejorado. Otro de los objetivos de realizar juegos durante algunas de las sesiones era que M. aprendiera a mantener su atención por más tiempo en las actividades que realizaba. A pesar de que M. era reforzado con elogios siempre que lograba mantener su atención en la sesión de terapia, no fue posible generalizar esa atención a otras actividades. M. siguió mostrándose disperso en muchas de las sesiones.
Ejercicios de lectura, de praxias y fonológicos	Durante algunas de las sesiones se dedicaron algunos minutos para que M. leyera, de modo que se pudiera evaluar si su lectura fue mejorando a lo largo del tratamiento. Lo cierto es que la lectura de M. no mejoró de manera notable a pesar de que los padres reportaron dedicar diariamente media hora al día a que el niño leyera. Respecto a las mejoras en su articulación de las letras R y L, sí se pudieron observar algunas mejoras. Los padres llevaron a cabo los ejercicios que les fueron proporcionados por los terapeutas casi diariamente (dejando al niño un día a la semana libre), y fue posible notar que era más fácil para M. pronunciar palabras que empezaran con R, teniendo sin embargo algunas dificultades cuando la R estaba colocada en el medio de la palabra. Con la letra L también se notó mejoría, pues M. podía articular correctamente más palabras con esta letra que al inicio del tratamiento.
Entrenamiento en habilidades sociales	En el reconocimiento y expresión de emociones se obtuvieron buenos resultados, siendo M. capaz de identificar sin errores la emoción que se estaba expresando facialmente ya fuera por parte de los terapeutas o de sus padres. M. era capaz de reconocer sus propias emociones en varias ocasiones y

	<p>comentar cuáles eran estas.</p> <p>En la parte relacionada a la práctica de habilidades sociales, específicamente en el ejercicio donde los niños debían decirse las cosas que les gustaban y las que no les gustaban del otro de manera asertiva, no se obtuvieron los resultados esperados. M. comenzó diciéndole a E. que no le gustaba que le pidiera jugar a las luchas y que preferiría que jugaran juntos a otras cosas, E. tomó esto bien y con calma. Luego, E. mencionó que no le gustaba que M. no lo viera a los ojos cuando le hablaba. Cabe mencionar que M. muy rara vez miraba a quien le estuviera hablando, por lo general volteaba hacia el piso o hacia los lados, pero no solía sostener la mirada. Esto intentó cambiarse a lo largo de las sesiones reforzando a M. cuando había contacto visual, sin embargo, no resultó suficiente, pues a pesar de que se le especificaba que la conducta que estaba siendo reforzada era mirar a los ojos, M. no parecía sensible a los elogios por ello y no continuó haciéndolo.</p> <p>A pesar de esto, podemos decir que lo relacionado con cómo ser asertivos se aprendió adecuadamente y se instó a los niños a utilizar este conocimiento en otros contextos como la escuela o con la familia. De este modo, los padres reportaron que en una ocasión cuando una de las tías de los niños decía que E. era más inteligente y "bonito" que M., M. fue capaz de decirle a su tía que el que ella dijera esas cosas lo hacía sentirse triste y que le agradecería mucho si dejaba de hacerlo para que él pudiera sentirse mejor.</p>
Reestructuración cognitiva	<p>Respecto al objetivo de cambiar los pensamientos negativos de M. por un estilo cognitivo más optimista, hubo más obstáculos de los que se esperaban. Fue difícil que durante la explicación de estos temas M. mantuviera su atención y a pesar de que todo el tiempo se buscó que los ejemplos fueran sumamente claros y se utilizaban palabras que M. pudiera entender, el niño no fue capaz de comprender la importancia de mantener pensamientos más optimistas o más cercanos a la evidencia real.</p> <p>Muchas veces el discurso de M. al explicar sus propios pensamientos resultaba incoherente como al decir "es que mi cerebro sólo se oye como una guitarra eléctrica" o "mi cerebro sólo piensa cuando le doy de comer sopa de hongos". Se instaba a M. a explicar qué era lo que quería decir con ese tipo de comentarios, sin embargo, el niño no era capaz de explicarlo y desvariaba hablando de otros temas no relacionados con lo que se le preguntaba.</p> <p>Por estas razones, se concluye que la reestructuración cognitiva en el caso de M. no resultó exitosa. Consideramos que se debe continuar con esta técnica posteriormente, cuando M. tenga mayor edad, de modo que los conceptos no le parezcan tan abstractos y pueda reflejar mejores resultados.</p> <p>M. continuó diciendo en otra sesión que creía que su cerebro no trabajaba bien. Que el lado izquierdo de su cerebro sólo se oía una guitarra eléctrica y que esto evitaba que escuchara a su lado derecho que funcionaba adecuadamente. Dijo también que su lado izquierdo del cerebro le decía que no obedeciera a su papá y que debía odiar a su hermano Esteban.</p> <p>Considerando este tipo de pensamientos, aunado a su lenguaje incoherente y a la dificultad que presenta para mantener atención sostenida, se recomendó una evaluación más profunda y de tipo neuropsicológico para M., lo cual se le explicó a sus papás antes de dar por terminado el tratamiento.</p>
Entrenamiento en solución de problemas	<p>Los resultados de este entrenamiento fueron favorables, los pasos fueron aprendidos por M. y pareció aprender a aplicarlos correctamente. Sin embargo, ya no fue posible observar si M. llevaba a cabo la solución de problemas en su vida cotidiana</p>

pues después de habérselo enseñado, se dio por terminado el tratamiento.

**Factores que pudieron interferir con los resultados:**

Considerando las dificultades de M. para la comprensión de nuevos conceptos y adquisición de aprendizaje, se esperaban dificultades principalmente en la parte de reestructuración cognitiva, que fue lo que se observó. M. no tenía ningún tipo de experiencia o aprendizaje previo de metacognición, volviendo este objetivo el más complicado de alcanzar en el tratamiento. Los módulos de el Juego del Optimismo no resultaron muy útiles para trabajar reestructuración cognitiva pues éstos están orientados para trabajar con niños de 8 a 12 años y M. sólo tenía 7.

