



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**  
**Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia**

**Manuscrito Recepcional**  
**Programa de Profundización en clínica**

**Intervención con TREC en una usuaria de CAPED sobre  
su autoconcepto negativo, agravado por el  
confinamiento por COVID-19**

**Reporte de Práctica de Servicio**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**Carolina Baron Monjaraz**

**Director: Lic. Cristina González Méndez**

**Dictaminadores:**

**Secretario: Mtra. Christian Sandoval Espinoza**

**Vocal: Mtro. Daniel Mendoza Paredes**

**Suplente: Lic. Raquel Silva Aguayo**

**Suplente: Mtro. Juan Manuel Montiel Génova**



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, a 17 de junio del 2021



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

En primer lugar, agradezco la gran oportunidad que me brindó la Universidad Nacional Autónoma de México arropándome en su Facultad de Estudios Superiores Iztacala, para pertenecer y formarme en esta bella profesión, esto sin duda me permitió alcanzar mis sueños, por esta razón en mi desarrollo profesional actuaré siempre con respeto y ética ya que llevaré a la máxima casa de estudios eternamente en mi corazón.

Agradezco también a mis padres quienes sembraron la semilla de la superación que me ha llevado a alcanzar este logro, apoyándome siempre en mis deseos de profesionalizarme.

Mil gracias a mi esposo e hijos quienes vivieron conmigo esta gran aventura, en la que sufrían mis ausencias y celebraron mis éxitos, pero más que nada siempre han sido y serán mi gran motivación para seguir adelante, gracias por ser pacientes y respaldarme en cada decisión, impulsándome siempre a ser mejor.

Mis más sinceros agradecimientos a mi asesora Cristina González Méndez, quien me supervisó y guio en esta última fase de mi carrera, brindándome la experiencia y pericia que tiene en el área clínica, apoyándome con su perspectiva.

Finalmente agradezco a todos los amigos y tutores que creyeron en mí a lo largo de estos cuatro años de esfuerzo, que me dieron la mano en momentos de flaqueza y que me motivaron a seguir, fueron un pilar dentro de este tiempo dedicado a mi desarrollo académico, por su ejemplo de sensatez, destreza, cooperación, honestidad y respeto valores sin duda, universitarios.

## Contenido

Resumen	6
Abstract	6
Introducción	7
Marco Teórico	9
Capítulo 1. Sintomatología afectiva del problema.	9
1.1 Ansiedad	10
1.1.1 Definición	10
1.1.2 Criterios diagnósticos	12
1.1.3 Tipos de ansiedad	13
1.1.4 Impacto de la ansiedad	15
1.1.5 Técnicas de contención	15
1.2 Hipocondría	17
1.3 Trastorno Narcisista de Personalidad (TNP)	19
Capítulo 2. Autoconcepto	20
2.1 Definición	20
2.2 Dimensiones	21
2.3 Clasificaciones	21
2.3.1 Autoeficacia	24
2.3.2 Autocontrol	26
2.3.3 Autoestima	26
2.3.4 Autoimagen	27
2.3.5 Autogestión	27
2.4 Antecedentes (percepción desde la infancia)	28
2.5 Impacto Cognitivo, emocional y conductual	29
Capítulo 3. Evaluación de la sintomatología y del autoconcepto	30
3.1 Instrumentos de Evaluación de Ansiedad	30
3.2 Instrumento de Evaluación de Depresión	31
3.3 Instrumento de Evaluación para las Expectativas de la Intervención	31
3.4 Evaluación para la hipocondría	31
3.5 Instrumento para evaluar el autoconcepto	34
Capítulo 4. Confinamiento a causa del virus COVID-19	35

4.1 Afectaciones en la salud mental	36
4.2 Acciones del Estado ante la contingencia	37
Capítulo 5. Marco metodológico	38
5.1 Justificación	38
5.2 Planteamiento del problema	39
5.3 Objetivo general	40
5.4 Objetivos específicos	40
5.5 Hipótesis	41
5.6 Descripción del escenario	41
5.7 Tipo de metodología	42
5.7.1 Diseño de la línea base A-B-A	42
5.8 Enfoque Cognitivo Conductual	44
5.8.1 Fundamentos	44
5.8.2 Conductismo	45
5.8.3 Antecedentes. Tres generaciones de la Teoría de la Conducta	46
5.8.4 Terapia Cognitivo Conductual	48
5.8.5 Tendencias futuras	50
5.8.6 Niveles de Intervención	51
Capítulo 6. Análisis del caso	54
6.1 Antecedentes	54
6.2 Identificación del paciente	55
6.3 Análisis del motivo de consulta	56
6.4 Historia del problema	56
6.5 Análisis y descripción de las conductas problema	58
6.6 Descripción de las conductas objetivo	62
6.7 Establecimiento de las metas del tratamiento	68
6.8 Estudio de los objetivos terapéuticos	68
Capítulo 7. Tratamiento	69
7.1 Evaluación inicial	69
7.2 Estrategias y técnicas	73
7.2.1 Técnicas utilizadas por la TREC	76
7.3 Cronograma	78

Capítulo 8. Resultados	91
Capítulo 9. Análisis de los resultados	93
9.1 Canalización	99
Conclusiones	101
Bibliografía	103
Anexos	115

## Resumen

En el presente manuscrito se reporta una intervención con enfoque cognitivo Conductual, dentro del protocolo de atención del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED), en la cual se trató a una consultante mujer, al inicio de su tercera década de vida, con creencias irracionales sobre sus expectativas y auto exigencias en la manera de cumplir con sus actividades académicas, laborales, sociales, emocionales y físicas, definido como autoconcepto, para lo que se aplicó la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC), entrenando a la usuaria con las técnicas propuestas por esta terapia, en seis sesiones efectivas de intervención, logrando que su ansiedad, culpa y depresión que se observaron en un inicio, disminuyeran significativamente, permitiendo que continuara con su vida de una manera más adaptativa a las situaciones que se le presenten, no obstante se consideró que aún tiene áreas en las que trabajar, así como la detección de conductas asociadas a la hipocondría, por lo que se canalizará a un servicio integral donde den seguimiento a esta breve intervención.

## Abstract

In the present manuscript it is reported an intervention with a cognitive-Behavioral approach was carried out, within the care protocol of the Center for Psychological and Educational Support at a Distance (CAPED), in which a female consultant was treated, at the beginning of her third decade of life, with irrational beliefs about their expectations and self-demands in the way of fulfilling their academic, work, social, emotional and physical activities, defined as self-concept, for which Rational Emotional Behavioral Therapy (REBT) was applied, training the user with the techniques proposed by This therapy, in six effective intervention sessions, achieving that his anxiety, guilt and depression that were observed at the beginning, decreased significantly, allowing her to continue with his life in a more adaptive way to the situations that arise, however considered that it still has areas to work on, as well as the detection of behaviors associated with hypochondria, so it will be channeled to a comprehensive service where they follow up on this brief intervention.

## Introducción

El Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED), es el escenario donde se llevó a cabo esta intervención, el cual da asesorías no sólo psicológicas, sino también académicas, proporcionando las herramientas y estrategias académicas, necesarias para la adaptación de los estudiantes del Sistema de Universidad Abierto y a Distancia (SUAYED), sin embargo, la aplicación de la terapia mediada por las telecomunicaciones es reciente por lo que se encuentra en constante evolución.