La atención de M. en las sesiones resultó limitada y esto complicó que pudiera comprender muchos de los conceptos que se le explicaban. Además de que su lenguaje a veces incoherente dificultó en varias ocasiones que se comprendiera lo que estaba diciendo, por lo que la comunicación paciente-terapeutas se veía afectada.

Después de dos sesiones en las que M. dijo que tenía dolor de cabeza o mareos luego de que la sesión se volviera un poco más complicada de lo normal, fue evidente que M. utilizaba esto como escape de actividades demandantes. Cuando esto ocurrió la primera vez, se dedicaron los últimos quince minutos de la sesión a realizar la técnica de relajación por control de la respiración que se le había enseñado a M. La segunda ocasión se dedicaron nuevamente alrededor de quince minutos para relajar a M. y se suspendió la actividad. Sin embargo, en la tercera ocasión ya no se dedicaron más que dos minutos a la relajación y se continuó con la actividad a pesar de que M. continuó diciendo que no se sentía bien. Esas conductas de escape ocurrieron principalmente en el tiempo que se trataba de enseñar reestructuración cognitiva, lo que pudo haber influido también en los resultados pobres obtenidos con esta técnica.

#### **4. Aprendizaje y habilidades adquiridas durante el desarrollo de este trabajo**

Realizar una labor terapéutica con cualquier paciente es importante y requiere de un alto grado de responsabilidad por parte del terapeuta. Sin embargo, considero que hacerlo con niños resulta aún más delicado. Los niños no suelen llegar a terapia con toda la intención de cambio como puede hacerlo un adulto. Es mucho más probable que el niño acuda a terapia llevado por sus padres o cuidadores que han notado cambios poco favorables en la conducta del niño o en su estado anímico. Los niños por lo tanto, no serán capaces en todas las ocasiones de hablar abiertamente de sus problemáticas, algunos incluso no tienen del todo claro qué es lo que hacen ahí.

Teniendo todos estos puntos en mente, puedo decir que el trabajo terapéutico con niños durante la realización de este servicio social fue sumamente enriquecedor para mí. Aprendí diferentes cosas como persona: a tener más paciencia, a tener más empatía, a ser más responsable de mis acciones y mis palabras, a ser más sociable, amable y divertida de modo que los niños se sintieran en un ambiente amigable que les permitiera abrirse y hablar en confianza. Aprendí a trabajar en equipo, siempre apoyándome de personas que pudieran tener más experiencia que yo. Nunca permití que mi ego me hiciera realizar algo de lo que no estaba segura con el afán de demostrar mi capacidad; si sabía que no tenía conocimientos sobre algo, nunca dudé en pedir ayuda para así aprenderlo.

Como profesional de la psicología adquirí una gran cantidad de habilidades: por ejemplo, cómo realizar de manera adecuada una formulación de caso; logré aumentar mi pensamiento crítico a la vez que mejoré mi "ojo clínico" de modo que fuera capaz de poder identificar las problemáticas de los pacientes (aquellas que incluso no mencionaban directamente), así como las probables causas subyacentes a esos problemas; aprendí a identificar los posibles cursos de acción que se podrían implementar para alcanzar los objetivos de los pacientes delimitados al inicio del tratamiento. Aprendí a dirigir y estructurar una sesión terapéutica, a explicar mis conocimientos de modo que resultaran claros para los pacientes y les permitiera comprender cómo es que se manejaría la terapia bajo este enfoque. Aprendí a plasmar de manera clara los casos ayudándome con el uso de herramientas como los mapas de patogénesis y de alcance de metas. Aprendí mucho sobre psicología positiva de

la cual desconocía. Aprendí a manejarme siempre de manera ética, profesional y responsable.

Aprendí también que como profesional de la salud mental y dentro de un contexto terapéutico resulta muy distante la teoría de la práctica. Podemos leer una gran cantidad de libros que nos dicen cómo podemos manejar las sesiones terapéuticas, cómo obtener información de la persona que acude buscando terapia, cómo implementar las técnicas de la manera más efectiva. Sin embargo, una vez estando en la situación real, es posible darnos cuenta de que cada persona es diferente, cada problemática también lo es. Los libros no son capaces de explicarnos todo, por lo que debemos ser capaces de adaptarnos, de tratar de entender al paciente que tenemos en frente, de tomar lo que nos sirva de la teoría y ser hábiles para implementarlo en la terapia de ese paciente específico.

Como mexicana que forma parte de una sociedad puedo decir que no me fue difícil comprender que la labor que se hace en El Juego del Optimismo es sumamente importante. Se trabaja buscando la salud no sólo de niños, si no también de sus familias. Es bien conocido que cuando en una familia alguien se encuentra en problemas, los demás miembros también se ven afectados de una manera o de otra, y en diversos casos, hasta la comunidad puede llegar a verse afectada. Al trabajar en la mejora de la salud mental de las personas afectadas se realiza una labor social, ayudando a que México cuente con ciudadanos funcionales, productivos y que, a su vez, ayudarán a la sociedad a mejorar.

Para concluir este apartado mencionaré un par de cosas no tan positivas que también aprendí durante la realización de este servicio social. Al ingresar los estudiantes no hay algún tipo de entrenamiento para realizar un proceso terapéutico. Dado que para El Juego del Optimismo existen manuales ya elaborados (véase capítulo dos), la indicación que se me dio al entrar como prestadora de servicio social fue únicamente leerlos y saber que tenía que utilizarlos durante las sesiones. No se me entrenó en formulación de caso o manejo de sesiones, lo cual considero que hubiera sido muy valioso.

Asimismo, dado que es bien conocida la importancia de la aplicación de pruebas psicológicas a los pacientes antes y después del tratamiento de modo que se pueda comprobar que los cambios obtenidos fueron resultado del proceso terapéutico, recomiendo tener más cuidado en que se realice esta aplicación de pruebas a todos los pacientes que ingresen a tratamiento y que, una vez concluido éste, se repitan las mismas. También sería

muy importante que se continúe con una tercera evaluación alrededor de seis meses después de terminado el tratamiento como seguimiento, esto con la intención de que se prevengan recaídas y se demuestre que los resultados obtenidos con el tratamiento se mantienen en el tiempo.

En el caso de este trabajo fue imposible incluir pruebas psicológicas ya que, a pesar de que se aplicaron al finalizar el tratamiento, no hubo pruebas previas al mismo y así era imposible asegurar que se obtuvieron cambios como resultado de la intervención, es por esta razón que me concentré en la obtención de los resultados reportados por los pacientes o sus padres para demostrar que el tratamiento fue efectivo.

## Capítulo 4: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

### 1. Taller para padres e hijos: Haciendo a nuestros hijos obedientes

En el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila (CSP) es altamente común que los padres que acuden buscando ayuda para sus hijos refieran como motivo de consulta problemas de conducta como desobediencia o agresión. Para este problema, en el CSP se canaliza a los padres a diferentes programas dentro del centro para iniciar un tratamiento psicológico que puede durar desde 15 hasta muchas más sesiones. Las listas de espera para que los pacientes reciban atención en el CSP luego de acudir a solicitarla puede llevar un periodo hasta de ocho meses antes de iniciar un tratamiento.

Tomando estos factores en cuenta, se propone la realización de un taller orientado a trabajar con padres y con sus hijos que presenten un nivel de obediencia por debajo del esperado. Este taller permitirá que los padres adquieran habilidades que les ayuden a manejar y mejorar la conducta de sus hijos. Dado que para el taller se contempla una duración de cinco sesiones de 60 minutos cada una, se puede considerar como una manera simple de ayudar a los padres a trabajar con sus hijos y mejorar su interacción con ellos en un período breve sin la necesidad de comenzar un tratamiento psicológico. De este modo, el Centro tendría más espacios para tratar a otros pacientes que acudieran con otro tipo de problemáticas, reduciendo así el tiempo que pasan en lista de espera.

Algunos autores como Ayala (2002) han señalado que si los problemas de conducta infantil como desobediencia no son tratados a tiempo pueden convertirse en factores de riesgo para el desarrollo de conductas más peligrosas como violencia, consumo de sustancias o conductas delictivas, por esta razón la impartición de este taller tiene relevancia social. Enseñando a los padres a manejar conductas problemáticas de sus hijos se puede evitar que esas conductas evolucionen llegando a ser perjudiciales no sólo para el individuo sino también para la sociedad.

Los padres que acudan al taller adquirirán conocimientos impartidos de manera clara y breve sobre habilidades de seguimiento instruccional y consecuencias de la conducta, lo que les permitirá desarrollar prácticas disciplinarias más efectivas con sus hijos, aumentando así los niveles de obediencia de éstos.

Se espera que los padres puedan ver que no son los únicos que tienen dificultades al establecer límites o reglas para sus hijos al poder hablar e intercambiar puntos de vista con otros padres que acudan al taller, sintiéndose así identificados y motivados al cambio. Se propone que al taller también acudan los hijos de modo que sus padres puedan practicar lo que aprendan con ellos, logrando ver dificultades que se presenten desde ese momento y resolviéndolas siempre que sea posible.

## 1.1 FICHA TÉCNICA

**Objetivo:** Que los padres aprendan a manipular las consecuencias de la conducta de sus hijos para lograr mayor obediencia de éstos y disminuir conductas inadecuadas. Que adquieran las habilidades de Seguimiento Instruccional y que practiquen lo aprendido con sus hijos.

**Duración total:** 300 minutos.

**Dirigido a:** Padres que tengan hijos con problemas leves de conducta y bajos niveles de obediencia.

**Cantidad de participantes:** Hasta 6 padres con sus hijos.

**Dificultad:** Poca. El taller se orienta a ser simple y de fácil comprensión para los padres.

**El (la) coordinador (a):** Puede ser un psicólogo(a), orientador(a) o docente con experiencia en impartir talleres o que haya trabajado con grupos de personas.

**Lugar:** Salón de clases o sala de observación del Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila con capacidad hasta para doce personas. Con buena iluminación y equipamiento necesario para proyectar videos e imágenes.



**Mobiliario:** Sillas para todos los participantes: 6 sillas en las primeras tres sesiones y 12 para las últimas dos sesiones, mesa de apoyo para el coordinador, un pizarrón blanco.

**Materiales:** Plumones de colores, 6 rotafolios, 2 videos donde se ejemplifiquen los principios de reforzamiento y castigo, música relajante, computadora y proyector, 6 juguetes, 6 hojas de evaluación de temas II y III, 6 listas checables de los pasos de Seguimiento Instruccional, 10 hojas blancas, 6 plumas.

**Preparación:** El coordinador del taller requiere tener conocimientos previos sobre principios de condicionamiento operante, técnicas de modificación de conducta y Seguimiento Instruccional. Requiere reunir con anticipación al taller la información, definiciones, videos e imágenes que les serán presentadas a los padres.

**Invitación:** El coordinador o coordinadora del taller debe explicar el objetivo de la reunión, quiénes van a participar y el modo en que se realizarán las dinámicas de manera resumida. Por ejemplo: "El día lunes 3 de agosto nos reuniremos con las madres y padres participantes en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología. Hablaremos de cómo es posible manejar las conductas inadecuadas de sus hijos y técnicas que podemos implementar para aumentar sus niveles de obediencia. El taller se realizará de un modo participativo donde los padres podrán hablar acerca de sus dificultades en el establecimiento de límites y reglas para sus hijos y podrán escuchar las problemáticas que tienen otros padres. Nos reuniremos de 15:00 a 16:00 horas".