Ahora bien en la contingencia derivada por la pandemia causada por el virus COVID-19 ha expuesto los medios electrónicos como único medio de interacción entre las personas, por lo que la psicoterapia no ha sido la excepción, sin embargo, al igual que en una terapia presencial se espera poder crear un buen rapport y ofrecer una terapia de calidad, que además cumpla con las expectativas del paciente así como el alcance de los objetivos terapéuticos, lo que se conoce como una alianza terapéutica entre el psicoterapeuta y el usuario, logrando que las personas que requieran atención psicológica den seguimiento a la iniciada en presencial o bien, que busquen esta modalidad por la comodidad que ofrece.

Esta intervención psicológica mediada por tecnologías de la información y de la telecomunicación tiene antecedentes desde los años 60's con programas desarrollados para la evaluación por medio de la computadora, o los dispositivos móviles, como los teléfonos inteligentes y tabletas digitales, a lo que se le denominó "Tele psicología", comprendiendo las telecomunicaciones que se encontraban disponibles en ese momento, ayudados con softwares como los correos electrónicos, webs de autoayuda, blogs, redes sociales, o aplicaciones para tales dispositivos, compartiendo recursos audiovisuales, de manera sincrónica con las videoconferencias interactivas o llamadas telefónicas o asíncronas con las redes sociales y el correo electrónico (APA, 2017).

En este sentido el estudio de Simpson, et al., (2020), titulado "*Videotherapy and therapeutic Alliance in the age of COVID-19*" demuestra que la relación estrecha entre el psicoterapeuta y el paciente, se puede crear en estos entornos, gracias al espacio neutral en el que se encuentran tanto el terapeuta como el paciente, haciendo de esta experiencia una oportunidad de conectar con el otro y tener este momento de intimidad necesario para lograr una sesión terapéutica exitosa, aún en tiempos de cambio, como los que se viven desde el 2020 con la pandemia que trajo el virus COVID-19.

Es necesario resaltar que esta estrategia nace de la prevalencia de los estudiantes que padecen de un alto estrés, ansiedad y depresión en las licenciaturas, sobre todo en aquellas dedicadas a la salud, cómo es el caso de medicina, psicología y enfermería, ya que tienen un alto nivel de exigencia; Agudelo et al. (2008) mencionan que muchos estudios se han centrado en la población universitaria, (Amézquita, et al., 2000; Arboleda, et al., 2001; Arco, et al., 2005; Campo, et al., 2005; Campo-Cabal y Gutiérrez, 2001; Gallagher, 2002; Galli, 2005; González, et al., 1999; & Miranda, et al., 2000), llegando a concluir la alta prevalencia de la ansiedad y la depresión en esta población y el efecto de dicha sintomatología sobre

variables como el rendimiento académico, la deserción y el abandono solo por mencionar algunos factores.

Ahora bien, el trastorno de ansiedad figura en Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV y 5), siendo éste en la actualidad un problema de salud que, junto con la depresión, está manifestándose de manera creciente. Detectar a tiempo estos trastornos permitirá prevenir cuadros más complejos en la salud mental, la ansiedad puede presentar diversos síntomas somáticos, conductuales y cognitivos, asociados también con la depresión (Balanza, et al. 2009).

En esto radica la importancia de este reporte de práctica en él que se visualiza un tratamiento psicológico efectivo para el trastorno de ansiedad por tener un autoconcepto negativo y agravado por la situación actual del confinamiento, ofreciendo una mejora en la adaptación de la usuaria a su nuevo rol dentro de su vida cotidiana, ya que se encuentra cursando una licenciatura a distancia, mientras desempeña un puesto gerencial en home office, y además tiene las labores de ama de casa y madre.

## Marco Teórico

### Capítulo 1. Sintomatología afectiva del problema.

La palabra síntoma proviene de latín tardío *symptōma*, y este del gr. *σύμπτωμα*, el cual significa una señal o indicio de algo que está sucediendo o va a suceder (RAE, 2021), casi siempre relacionado a la salud. Es así como la sintomatología se entiende cómo las manifestaciones mentales y físicas (en ocasiones somáticas) que percibe el individuo, es necesario hacer énfasis en este último punto, ya que la percepción varía en cada individuo, en consecuencia, se concibe de carácter subjetivo.

Por otra parte, los signos son completamente observables y objetivos, lo que nos dará señal de que existe una afectación en la persona, tal como los análisis clínicos o bien el aspecto del individuo.

En los trastornos cómo la ansiedad y la depresión se identifican signos y síntomas que denotan la presencia de estos, la mayoría de las veces son medidos en las respuestas fisiológicas y psicológicas (Fernández, 2011) que se registran mediante los formatos de línea base (anexo 1).

La usuaria logró Identificar síntomas físicos cómo: dolor en los hombros, cabeza y tensión en las mismas áreas hasta llegar a entumecer la espalda, sudoración en todo el cuerpo, entre otros; en los síntomas psicológicos se observa, el deseo de huida, la preocupación constante o el sentimiento de culpa, que le provocan estas creencias irracionales acerca del autoconcepto percibido.

Es por ello que, la usuaria busca atención en el Centro de Asesoría Psicológica y Educativa a Distancia (CAPED), ya que esta sintomatología le causaba conflictos en todas las áreas de su vida.

## 1.1 Ansiedad

### 1.1.1 Definición

En la evaluación inicial al aplicar las escalas de Ansiedad y Depresión de Beck se encontraron puntuaciones suficientes para sospechar que la usuaria tenía una ansiedad moderada y depresión en nivel moderado, por lo que se verificaron estas sospechas mediante el Inventario de Ansiedad de Hamilton, confirmando una ansiedad generalizada en la usuaria, de este modo se convierte en una de las conductas objetivo, ya que también la usuaria expresó que este era el motivo que le causaba mayor malestar y problemas en su vida cotidiana, por lo que se dará una breve descripción de este Trastorno el cual es uno de los objetivos principales en este estudio.

A partir de la publicación de Norris (2009) se reconoce que la ansiedad es inherente al ser humano en algunas situaciones específicas, actuando incluso como una manera de identificar situaciones de riesgo, permitiendo la actuación del individuo, con la finalidad de mantenerse a salvo, sin embargo, en desastres naturales o situaciones extraordinarias provocadas por el hombre, se ha observado que generan síntomas de ansiedad y estrés postraumático, causando problemáticas para desenvolverse en su vida diaria.

Los principales temas en que se observan una preocupación excesiva son la familia, los amigos, las relaciones interpersonales en general, el dinero, el trabajo, los estudios, el manejo de la casa y la salud propia y la de otros, no siempre son circunstancias importantes, casi siempre son situaciones de la vida cotidiana que debido a la mala interpretación por parte de los individuos suelen sobrepasar emocionalmente al individuo (Bados, 2005).

Barlow (2002, citado por Clark y Beck, 2012, p.22), describe la Ansiedad como *“una emoción orientada hacia el futuro caracterizada por las percepciones de controlabilidad e improductividad con respecto a sucesos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos”* destacando también la importancia de delimitar la diferencia entre un miedo real percibido por los sujetos y la presencia o estado de ansiedad.