## 1.2 CARTA DESCRIPTIVA

<b>Curso: Haciendo a nuestros hijos obedientes</b>			
<b>Dirigido a: Hasta seis padres de niños de 6 a 11 años con conductas de desobediencia</b>			
<b>Objetivo general: Que los padres adquieran habilidades para dar instrucciones claras a sus hijos y aumentar su obediencia utilizando reforzadores y castigos como consecuencias por su conducta, mejorando así la interacción con ellos</b>			
<b>Duración total: 300 minutos</b>			
<b>Subtemas</b>	<b>Objetivo específico</b>	<b>Material didáctico</b>	<b>Tiempo (min)</b>
<b>I. Aprendiendo a calmarnos</b>	Al finalizar la primera sesión, los padres habrán aprendido el concepto de obediencia y serán capaces de utilizar la técnica de relajación por control de la respiración que les permita mantenerse en calma en situaciones estresantes	Computadora Música relajante	60
<b>II. Identificando consecuencias positivas y negativas</b>	Al finalizar la segunda sesión los padres podrán identificar qué son los castigos y reforzadores tanto negativos como positivos y cómo funcionan, de modo que sean capaces de brindar ejemplos de cada uno y utilizarlos en casa con sus hijos	Computadora Proyector Videos cortos sobre reforzadores y castigos Pizarrón blanco y plumones Hojas blancas Plumas	70
<b>III. Aprender a dar instrucciones: Seguimiento Instruccional</b>	Al finalizar la tercera sesión, los padres serán capaces de dar instrucciones claras a sus hijos y sabrán aplicar las consecuencias positivas o negativas de acuerdo a la obediencia o no obediencia de sus hijos	Pizarrón blanco Plumones Hojas para evaluación de conocimientos	65
<b>IV. ¡A poner las reglas!</b>	Durante la cuarta sesión los padres podrán establecer las reglas de convivencia y deberes de la casa en colaboración con sus hijos	Rotafolios Plumones de colores	50
<b>V. Practicando juntos</b>	Los padres podrán practicar con sus hijos los pasos del seguimiento instruccional dándoles diversas instrucciones durante la sesión y reforzando los conocimientos adquiridos	Juguetes Hojas de evaluación de seguimiento instruccional para cada padre	55

## 1.3 SESIONES DEL TALLER

### Sesión Uno (acuden sólo los padres)

Taller: Haciendo a nuestros hijos obedientes

Tiempo total: 60 minutos

**Objetivo:** Al finalizar la primera sesión, los padres habrán aprendido qué es la obediencia, cuál es el objetivo del taller y sabrán utilizar la técnica de relajación por control de la respiración que les permitirá mantenerse en calma en situaciones estresantes.

	Actividades del coordinador	Actividades de los padres	Apoyos didácticos	Tiempo parcial
<b>Introducción</b>	El coordinador dará la bienvenida a los padres y presentará el taller y sus objetivos. Preguntará a los padres sus nociones de obediencia anotando las ideas más relevantes en el pizarrón y explicará el concepto.	Participar diciendo lo que cada uno de ellos consideran que es obediencia.	Pizarrón blanco Plumones	5 min
	El coordinador pedirá a los padres que se presenten y que cada uno hable acerca de los problemas que presenta en la educación de sus hijos y cómo esos problemas lo han hecho sentir.	Participar presentándose y hablando de la crianza de sus hijos y de las emociones que experimentan al presentarse las problemáticas.		30 min
<b>Tema I: Aprendiendo a calmarnos</b>	El coordinador utilizará la computadora para poner música relajante. Explicará a los padres la importancia de mantenernos relajados en situaciones estresantes. Modelará la técnica de relajación por control de la respiración a los padres y posteriormente les pedirá que ellos la lleven a cabo. Les pedirá a los padres que adopten la posición más cómoda para relajarse.	Los padres deberán realizar la técnica de relajación por control de la respiración. Los padres deberán sentarse cómodamente en una silla y mantener los ojos cerrados para realizar la técnica.	Computadora Música relajante	20 min
	Preguntará a los padres cómo se sintieron con la relajación y les pedirá que expliquen cuáles son sus expectativas del taller. El coordinador escucha atentamente y toma notas. Despide a los padres, agradece su asistencia y recuerda la fecha y hora de la siguiente sesión.	Los padres deberán comentar cómo se sintieron con la relajación, sus expectativas del curso y escuchar al coordinador.		5 min

## Sesión Dos (acuden sólo los padres)

### Tema II: Identificando consecuencias positivas y negativas

**Tiempo total:** 60 minutos

**Objetivo:** Al finalizar la segunda sesión, los padres podrán identificar qué son los castigos y reforzadores tanto negativos como positivos y cómo funcionan, de modo que sean capaces de brindar ejemplos de cada uno y utilizarlos en casa con sus hijos.

Actividades del coordinador	Actividades de los padres	Apoyos didácticos	Tiempo parcial	
<b>Saludo</b> El coordinador dará la bienvenida a los padres y preguntará si alguien tuvo dudas con lo que se revisó la sesión anterior.	Los padres responderán si hay dudas y cuáles.		3 min	
<b>Tema II: identificando consecuencias positivas y negativas</b>	El coordinador explicará a los padres la importancia de las consecuencias que le siguen a una conducta. Pasará a exponer ante los padres los conceptos de reforzadores y castigos (Esta información se encuentra en las páginas 17, 18, 21, 22 y 23 del presente informe). Puede valerse del pizarrón o de una presentación de Power Point para esta actividad.	Los padres escucharán al coordinador.	Pizarrón blanco Plumones Computadora Proyector	20 min
	Para ejemplificar cómo funcionan los reforzadores y castigos, el coordinador presentará a los padres fragmentos de películas, series o videos donde se observe el funcionamiento de reforzadores y castigos. Los videos no deben ser muy largos.	Los padres observarán los videos.	Computadora Dos videos Proyector	10 min
	El coordinador preguntará a los padres si hay dudas y les pedirá que en una hoja blanca escriban aquellas actividades, alimentos o estímulos en general que funcionen como reforzadores para cada uno de ellos. Luego les pedirá que del otro lado de la hoja enlisten los que consideran son reforzadores para sus hijos.	Los padres enlistarán los estímulos reforzadores para cada uno de ellos y también para sus hijos.	Hojas blancas Plumas	10 min
	El coordinador entregará a cada padre la hoja de evaluación del tema II y les pedirá que la respondan.	Los padres responderán la hoja de evaluación del tema II y cuando terminen se las entregarán al coordinador.	Hojas de evaluación tema II Plumas	15 min
	El coordinador recibirá las hojas de evaluación, dará las gracias a los padres por su asistencia y recordará la fecha y hora de la siguiente sesión. El coordinador entonces deberá calificar las hojas de evaluación de los padres e identificar aquéllos conceptos que no hayan sido comprendidos adecuadamente.	Los padres escucharán al coordinador.		2 min

### Sesión Tres (acuden sólo los padres)

#### Tema III: Aprendiendo a dar instrucciones: Seguimiento instruccional

Tiempo total: 60 minutos

**Objetivo:** Al finalizar la tercera sesión, los padres habrán adquirido habilidades de seguimiento instruccional que les permitan dar instrucciones claras a sus hijos, así como aplicar las consecuencias positivas o negativas de acuerdo a la obediencia o no obediencia de sus hijos.

Actividades del coordinador	Actividades de los padres	Apoyos didácticos	Tiempo parcial
<p><b>Saludo</b></p> <p>El coordinador dará la bienvenida a los padres, agradecerá su asistencia y pasará a dar retroalimentación a los padres sobre la hoja de evaluación realizada la sesión anterior. Reforzará los conceptos bien comprendidos y corregirá los que no se hayan entendido de manera adecuada. Responderá dudas de los padres.</p>	<p>Los padres expresarán sus dudas respecto al tema de consecuencias positivas y negativas y participarán activamente en la explicación.</p>	<p>Pizarrón blanco Plumones</p>	<p>10 min</p>
<p><b>Tema III: Aprender a dar instrucciones: Seguimiento Instruccional</b></p> <p>El coordinador explicará a los padres la importancia de reducir la desobediencia de los niños y las consecuencias que a largo plazo pueden generarse de no hacerlo. Se pedirá la participación de algunos padres para que indiquen cómo es que cada uno de ellos da una instrucción en casa. El coordinador les explicará a los padres la mejor manera de dar instrucciones claras a sus hijos y con ayuda de una imagen que se vaya dibujando en el pizarrón (o con una imagen en una presentación de power point) les explicará cuáles son los pasos para el Seguimiento Instruccional para la primera instrucción, la segunda o la no obediencia, así también cómo deben darse los elogios o cómo instigar en caso de ser necesario (la información se encuentra en las <u>páginas 19-21 del presente informe</u>).</p>	<p>Los padres participarán dando ejemplos de cómo dan instrucciones a sus hijos en casa y escucharán al coordinador.</p>	<p>Pizarrón blanco Plumones Computadora con imagen de Seguimiento Instruccional Proyector</p>	<p>20 min</p>
<p>El coordinador pedirá a una pareja de papás que pasen al frente del aula a modelar a los demás asistentes los pasos de seguimiento instruccional. Se les pedirá a uno de los padres que haga el papel de niño y mientras el otro papá da las instrucciones. El padre que represente al niño deberá obedecer una instrucción a la primera oportunidad, otra a la segunda y en una tercera ocasión no obedecerá, de este modo se podrán identificar todos los pasos del Seguimiento Instruccional.</p> <p>Se les pedirá a los padres sentados que den retroalimentación a los padres que modelaron y que expresen sus dudas en caso de haberlas.</p>	<p>Una pareja de padres deberá modelar los pasos de Seguimiento Instruccional usando juego de roles donde uno de ellos interpretará el papel de niño y el otro el de adulto.</p> <p>Los demás padres observarán atentamente, retroalimentarán a la pareja y expresarán sus dudas.</p>		<p>10 min</p>

Actividades del coordinador	Actividades de los padres	Apoyos didácticos	Tiempo parcial
<p>El coordinador evaluará que se haya comprendido el tema con una hoja de evaluación para identificar instrucciones claras de las que no lo son. En otro apartado de la hoja se deberán colocar en orden los pasos del Seguimiento Instruccional.</p>	<p>Los padres responderán la hoja de evaluación. En ésta identificarán las instrucciones claras y no claras y marcarán las primeras. Luego de una lista en desorden, deberán acomodar los pasos del Seguimiento Instruccional cómo los aprendieron para la primera instrucción, la segunda y la no obediencia.</p>	<p>Hojas de evaluación tema III Plumas</p>	<p>15 min</p>
<p>El coordinador recibirá las hojas de evaluación resueltas por los padres. Agradecerá a todos por su asistencia y nuevamente preguntará si hay alguna duda sobre el tema visto. Recordará fecha y hora de la siguiente sesión. El coordinador calificará las hojas de evaluación.</p>	<p>Entregarán las hojas de evaluación resueltas y escuchar al coordinador.</p>		<p>5 min</p>

## Sesión Cuatro (acuden los padres con sus hijos)

**Tema IV: ¡A poner las reglas!**

**Tiempo total: 60 minutos**

**Objetivo:** Los padres pondrán las reglas de convivencia en casa en colaboración con sus hijos para fomentar un ambiente más cooperativo y positivo.