Por lo que los distinguen de la siguiente manera:

**Miedo:** activación del sistema nervioso automático previniendo una amenaza o peligro, por la interpretación de la situación que se vive, con la finalidad de salvaguardar su integridad y seguridad.

**Ansiedad:** proceso de respuesta de tipo comportamental, físico, emocional y cognitivo ante un suceso que la persona interpreta cómo amenaza, ya que estos eventos suelen estar fuera del control del individuo y no hay manera de predecirlos.

Actualmente, existen varias teorías sobre la etiología de la ansiedad, sin embargo, David Burns (1998) nos ofrece la que se adecua más a este caso en particular, el modelo cognitivo, la cual sustenta que la causa de la ansiedad es el pensamiento, es decir, lo que la persona piensa sobre una situación en particular, por ejemplo, que su esposo dirá que es una desordenada por dejar los zapatos en el área de lavado, pero no hay evidencias de que esto ocurra, sólo es lo que la usuaria imagina. Estos pensamientos a su vez traerán más cogniciones negativas, acerca de lo que podría ocurrir, reforzándose unos a otros cayendo en una cascada de pensamientos irracionales que no llegarán a buen término, hasta que el individuo los identifique y logre darles una alternativa positiva.

El mismo autor nos propone que dentro de las creencias inadecuadas más comunes en la ansiedad, se encuentra el perfeccionismo emocional, donde se cree que el individuo se debe sentir siempre feliz y con las emociones bajo control; la fobia a la ira, es decir, evitar esta emoción por pensar que puede ser peligrosa; o bien la emotofobia, en la que se piensa que no se deben mostrar los sentimientos para no afectar a terceros; el narcisismo percibido, pensando en que las personas más cercanas son manipuladoras y solo persiguen sus propios intereses; la falacia del reguero de pólvora, donde se piensa que, al no agrandar a una persona, puede correr el rumor y después todos lo despreciarán; o bien, la falacia del foco, creyendo que sus conductas están bajo un escrutinio, aun estando solo con una persona; por último, el pensamiento mágico, pensando que, si tiene una alta preocupación por todo lo que hace, saldrá bien.

### 1.1.2 Criterios diagnósticos

Los criterios de evaluación que tiene el manual DSM-5 (2014) por sus siglas en inglés (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) son los siguientes:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses).

Nota: En los niños solamente se requiere de un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta
2. Facilidad para fatigarse
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. Una droga o un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej. Hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej. Ansiedad o preocupación de tener ataque de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en

el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo) separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

### **1.1.3 Tipos de ansiedad**

Ahora bien, la ansiedad se puede clasificar según el DSM-5 en:

- Trastorno de Ansiedad por Separación; que se manifiesta por el miedo intenso de perder a una persona con la que tiene un vínculo estrecho.
- Mutismo Selectivo; se caracteriza por la incapacidad de articular palabra alguna en situaciones donde se espera esta acción, no interfiriendo en otras situaciones.
- Fobia Específica; una cosa o situación específica que activa un miedo o ansiedad intenso.
- Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social); la cual se caracteriza por el miedo a que su conducta sea juzgada por las personas en algunas situaciones sociales.
- Trastorno de Pánico/Angustia; se relaciona con un ataque de pánico sin precedentes, acompañado de un mes de preocupación porque vuelva a aparecer.
- Agorafobia; este es un miedo desmedido a algunas situaciones donde se puede ver atrapada la persona o sentirse indefenso, por lo que evitará estos lugares o acontecimientos.
- Trastorno de Ansiedad Generalizada; en la que se observa una preocupación excesiva por diversas situaciones, acompañadas de una sobre activación fisiológica.
- Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias o medicación
- Trastorno de Ansiedad debido a otra afección médica

- Otro trastorno de ansiedad especificado
- Trastorno de Ansiedad no especificado

Donde la ansiedad generalizada se caracteriza por excesiva preocupación hacia los eventos fallidos que pueden ocurrir, con un pensamiento catastrófico acerca del futuro, con sintomatología fisiológica como la tensión corporal, nerviosismo, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas (CENETEC, 2010).

**Tabla 1.**

*Sintomatología de la ansiedad generalizada*

Sintomatología somática	Sintomatología mental
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aumento de la tensión muscular</li> <li>● Mareos</li> <li>● Sensación de “cabeza vacía”</li> <li>● Sudoración</li> <li>● Hiperreflexia</li> <li>● Fluctuaciones de la presión arterial</li> <li>● Palpitaciones</li> <li>● Midriasis</li> <li>● Síncope</li> <li>● Taquicardia</li> <li>● Parestesias</li> <li>● Temblor</li> <li>● Molestias digestivas</li> <li>● Aumento de la frecuencia y urgencia urinaria</li> <li>● Diarrea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Intranquilidad</li> <li>● Inquietud</li> <li>● Nerviosismo</li> <li>● Preocupación excesiva y desproporcionada</li> <li>● Miedos irracionales</li> <li>● Ideas catastróficas</li> <li>● Deseo de huir</li> <li>● Temor a perder la razón y el control</li> <li>● Sensación de muerte inminente</li> </ul>

Nota. Basado en CENETEC, 2010.

Si bien no existe un antecedente genético comprobado, si hay evidencias de los individuos que son criados o se desarrollan en una familia con comportamiento ansioso, son proclives

a desarrollar un trastorno de ansiedad, debido a los patrones de comportamiento modelado que existieron en su infancia y fueron aprendidos (Bados, 2005).

Así mismo, se reporta por la mayoría de las personas diagnosticadas con este trastorno que han sido ansiosas toda la vida, aunque en ocasiones lo describen como nerviosismo, de esta manera al menos el 50% de los individuos con TAG comenzaron a percibir estos malestares de preocupación o miedo desde la infancia o la adolescencia, aunque también se reporta un inicio o agudización después de la segunda década de vida (Bados, 2005).

#### **1.1.4 Impacto de la ansiedad**

El impacto emocional puede ser benéfico cuando la ansiedad se encuentra en una medida adecuada, promoviendo la adaptación a la situación en la que se encuentre el individuo, ya que el estrés o preocupación inicial activa nuestro sistema para la huida o bien nos pone alerta, acelerando la capacidad de reacción y procesamiento de decisiones, sin embargo los efectos negativos también existen, con resultados como la evitación a estas sensaciones, por lo tanto a las situaciones que lo provocan, llevando al individuo a una condición de rechazo hacia ciertos eventos que no le son del todo fáciles de afrontar.

En un nivel cognitivo se observa la falta de asertividad, la dependencia y el perfeccionismo, son características de la personalidad de estos individuos (Rappe, 1995). También se reconoce la falta de habilidades para la resolución de conflictos, esto se le atribuye a un estilo parental sobreprotector, muy exigente y/o ansioso. Es por esto por lo que se encuentran hiper vigilantes o muy alertas a cualquier amenaza, pues representa un riesgo para ellos, por lo que intentan evitarlo o detectarlo rápidamente (Bados, 2005), ya que de aparecer estos eventos tienen la sensación de pérdida de control.

En lo Conductual tienden a evitar las situaciones en las que presentan mayor temor o pánico, acompañado de algunos movimientos repetitivos, no expresar claramente sus ideas o bien una parálisis momentánea.

#### **1.1.5 Técnicas de contención**

Un proceso de crisis se debe distinguir en etapas según Terrazas, et al., (2018):

1. Evento precipitante donde existe un suceso que provoca la crisis

2. Respuesta desorganizada, donde el individuo no logra orientarse y no ubica que debe hacer, para lo que puede responder con
  - a. una explosión de emociones y pensamientos
  - b. negación sobre los pensamientos que llegan a su mente.
  - c. intrusión, en la cual llegan pensamientos o imágenes que ayudan a encontrar un sentido a la experiencia.
3. Estabilización, cuando la persona recupera el control de emociones, cogniciones y conductas, dándole alternativas en las siguientes fases
  - a. Penetración, donde pueden identificar estas emociones, pensamientos o imágenes, con ayuda profesional o solos.
  - b. Consumación, la cual integra la experiencia y reconoce las estrategias que requiere para enfrentar esta situación.
4. Adaptación, el individuo logra tener suficiente fuerza para tomar de nuevo el control sobre su vida.

Para dar un apoyo en esta situación, se ofrece la técnica de contención, la cual es un conjunto de estrategias para tranquilizar y estimular la confianza de una persona que se encuentra afectada por la crisis emocional que vive en ese momento, permitirá la libre expresión de sus sentimientos y emociones, sin juzgarlas o invalidarlas, así mismo dar herramientas para la solución de problemas, para finalmente regresar al control de la calma y resolver la situación que le aflige.

Las estrategias de contención más utilizadas (Hernández y Gutiérrez, 2014) por los psicoterapeutas son:

-Terapia narrativa, donde se permite el discurso libre de la persona, posibilitando un análisis reflexivo de la situación, intentando entender cómo estas experiencias le permitirán fortalecerse para seguir adelante con su vida.

-Técnica de Respiración profunda, en la que se entrena al individuo, para lograr una relajación muscular y liberar esta tensión, evitando la avalancha de emociones que le sucede después de una problemática difícil.

-Escribir un diario, en donde se expresen sus pensamientos sentimientos, consiguiendo la organización y planeación adecuada de sus proyectos.

-Afirmaciones positivas, detectando los pensamientos o emociones negativas, y ofreciendo una alternativa a estos.

-Detención del pensamiento, cuando el individuo nota la alteración por alguna situación que no controla, diciéndose a sí mismo “Para”, y con esta auto instrucción, detener los pensamientos cambiándolo por afirmaciones positivas.

Dos componentes imprescindibles en la contención son la empatía, ya que es necesario comprender la situación por la que está atravesando la otra persona, además de la escucha activa, la cual fomenta la confianza del paciente con el profesional de la salud mental.

## 1.2 Hipocondría

La usuaria presenta algunos rasgos que se identifican con la hipocondría, por lo que se describe este trastorno, intentando explorar al mismo tiempo, cuáles de estos elementos posee la usuaria, sin embargo, es necesario resaltar que en CAPED se ofrece una terapia breve, por lo que no se puede profundizar en este trastorno, el cual necesita una intervención más profunda y largo plazo.

La hipocondría se describe como una preocupación excesiva por tener alguna enfermedad, basándose en la interpretación distorsionada de los síntomas fisiológicos, para lo que diversos autores han logrado encontrar los componentes elementales de dicho trastorno:

- a) Convicción de enfermedad
- b) Miedo a la enfermedad

- c) Preocupación corporal (atención focalizada, interés y vigilancia sobre funciones y sensaciones corporales)
- d) Síntomas somáticos
- e) Conductas hipocondríacas (consultas con especialistas)

También se consideran dos variables con las que se puede identificar al individuo que presenta este trastorno: la percepción corporal, donde se hipersensibiliza el usuario a estas sensaciones percibidas; y la desregulación emocional, es decir que las emociones que tiene acerca de la enfermedad no se han regulado adecuadamente y sobrepasan a la usuaria (Torales, 2017).

En el DSM-5 se ha quitado del listado tal trastorno, sustituyéndolo por el Trastorno de Síntomas Somático (TSS) y el Trastorno de Ansiedad por Enfermedad (TAE), la diferencia entre éstos se encuentra en los parámetros de identificación, mientras que en el primero se encuentran los síntomas somáticos, disruptivos y angustiantes, en el segundo están ausentes o casi imperceptibles.

El TSS se identifica cuando la persona piensa, siente y se comporta de manera exagerada a causa de los síntomas físicos que realmente presenta, ya que maximizan la intensidad de estos padecimientos, aun cuando el profesional de la salud confirme que estos son inofensivos y normales. La prevalencia es mayor en las mujeres, siendo más vulnerables aquellas personas que tienen creencias negativas, son más sensibles al dolor o a las sensaciones corporales, además los estilos de crianza en los que se desarrollaron y la genética también pueden ser un factor que propicia la aparición de este trastorno (APA, 2014).

Para distinguir este trastorno en el individuo, se requiere cumplir algunos parámetros propuestos en el DSM-5 tales como: la presencia de un síntoma somático que afecte la vida del usuario, pensar excesivamente en este síntoma y se acompañe de un nivel alto de estrés, además de presentarse al menos por seis meses a pesar de las evidencias negativas acerca de las patologías pretendidas.

El TAE se caracteriza por la preocupación de estar enfermos o la posibilidad de estarlo, en este trastorno los síntomas físicos pueden estar presentes o ausentes, pero la inquietud por tenerlos es latente, se encuentran intranquilos ante la aparición de algún síntoma somático, con la diferencia entre los que acuden al médico buscando atención y los que evitan asistir a un profesional, pues con ello también evitan la atención sobre ellos.

Los criterios que brinda el DSM-5 son: la preocupación por adquirir una enfermedad grave, teniendo síntomas mínimos, realizar una comprobación de su salud frecuentemente o evitar los médicos, mantener esta preocupación por más de seis meses, sin que estos síntomas se relacionen con depresión u otro trastorno mental.

### 1.3 Trastorno Narcisista de Personalidad (TNP)

La hipocondría también se relaciona con el Trastorno Narcisista de Personalidad, aunque este trastorno tiene algunas otras variables involucradas, desde el enfoque cognitivo, el TNP se encuentra relacionado con el concepto de esquemas disfuncionales sobre sí mismo, el mundo y sobre el futuro, aprendidos en el seno familiar, construyendo creencias sobre la singularidad y la importancia personal, sobre los demás. Es por lo que se consideran excepcionales, requiriendo de atención y admiración por parte de los que le rodean, no hay una empatía hacia el otro o una interacción social recíproca.

Es posible que el individuo busque ayuda cuando presente malestares excesivos, pues no lidian bien con ellos, es por ello por lo que puede exagerar los síntomas o una preocupación excesiva por los defectos que pudiera tener, al mismo tiempo temerá una evaluación negativa hacia su persona. Se puede presentar la hipocondría derivando un tiempo para sí mismo y dedicarse más cuidados que a los demás.

## Capítulo 2. Autoconcepto

En el trabajo clínico, se distinguió en la usuaria una evaluación negativa de sí misma, ya que, a través de sus pensamientos negativos o creencias irracionales, sus conductas se veían afectadas de distintas maneras, ocasionando que sintiera que todo va mal en su trabajo, escuela o vida personal, por lo que se determinó que era la verdadera causa de la ansiedad y la culpa que refería la usuaria.