Actividades del coordinador	Actividades de los padres	Apoyos didácticos	Tiempo parcial
<p><b>Saludo</b></p> <p>El coordinador da la bienvenida a los padres y a sus hijos. Ofrece retroalimentación sobre la evaluación de los padres que se calificó la sesión anterior, refuerza conocimientos adquiridos y corrige la información que no se comprendió adecuadamente. Les pide a los padres que expresen dudas en caso de haberlas. El coordinador pedirá a los niños que se presenten y que expresen qué es lo que ellos creen que hace falta en casa para que la convivencia sea más sana.</p>	<p>Los padres escucharán atentamente expresarán sus dudas y alentarán a los niños a participar cuando sea su turno. Los niños participarán expresando sus opiniones sobre la convivencia en casa.</p>		15 min
<p><b>Tema IV: ¡A poner las reglas!</b></p> <p>El coordinador pedirá a los padres y a sus hijos que en un rotafolio utilizando plumones de colores escriban con ayuda de sus hijos las reglas que quieren que se establezcan para su casa, especificando las consecuencias positivas y negativas que se obtendrán por su cumplimiento o incumplimiento.</p> <p>El coordinador verificará que los padres e hijos hayan comprendido la actividad yendo ocasionalmente hacia los lugares y ofreciendo apoyo cuando le sea requerido.</p>	<p>Los padres y sus hijos conversarán de modo que entre los dos puedan establecer una serie de reglas para el hogar con las que ambos estén de acuerdo y consideren justas en la medida de lo posible.</p>	Rotafolios Plumones de colores	35 min
<p>El coordinador pedirá a los padres e hijos que expresen su opinión sobre la actividad, comenten si les fue fácil o difícil realizarla en conjunto y si se llegó a acuerdos. Si hubo conflictos en el establecimiento de alguna de las reglas se les pedirá que lo compartan y expresen cómo es que lo resolvieron. El coordinador reforzará con elogios a los padres e hijos por el esfuerzo realizado.</p>	<p>Los padres e hijos deberán comentar sus experiencias en la realización de las reglas y expresar sus opiniones al respecto.</p>		5 min
<p>El coordinador preguntará a los asistentes si tienen dudas y de haberlas las resolverá. Agradecerá por la presencia de todos y recordará la fecha y lugar de la siguiente sesión.</p>	<p>Los padres e hijos escucharán atentamente.</p>		5 min

## Sesión Cinco (acuden los padres con sus hijos)

### Tema V: Practicando juntos

**Tiempo total:** 60 minutos

**Objetivo:** Los padres practicarán con sus hijos los pasos de Seguimiento Instruccional para que ambos se familiaricen con esa nueva técnica.

	Actividades del coordinador	Actividades de los padres	Apoyos didácticos	Tiempo parcial
<b>Saludo</b>	El coordinador dará la bienvenida a los padres y sus hijos y agradecerá su asistencia. Preguntará a los asistentes si las reglas que establecieron en la sesión anterior fueron ya aplicadas en casa y de no ser así preguntará cuáles fueron las dificultades que se les presentaron. Con ayuda de los demás asistentes del taller podrán hacer una lluvia de ideas que les permita a esos padres que presentaron alguna dificultad a encontrar una solución.	Los padres e hijos participarán contando sus experiencias con las reglas que se establecieron en la sesión anterior y apoyarán la lluvia de ideas en caso de ser necesario.		5 min
<b>Tema V: Practicando juntos</b>	El coordinador tendrá a la mano una caja con juguetes (al menos seis) y entregará uno a cada niño asistente. Les pedirá a los padres que, siguiendo los pasos de Seguimiento Instruccional aprendidos, les den instrucciones a sus hijos y sigan los pasos que correspondan dependiendo de la obediencia o no obediencia de los niños. Durante la actividad el coordinador caminará entre las parejas de padres e hijos y observará por un tiempo a cada uno de ellos. En una lista checable marcará los pasos que los padres aplican o no del Seguimiento Instruccional y dará retroalimentación si es necesario.	Los padres e hijos practicarán juntos los pasos de Seguimiento Instruccional. Los padres darán diversas instrucciones a sus hijos como puede ser "Andrea, levanta esa muñeca que tiraste y colócala en la mesa, por favor".	Juguetes	40 min
	El coordinador luego de observar a cada padre dar instrucciones y haber notado los errores más comunes, dará retroalimentación a todos los asistentes, reforzando lo que hayan hecho correctamente y volviendo a explicar aquéllos pasos que no se realicen adecuadamente.	Los padres e hijos escucharán atentamente.	Listas checables de cada padre	10 min
	El coordinador preguntará a todos los asistentes si hay dudas sobre cualquiera de los temas que se vieron durante el taller, responderá aquéllas que se presenten. Dará las gracias a todos por su asistencia y se despedirá cordialmente.	Los padres e hijos escucharán atentamente.		5 min



## 1.4 MATERIALES DEL TALLER

### Hoja de evaluación Tema II: Identificando consecuencias positivas y negativas

1. Andrea está viendo la televisión cuando su mamá la llama a comer. Andrea no le hace caso a su mamá y espera hasta que acaba el programa que veía para ir a la mesa. Cuando llega su mamá le dice que por no haber ido cuando la llamó Andrea se quedará sin comer postre.

¿Qué tipo de consecuencia recibió Andrea por su conducta?

- a) Reforzamiento positivo
- b) Reforzamiento negativo
- c) Castigo positivo
- d) Castigo negativo

2. José Luis llegó de la escuela y se cambió su uniforme, lavó sus manos y realizó su tarea rápidamente. Cuando terminó su papá le dijo que por haber hecho bien y rápido su tarea, José Luis podía ver la televisión durante media hora.

¿Qué tipo de consecuencia recibió José Luis por su conducta?

- a) Reforzamiento positivo
- b) Reforzamiento negativo
- c) Castigo positivo
- d) Castigo negativo

3. Mauricio tiene un hermano pequeño. Mauricio siempre está molestando a su hermanito y tratando de quitarle sus juguetes. Los papás de Mauricio muchas veces le han dicho que debe dejar de pelear con su hermanito y Mauricio no hace caso. Cuando su papá lo ve peleando de nuevo le dice que por no obedecer sus instrucciones ahora Mauricio deberá limpiar la sala y barrerla.

¿Qué tipo de consecuencia recibió Mauricio por su conducta?

- a) Reforzamiento positivo
- b) Reforzamiento negativo
- c) Castigo positivo
- d) Castigo negativo

4. A Sofía le gusta ayudar a su mamá en la cocina. Ese día su mamá decidió cocinar filete con brócoli. A Sofía no le gusta nada el brócoli pero aún así ayudó a su mamá en la cocina. Cuando terminaron su mamá le dice que dado que la ayudó a cocinar y a limpiar la cocina, ahora Sofía puede no comer su brócoli si no lo desea.