Por esta razón se trabajó de manera más específica sobre el autoconcepto que se denota en su discurso, ya que se encontraron creencias irracionales acerca de lo que ella debería hacer, tener y lograr, es por lo que a continuación se definirá de manera detallada el constructo del autoconcepto, con sus elementos y consecuencias en el individuo.

### 2.1 Definición

Este constructo se refiere al conjunto de características con las que se define el individuo, esto se va construyendo con las experiencias al paso del tiempo, pues no es innato, de tal manera que también se puede desarrollar de manera positiva o negativa, dependiendo de la autoimagen o representación mental en el presente, pero también las aspiraciones y expectativas futuras (Roa, 2013).

Por esta razón, se puede decir que es un conjunto de creencias y percepciones acerca de los intereses, patrones y conductas que posee el individuo, dando paso a una autopercepción de sí mismo (Roa, 2013), que no necesariamente coincide con la percepción de las demás personas, ya que en ocasiones estas creencias son irracionales o distorsionadas (Beck & cols, 2004), como es el caso que nos ocupa en este estudio, lo que afecta de manera importante el bienestar en la persona. Así mismo se distingue de la autoestima, ya que esta última es la valoración de la primera, de acuerdo con las creencias que posea la persona.

## 2.2 Dimensiones

En el autoconcepto se comprenden tres componentes o dimensiones:

- El primero de ellos es el cognitivo, donde se encuentran las creencias, la percepción, opiniones y el procesamiento de la información.
- El segundo componente es el emocional, el cual es la valoración que se tenga de uno mismo, negativa o positiva por todo lo que es el individuo.
- Finalmente, el componente conductual se constituye por las acciones que se deben realizar para la búsqueda de la aceptación propia y la de los demás, este se concibe como la intención y decisión de actuar, es decir las acciones que realiza para alcanzar el reconocimiento de los demás y de sí mismo (Roa, 2013).

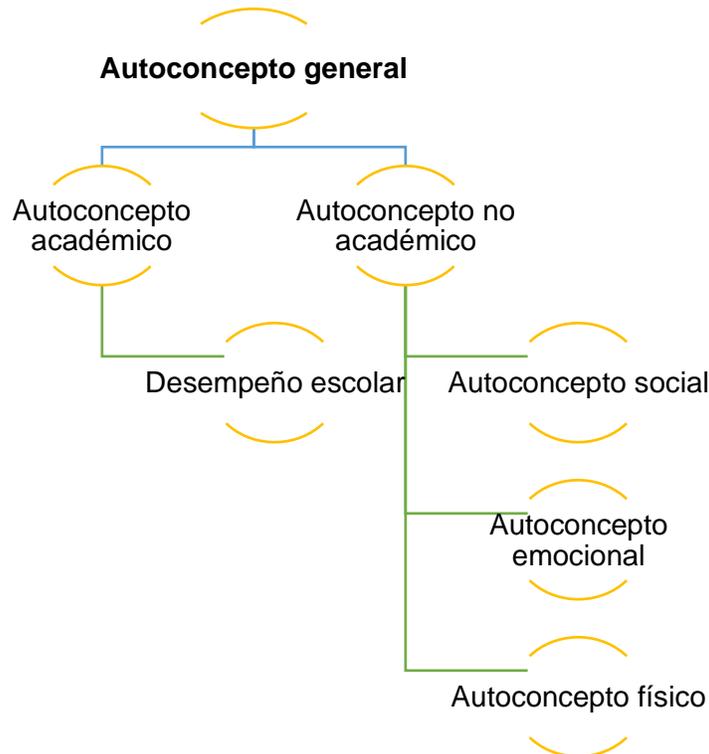
## 2.3 Clasificaciones

Dentro de este se encuentran otros autoconceptos más concretos como: el autoconcepto físico, que tiene que ver con la percepción de la apariencia y las habilidades en las actividades físicas, el autoconcepto académico, donde se encuentra el resultado de los fracasos y valoraciones escolares, el autoconcepto social, que serán las interrelaciones con los demás, el autoconcepto personal, el cual habla de la identidad, la responsabilidad sobre sus actos, el autoconcepto emocional, en el cual se habla de la satisfacción, seguridad y confianza que tiene el individuo sobre sus aptitudes (Roa, 2013).

Un modelo más para el autoconcepto es el que proponen Shavelson, et al., (1976), donde el autoconcepto general es el principal, sin embargo, se encuentra compuesto de otros, divididos entre académicos y no académicos, ofreciendo una gran gama de conceptos por tener en cuenta.

**Figura 1.**

*Modelo de Autoconcepto (Shavelson et al., 1976)*



Ahora bien, describamos el **autoconcepto académico**, este se contempla como la manera en que el individuo percibe el desempeño académico, basado en las evaluaciones que le proporciona la escuela o los profesores que, al llegar al individuo, interpretará dependiendo de su parámetro con el que se intente medir.

El **autoconcepto social** será la medida en que se visualizan diferentes del resto de las personas, así como la aceptación que perciben de los demás en general, así mismo se hacen presentes las habilidades sociales representadas en las interacciones que tenga con las distintas personas con las que tenga contacto.

En este orden, el **autoconcepto emocional**, se refiere al conjunto de valores, cualidades y sentimientos negativos o positivos que tiene de la persona de sí misma, así como él

manejo de las emociones que concibe de sí, valorándose a partir de ello (Goñi, 2009; Goñi y Fernández, 2007).

Dentro del **autoconcepto familiar**, se encuentra la aceptación y el afecto que percibe la persona dentro del núcleo más próximo, la familia, donde se percibe integrado y participativo de las dinámicas y decisiones que suceden en este grupo, determinando las relaciones que tendrá el individuo en el exterior (García y Musitu, 2001).

Finalmente, **Autoconcepto físico** el cual se encuentra subdividido en las habilidades que tiene el individuo para desarrollar actividades y la apariencia física, la cual será directamente contrastada con las expectativas y creencias que tenga la persona, acerca de cómo debe ser o se debe comportar, en virtud de lo cual se relaciona con los hábitos salutogénicos (Oblitas, 2010) del individuo entre ellos el de la alimentación. Estos conceptos son congruentes con la teoría que postulan, ya que el autoconcepto lo definen como la percepción que tiene el individuo de sí mismo, y que esta es creada a partir de las experiencias y las relaciones con el medio donde se desenvuelve (Shavelson & Marsh, 1986).

El **autoconcepto positivo** se distingue porque el individuo posee la confianza en sus propias estrategias para lograr las metas y objetivos que se propone, así como una concepción positiva acerca de sus habilidades de inteligencia, creatividad, aptitudes y valores que le permiten desenvolverse eficazmente en la sociedad, en suma, estos individuos tienen un juicio optimista de sí, se aceptan, son asertivos y reflejan un locus de control interno (Branden, 1995).

Así mismo, las frases que ejemplifican un autoconcepto positivo son “yo estoy bien”, “yo me quiero”, “yo puedo hacerlo”, entre otras, ejemplificando la confianza y autoeficacia que perciben en sí mismas las personas.

El **autoconcepto negativo**, se entiende como conductas o cogniciones de autosabotaje, en el que el individuo no se permite sobresalir en ningún área porque siente que no debe hacerlo, ya sea por un sentimiento de culpa arraigado desde la infancia o por no crear expectativas altas sobre su desempeño, evitando que se le juzgue de no alcanzarlas,

teniendo pocas probabilidades de fracaso, lo cual es una medida de defensa ante estas opiniones de las personas significativas que le rodean (Naranjo, 2006).

Existen una serie de frases con las que se puede identificar un individuo con autoconcepto negativo, tales como: “todo me sale mal”, “no valgo nada”, “No me quiere nadie” o “esto solo me pasa a mi” (Roa, 2013), por lo que ante esta situación se debe fomentar un clima de confianza y ofrecerles una escucha activa, con la finalidad de indagar si están integrados en su medio o bien ofrecerles una perspectiva distinta.

### **2.3.1 Autoeficacia**

El término autoeficacia fue acuñado por Bandura en 1977, dentro de la Teoría social cognitiva, postula que la motivación humana y la conducta se regulan por medio del pensamiento, donde se generan tres tipos de expectativas:

- A) las expectativas de la situación
- B) las expectativas del resultado
- C) las expectativas de autoeficacia

Esta última se refiere a la creencia que tiene una persona acerca de la capacidad para lograr un objetivo o acción. Ya que en la teoría Bandura postuló que el ser humano se basaba en los fenómenos autorreferenciales para dirigir su conducta, lo que quiere decir, que son sus percepciones acerca de su capacidad lo que facilita el logro de objetivos y la toma de decisiones (Ornelas, et al., 2012).

La percepción de autoeficacia coadyuva en la persona al afrontamiento de las situaciones, mejorando la autoestima por su desempeño, pero también está relacionada a la fluctuación de la motivación, ya que de no lograr sus metas esta disminuirá, por lo que influye directamente con el bienestar psicológico, siendo parte de los factores protectores de salud (Guerrero, et al., 2016). Con el estado de ánimo existe una correlación bidireccional, ya que tanto el estado emocional afecta los niveles de autoeficacia, no obstante, una percepción positiva de la autoeficacia mejora el estado emocional (Poy et al., 2004).

La autoeficacia permea la conducta del individuo en distintos ámbitos de su vida, ya que el desempeño de éste dependerá de qué tan capaz se perciba, así mismo, los retos que se imponga serán en esta misma dirección (Merino, et al., 2012), ya que si se percibe con mayor autoeficacia sus retos serán mayores y tendrán menor dificultad si el individuo observa poca o nula autoeficacia (Bandura, 2001).

En el ámbito laboral se observa que los trabajadores que visualizan mayor autoeficacia en sí mismos, poseen mayor motivación al realizar sus actividades (Bandura, 2001), además de una idea real de lo que se les exige. En los estudios que se han realizado sobre la relación de la autoeficacia y el burnout, se ha encontrado que las creencias que tenga el individuo sobre la autoeficacia definirán la persistencia y el tiempo que se invertirá en el logro de objetivos, ya que Gil-Monte y cols. (2006) contemplan tres dimensiones del Síndrome de Burnout: agotamiento, cinismo e ineficacia, este último infiere la falta de autoeficacia en el individuo.

Por otro lado, las creencias positivas de la eficacia se relacionan con el compromiso (el concepto de engagement) el cual se considera que es un eslabón importante para la auto motivación (Bandura, 2001), la cual no solo influye en una conducta en específico, sino que es una característica que la persona aplica a diferentes comportamientos.

Ahora bien, en lo académico, mejora el desempeño y las competencias de los alumnos, ya que favorece los procesos cognoscitivos, contribuye el rendimiento académico y al éxito a lo largo de la vida (Pajares & Shunck, 2001; Pérez, Cupani y Ayllón, 2005) ya que las personas con una buena percepción de autoeficacia serán más perseverantes en sus tareas, sin importar si estas presentan mayor dificultad, distinto a lo que ocurre con menor autoeficacia, puesto que perciben amenazas en el ambiente donde se encuentran, generando ansiedad y/o depresión, además de otras alteraciones mentales (Pajares & Shunk, 2001).

En la salud, se encuentra una relación estrecha entre la búsqueda de atención temprana y prevención, evitando la enfermedad, por otro lado, cuando ya existe una enfermedad diagnosticada, el afrontamiento de las personas con mayor autoeficacia es mejor, favoreciendo la adherencia terapéutica (Álvarez y Barra 2010; Olivari y Urra, 2007).

Rueda y Pérez (2004) se sugiere la importancia de la autoeficacia en el mantenimiento de un estilo de vida saludable, además de las conductas de autocuidado, fomentando no solo la salud física, sino también mental.

En la aplicación de psicoterapia la autoeficacia nos garantiza una probabilidad mayor de éxito en el tratamiento, ya que favorece la alianza terapéutica (Hartley, 1985; Frank, 1982), además de reforzar la disposición al cambio, dotando al individuo de la efectividad que tendrá la intervención psicológica, de tal manera que, si se trabaja sobre esta variable el usuario logrará identificar la temporalidad y las estrategias que deberá emplear para lograr el cambio en sí mismo (Miller y Rollnick, 1999).

### **2.3.2 Autocontrol**

El Autocontrol dota de autonomía al individuo donde primero se requiere controlar el pensamiento, para lograr controlar las emociones, consiguiendo el autodominio, donde se considera *“la capacidad de anular, cambiar o interrumpir las respuestas internas, también llamadas impulsos y abstenerse de ellas”* (Villalobos, et al., 2018, p. 50). Según Goleman (1995), lo describe como la habilidad que tienen las personas para manejar sus emociones, impulsos y recuperarse de los fracasos de la vida, relacionándolo con la inteligencia emocional.

### **2.3.3 Autoestima**

La autoestima es considerada como la valoración de sí mismo, ya sea positiva o negativa, este constructo se relaciona directamente con la autoeficacia, que se describe como la percepción de desarrollar las actividades que se proponga de manera óptima; también está relacionada con la auto dignidad, que se puede expresar como la seguridad que existe dentro de cada individuo para expresarse, pensar y sentir, como un derecho inherente (Pérez, 2019).

En el caso de la intervención cognitivo-conductual en la autoestima, se ha demostrado una mejora significativa en las mujeres que tienen una imagen distorsionada de sí mismas, utilizando técnicas de correcciones en la distorsión perceptiva, el incremento de pensamientos positivos y el role-playing, implementando el diálogo socrático, para entrenar una reestructuración cognitiva, corrigiendo los pensamientos distorsionados, así como la

aceptación de palabras positivas acerca de su persona, mejorando con esto la autoestima en estudiantes de la Universidad Autónoma de Barcelona en el estudio Intervención cognitivo conductual en imagen corporal (Sánchez, et al. 2004).

#### **2.3.4 Autoimagen**

Este concepto se encuentra basado en la apariencia personal y el cuidado que se tiene de sí mismo, dotándolo de confianza y seguridad en sus capacidades físicas, intelectuales, sociales y actitudinales. Esto les dará identidad a las personas, permitiéndoles reconocerse como un ente diferente de los demás, logrando confianza para la toma de decisiones y adaptarse al medio ambiente donde se desenvuelva, lo que a su vez desarrollará una buena autoestima. La diferencia entre estos dos términos redundante en que la autoestima está basada en el amor propio, mientras que la autoimagen es la proyección de sí mismo, por lo que la opinión de los demás indicará si ésta es positiva o negativa (Cifuentes, 2016).