¿Qué tipo de consecuencia recibió Sofía por su conducta?

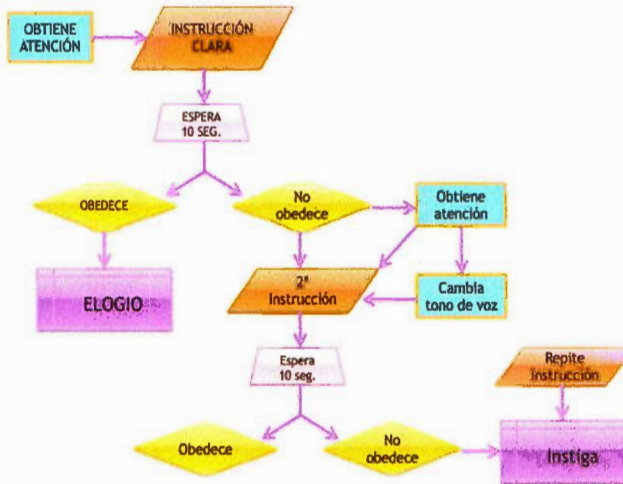
- a) Reforzamiento positivo
- b) Reforzamiento negativo
- c) Castigo positivo
- d) Castigo negativo

5. Sandra salió de compras con su papá al súper. Cuando pasan por el pasillo de los dulces Sandra le pide a su papá que le compre unas paletas. El papá de Sandra le dice que no porque las paletas pueden picar sus dientes. Sandra comienza a llorar y patear en el piso mientras grita: "¡Cómpramelas, cómpramelas, cómpramelas!", llamando así la atención de otros compradores. El papá de Sandra se acerca a ella y le pide que se calme, que debe dejar de llorar. Sandra no hace caso y el papá desesperado, toma la bolsa de galletas y le dice a su hija que las comprará.

¿Qué tipo de consecuencia recibió Sandra por su conducta?

- a) Reforzamiento positivo
- b) Reforzamiento negativo
- c) Castigo positivo
- d) Castigo negativo

### Imagen de Tema III: Aprender a dar instrucciones: Seguimiento Instruccional



Lista para evaluar habilidades de Seguimiento Instruccional de los padres en la Sesión Cinco.

Conducta del padre	Instrucción				
	1	2	3	4	5
1. Obtener atención					
2. Instrucción clara					
3. Espera diez segundos					
4. Elogio					
5. Obtener atención					
6. Repetir instrucción					
7. Tono de voz					
8. Esperar diez segundos					
9. Repetir instrucción					
10. Instigación física					

## Hoja de evaluación Tema III: Aprender a dar instrucciones: Seguimiento Instruccional

1) De las siguientes instrucciones marque con una X las instrucciones que considere son claras:

1. Andrea, recoge eso que tiraste y ponlo donde va, por favor ( )
2. José Luis, apaga la televisión y deja el control en la mesa ( X )
3. Mauricio, toma a tu hermano de la mano y llévalo a su cuarto, por favor ( X )
4. Sofía, ¿puedes pasarme el trapo amarillo, por favor? ( )
5. Sandra, recoge tus juguetes, limpia tu cuarto y arregla tu ropa ( X )
6. Pablo, saca a pasear al perro y dale de comer, por favor ( X )

2) A continuación se le presentarán los pasos del Seguimiento Instruccional en desorden. Por favor dentro del paréntesis escriba el número que cree que le corresponde a cada paso:

- ( 2 ) Dar instrucción clara
- ( 4 ) Elogiar
- (10) Instigar físicamente
- ( 3 ) Esperar diez segundos
- ( 1 ) Obtener atención
- ( 6 ) Dar instrucción clara
- ( 8 ) Esperar diez segundos
- ( 7 ) Cambiar tono de voz
- ( 9 ) Dar instrucción clara
- ( 5 ) Obtener atención

## REFERENCIAS

- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46, 1-82.
- Amador, J. A.; Forns, M.; González, M. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. España: Síntesis.
- Atri, A. y Sharma, M. (2007). Psychoeducation: Implications for the Profession of Health Education. *Californian Journal of Health Promotion*, 5, 32-39.
- Ayala, H., Chaparro, C.A., Fulgencio, J.R., Pedroza, Morales, C.S., Pacheco, T.A., Mendoza, G.B., Ortiz, S.A., Vargas, S.E. y Barragán, T.M. (2001). Tratamiento de agresión infantil: Desarrollo y evaluación de programas de intervención conductual multi-agente. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 27, 1-34.
- Ayala, H., Pedroza, F., Morales, S., Chaparro, A., Barragán, N. (2002). Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. *Salud Mental*, 25, 27-40.
- Baker, B. & Abbott Feindfield, K. (2007). Early intervention and parent education. En: G. O'Reilly, P. N., Walsh, A. Carr y J. McEvoy (Eds.), *Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice*. Londres: Brunner-Routledge.
- Bandura, A. (1986). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Barter, J.T. (1984). Psychoeducation. En J.A. Talbott (Ed.) *The chronic mental patient: Five years later*. Orlando, Fl.: Grune & Stratton, pp. 183-191.

- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1973). *Progressive Relaxation Training: A manual for the helping professions*. Illinois: Research Press.
- Blanco, C., Estupiña, F.J., Labrador, F.J., Fernández, I., Bernaldo de Quirós, M. y Gómez, L. (2014). El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. *Anales de Psicología*, 30, 403-411.
- Caballo, V. E. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" (2014, diciembre). *Manual de Procedimientos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Csikszentmihalyi, M. (2005). *Fluir (Flow): Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairos.
- De la Garza Gutiérrez, Fidel (2005). *Hiperactividad y déficit de atención en niños y adultos. Guía para médicos, padres y maestros*. México: Trillas.
- Diener, E. y Chan, M. (2011). Happy people live longer: Subjective well-beings contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 3, 1-43.
- Dobson, Deborah y Dobson, Keith S. (2009). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Estados Unidos: The Guilford Press.
- Domjan, M. (2010). *Principios de Aprendizaje y Conducta*. México: Wadsworth Cengage Learning.
- Eells, T.D. (1997). *Handbook of psychotherapy case formulation*. Nueva York: Guilford.

- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Springer
- Fernández-Abascal, E. (1997). Procedimientos de desactivación. En E. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.). *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide, pp. 21-48.
- Fredrickson, B. (2009). *Positivity*. Nueva York: Crown.
- Friedberg, R.D., Gorman, A.A., Hollar, L., Biuckians, A. y Murray, M. (2011). *Cognitive Behavioral Therapy for the Busy Child Psychiatrist and Other Mental Health Professionals. Rubrics and Rudiments*. Estados Unidos: Routledge.
- Gambrill, E.D. (1977). *Behavior Modification: Handbook of assessment, intervention and evaluation*. San Francisco, California: Jossey-Bass.
- García, R., Monterrey, A.L. y González de Rivera, J.L. (1992). Meditación y Psicosis. *Psiquis*, 13, 75-79.
- Goldman, C.R. (1988). Toward a definition of psychoeducation. *Hospital & Community Psychiatry*, 39, 666-668.
- Grinhauz, A. S. (2012). El análisis de las virtudes y fortalezas en niños: una breve revisión teórica. *Psicología, cultura y sociedad*, 12, 39-61.
- Harker, L. y Keltner, D. (2001). Expression of positive emotion in women's college yearbook pictures and their relationship to personality and life outcomes across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 112-124.
- Lochman, J. (2000). Parent and family skills training in targeted prevention programs for at-risk youth. *Journal of primary prevention*, 22, 253-265.

- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. España: Pearson Prentice Hall.
- Mash, E. J. y Hunsley, J. (1993). Assessment considerations in the identification of failing psychotherapy: Bringing the negatives out of the darkroom. *Psychological Assessment*, 5, 292-301.
- McMahon, R. J. & Forehand R. (2003). *Helping the noncompliant child. Family-Based Treatment for Oppositional Behavior*. New York: Guilford.
- McNeil, S., Watson, S., Hennington, C., Meeks, C. (2002). The effects of training parents in functional behavior assessment on problem identification, problem analysis, and intervention design. *Behavior Modification*, 26, 499-515.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta Nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 4, 1-16.
- Minici, A., Rivadeneira, C. y Dahab, J. (2006). La duración de los Tratamientos Psicológicos. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 10, 1-8.
- Morales, S.C. (2001) en H. Ayala, C.A. Chaparro, J.R. Fulgencio, Pedroza, C.S. Morales, T.A. Pacheco, G.B. Mendoza, S.A. Ortiz, S.E. Vargas y T.M. Barragán (2001). Tratamiento de agresión infantil: Desarrollo y evaluación de programas de intervención conductual multi-agente. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 27, 1-34.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H. y Haynes, S. N. (1997). Case formulation in behavior therapy: Problem-solving and functional analytic strategies. En T. D. Eells (Ed.) *Handbook of psychotherapy case formulation*. Nueva York: Guilford, pp. 368-401.



- Nezu, A.M., Nezu, C.M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Payne, R.A. (2005). *Técnicas de Relajación*. España: Paidotribo.
- Peterson, C. y Seligman, M.E. (2004). *Character Strengths and virtues: A handbook and classification*. Nueva York: Oxford University Press.
- Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Rebolledo, S. y Lobato, M.J. (1997). Psicoeducación para personas vulnerables a la esquizofrenia. En V. Caballo (Ed.) *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Volumen I*. Madrid: Siglo XXI Editores, pp. 635-661.
- Robins, L.N. Changes in conduct disorders over time (1986). En: Farran, D.C., McKinney, J.D. (Eds). *Risk in Intellectual and Psychosocial Development*. Nueva York: Academic Press, pp. 227- 259.
- Robles García, R., Páez Agraz, F. (2007). Psicoterapia Cognitivo-Conductual para los trastornos de ansiedad. En N. A. Hernández Lira y J.C. Sánchez Sánchez (Eds.) *Manual de Psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. México: Libros en Red, pp. 177-226.
- Sacket, D., Straus, S., Richardson, S., Rosenberg, W. y Haynes, B. (1996). *Evidence-based Medicine: How to practice and teach EBM*. Inglaterra: Churchill Livingston.
- Schultz, J.H. y Luthe, W. (1969). *Autogenic Training*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Seligman, M.E. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

- Seligman, M.E., Steen, A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Seligman, M.E. (2007). *Conferencia plenaria, Gallup Summit*. Washington D.C., U.S.A.: Gallup Summit.
- Seligman, M.E. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and wellbeing*. Nueva York: Free Press.
- Steger, M. (2009). Meaning in life. En S. Lopez y R. Snyder (Eds.) *Oxford Handbook of Positive Psychology, Second Edition*. Nueva York: Oxford University Press, pp. 679-687.
- Stemmler, M., Beelmann, A., Jaurscch, S. & Lösel, F. (2007). Improving parenting practices in order to prevent child behavior problems: a study on parent training as part of the effect program. *International journal hygiene and environmental health*, 210, 563-570.
- Sudak, D.M., Beck, J.S. y Wright, J. (2003). Cognitive Behavioral Therapy: A blueprint for attaining and assessing psychiatry resident competency. *Academyc Psychiatry*, 27, 154-159.
- Sudak, Donna M. (2006). *Cognitive Behavioral Therapy for Clinicians*. Pensilvania, E.U.A.: Lippincott Williams & Wilkings.
- Tarragona, M. (2013). Psicología Positiva y Terapias Constructivas: una propuesta integradora. *Terapia Psicológica*, 31, 115-125.
- Turner, R.M., DiTomasso, R.A. y Deluty. M. (1985). Systematic Desensibilization. En R.M. Tuner y L.M. Ascher (Comps.) *Evaluating behavior therapy outcome*. Nueva York: Springer.