#### **2.3.5 Autogestión**

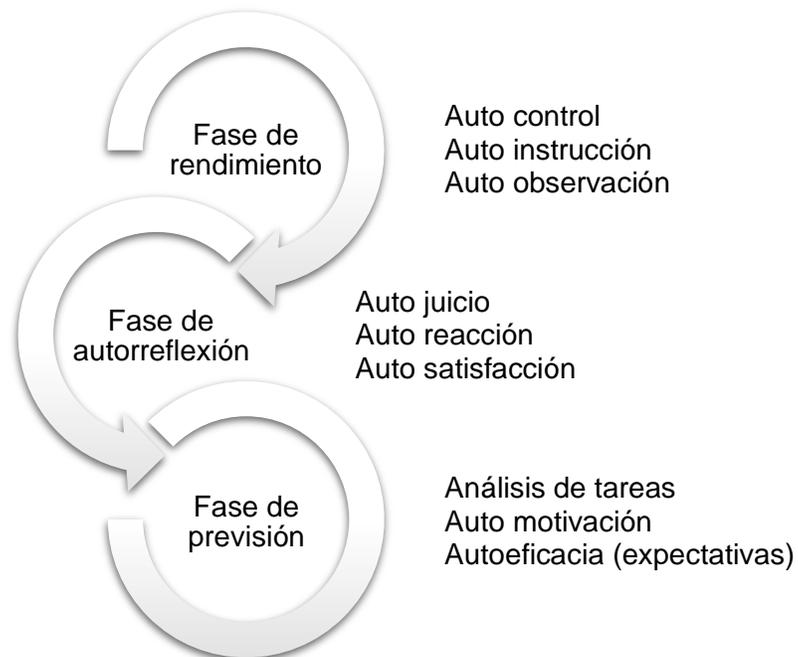
La autogestión o autorregulación se relaciona con el proceso de aprendizaje, en el que se observa que las personas que son autorreguladas siguen un análisis hacia su proceso de aprendizaje, logrando dar un tiempo adecuado, así como mantener la importancia de cada actividad (Ramos, et al., 2020). El desarrollo de esta autogestión obedece a que se han cambiado los paradigmas de la educación, dándole al alumno cada vez más control sobre su transformación, por lo que el papel del educando ha pasado de pasivo a activo, con ayuda de la autoeficacia percibida y desde luego el autocontrol personal, que lo motivan para continuar con este esfuerzo (Granados y Gallego, 2016).

La autorregulación es una característica que se observa en los estudiantes de alto rendimiento ya que por medio del autoanálisis logran mantener un equilibrio entre el contexto, la motivación y la gestión adecuada de los tiempos que deben emplear para terminar sus actividades, mejorando el desempeño de estos estudiantes (Rodríguez, 2019), frente a otros que carecen de esta autoconsciencia que les permite supervisar su comportamiento y emplear el esfuerzo necesario para alcanzar sus objetivos (Bogantes y Palma, 2016).

Para darle una explicación más gráfica se recurre al modelo Zimmerman (2013), en el que se observan tres fases, las cuales se relacionan y se repiten las veces que se considere necesario para cumplir con las actividades establecidas.

## Figura 2.

*Modelo Zimmerman de la autorregulación del aprendizaje*



Nota. Basado en Zimmerman (2013).

### 2.4 Antecedentes (percepción desde la infancia)

La personalidad de los individuos se desarrolla durante los primeros años de vida, lo que hace que esta etapa sea de suma importancia, en esta etapa es donde las personas se identifican con los roles que deben fungir dependiendo de la cultura y el contexto donde se desenvuelven (Bandura, 2001), el cual definirá un desarrollo emocional y socio afectivo adecuado, es así como elegirán o imitarán los comportamientos que mostrarán con base a esta imagen que tienen cómo expectativa.

Para Roa (2013) el autoconcepto se desarrolla con base a las experiencias positivas que tiene en la infancia el individuo, aunque sin estos aspectos la autoestima puede verse mermada, por ejemplo, con la vinculación, la cual se desenvuelve en las relaciones cercanas a la persona, mejorando la comunicación y la solución de problemas en familia.

La singularidad, la cual se deben reconocer con las cualidades que hacen diferente al individuo de los demás; para este efecto se debe tomar en cuenta las habilidades y aptitudes que tiene el niño, a la hora de dar tareas.

El poder, que tiene que ver con la posibilidad que tiene el niño de cambiar o transformar su vida de manera importante, para lo cual, se deben fomentar las responsabilidades y los retos para que tengan metas alcanzables y comprueben su autoeficacia.

Además de las pautas de guía, las cuales se refieren a las personas que pueden servir de modelo para su personalidad y comportamiento, dentro de este rubro la comunicación, la planeación de las actividades diarias y el orden en las tareas familiares, será importante para su correcto desarrollo.

Para precisar, se puede definir como el conjunto de ellos lo que logrará que tenga un buen desarrollo de su autoestima, ya que ninguno es más importante que el otro (Roa, 2013).

En resumen, si el niño desde la infancia tiene los elementos necesarios para desarrollar un autoconcepto positivo tendrá mejores posibilidades de que su desempeño en los diversos ámbitos donde se desarrolle sea óptimo y afronte las situaciones retadoras que se le presenten de manera adecuada.

## **2.5 Impacto Cognitivo, emocional y conductual**

El autoconcepto impacta de manera directa en las cogniciones y sobre todo en las emociones y la conducta, ya que lo que el individuo actúa como cree que es, influyendo en lo que percibe y siente sobre su propio comportamiento, de tal manera que, si actúa distinto a las creencias de sí mismo, puede percibir culpa por no cumplir con esta expectativa (Roa, 2013).

También, el autoconcepto se relaciona directamente con la autorrealización, ya que para alcanzar los logros y objetivos que se plantee en su vida requiere de un equilibrio en su

autoconcepto negativo y positivo, de la misma manera al conseguir estos logros, se reafirmará la autoimagen positiva del individuo (Esnaola, et al., 2008).

Cabe resaltar que esto afecta directamente en la vida cotidiana de la usuaria, ya que algunas situaciones le provocan emociones y acciones que resultan incongruentes con lo que la usuaria piensa que debería ser o hacer, por lo que sobreviene la culpa y la ansiedad por no cumplir con la autoimagen que quiere proyectar.

### Capítulo 3. Evaluación de la sintomatología y del autoconcepto

Para un tamizaje inicial es necesario contar con instrumentos que sean confiables y válidos en la población mexicana en la cual se desarrolla la usuaria, para ello el CAPED por el protocolo previamente establecido, aplica dos instrumentos iniciales, el Inventario de Ansiedad y de Depresión de Beck, logrando con ello detectar las necesidades iniciales en las que se puede ofrecer el servicio de orientación psicológica y/o educativa.

#### 3.1 Instrumentos de Evaluación de Ansiedad

El Inventario de Ansiedad de Beck (1988). Este inventario consta de 21 ítems en los que se describen los síntomas que el cliente valorará en una escala del 0 al 3, según los perciba en la última semana.

Para la calificación de este instrumento se hace la sumatoria de las valoraciones del individuo, quedando una escala del 1-10 como normal, del 11-16 un nivel leve, de 17-30 moderada, del 31-40 se considera grave y con una puntuación de más de 40 se evalúa como una ansiedad extrema.

Para corroborar esta sospecha se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton (1959), la cual contiene 14 ítems en los que se califica mediante una escala tipo Likert de cuatro valores del 0 al 4, la frecuencia de la ansiedad somática y ansiedad psíquica.

La valoración de este instrumento se divide en los ítems que miden la ansiedad somática y los que miden la ansiedad psíquica, sin embargo, cuando no hay evidencia de ataques de

pánico en los últimos 3 días, se puede utilizar para valorar la ansiedad generalizada. En este sentido Kobak (1993) propone que la puntuación igual o mayor de 14 es un indicativo de ansiedad clínicamente manifiesta.

### 3.2 Instrumento de Evaluación de Depresión

Así mismo por el proceso que se desarrolla en CAPED se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (1996) el cual consiste en 21 ítems, consistentes en grupos de oraciones, donde la usuaria describe de cada grupo la que mejor describa cómo se sintió la semana pasada o incluso el día que responde el cuestionario.

Para la evaluación de este se le da una puntuación a cada oración, y finalmente haciendo la sumatoria de estas, donde podemos encontrar un rango de 0 a 7, en la que no se perciben síntomas, de 8 a 15 se considera leve, de 16 a 25 es moderada y finalmente la máxima puntuación que puede alcanzar es de 26 a 63, observando síntomas severos de depresión.

### 3.3 Instrumento de Evaluación para las Expectativas de la Intervención

De igual manera la Escala de Expectativas, definiendo una escala global donde se elegirá el grado de confianza en la intervención psicológica, así como una específica donde se enlistan las metas a trabajar a corto, mediano y largo plazo, también el grado en que confía en mejorar en cada una de las metas objetivo como consecuencia de la atención que recibirá.

### 3.4 Evaluación para la hipocondría

En esta intervención no se realizó ninguna evaluación para la hipocondría, por dos razones principalmente, la primera es que este no fue el motivo de consulta de la usuaria, y segundo, que estos instrumentos requieren de una especialización y formación profunda en el manejo y ejecución de estos, por lo que se mencionan sólo con fines informativos del trastorno.

Así mismo, se reconoce que los criterios acerca de este trastorno no se identificaron de inmediato, sino que se fueron observado a lo largo de la intervención, por lo que se dio la asesoría psicológica de acuerdo con el protocolo de CAPED, sobre la Ansiedad y la sintomatología que se identificó, ofreciendo la contención inmediata de éstos, realizando la canalización que requiere la usuaria para una atención integral.

Por estas razones se recomienda la utilización de los siguientes instrumentos para darle seguimiento a la presente intervención, el primero de ellos es el Inventario de pensamientos intrusos sobre la enfermedad-revisado (INPIE-R) (Arnáez, García y Belloch, 2017) se compone por 42 ítems agrupados en cinco factores, con respuestas del 0 que significa “nunca”, al 6 que significa “durante todo el día”, los factores que lo componen son los siguientes:

- 1) que aparecen espontáneamente o ante la presencia de una molestia leve;
- 2) sobre la desconfianza hacia el médico y las explicaciones médicas;
- 3) sobre el estado de salud de un ser querido;
- 4) que aparecen ante la presencia de síntomas físicos (por ejemplo, un dolor de cabeza prolongado) o información sobre la enfermedad y,
- 5) sobre la muerte.

Por otra parte, el perfil con el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) evalúa rasgos de la personalidad y la psicopatología del individuo, contiene cuatro escalas de validez que son las siguientes:

- a) Escala L o mentira
- b) Escala F o incoherencia o validez
- c) Escala K o corrección o defensa

Y diez escalas clínicas básicas para la elaboración de un perfil básico,

- a) Hipocondría

- b) Depresión
- c) Histeria
- d) Desviación psicopática
- e) Paranoia
- f) Psicastenia
- g) Esquizofrenia
- h) Hipomanía
- i) Introversión social
- j) Masculinidad-feminidad

Así como quince escalas suplementarias:

- a) Ansiedad
- b) Obsesión
- c) Depresión
- d) Preocupación por la salud
- e) Pensamiento extravagante
- f) Hostilidad
- g) Cinismo
- h) Conductas antisociales
- i) Comportamiento tipo A
- j) Baja autoestima

- k) Malestar social
- l) Problemas laborales
- m) Interferencia laboral
- n) Indicadores negativos de tratamiento que muestran si el paciente necesita hospitalización o no.

El instrumento cuenta con un total de 567 ítems, con los cuales se obtiene una puntuación de más de cuarenta puntos, que por regla general no podrá tener menor puntuación, ya que no poseerá una significación diagnóstica hasta pasados los 55 puntos, en los se será una significación moderada, a partir de los 66 posee significación alta y después de los 75 será extremadamente alta, este inventario puede explorar el grado de malestar presentado, se sugiere en la literatura que las escalas 8 de Esquizofrenia y de Manía, son las que tienen validez para ofrecer el perfil del estilo narcisista de la personalidad.

### 3.5 Instrumento para evaluar el autoconcepto

Para la evaluación del autoconcepto existen distintos instrumentos, sin embargo, retomaremos el modelo de Shavelson, et al., (1979) antes expuesto, de esta manera el instrumento que se encuentra basado en este modelo es la Escala de Autoconcepto AF5 de García y Musito (2001) compuesto por 30 ítems, que se pueden responder en una escala Likert de cinco opciones, dispuestos en cinco dimensiones: 1. El autoconcepto académico, 2. El autoconcepto social, 3. El autoconcepto familiar, 4. El autoconcepto físico, 5. El autoconcepto emocional (García y Musito, 1999, 2001).

Aunado a la evaluación de estas dimensiones se cuentan con seis ítems para cada una dispuestas en orden aleatorio, el rango de calificación para cada dimensión es de mínimo 5 y máximo 30, teniendo en cuenta que a mayor puntuación mejor autoconcepto se tiene, subdividido en cuatro niveles, bajo, medio bajo, medio alto y alto autoconcepto.

Para su calificación, se deben invertir los ítems 4, 12, 14 y 22, ya que se han planteados en sentido inverso, así mismo los ítems que corresponden a la dimensión emocional, ya que a

mayor puntuación será menor autoconcepto emocional, por esta razón, se invertirán para el análisis de resultados, con fines didácticos de la exposición de estos.

**Tabla 2**

*Dimensiones e ítems del instrumento AF-5*

<b>Dimensión</b>	<b>ítems</b>
Académico-laboral	1, 6, 11, 16, 21 y 26
Social	2, 7, 12, 17, 22, y 27
Emocional	3, 8, 13, 18, 23 y 28
Familiar	4, 9, 14, 19, 24 y 29
Físico	5, 10, 15, 20, 25 y 30

#### **Capítulo 4. Confinamiento a causa del virus COVID-19**

A partir del mes de marzo del año 2020, la usuaria al igual que millones de personas alrededor del mundo se vieron forzadas a un confinamiento a causa de la pandemia provocada por el virus COVID-19, con lo que se trasladaron todas sus actividades profesionales y recreativas a su hogar, irrumpiendo en la dinámica familiar que se tenía hasta el momento, agregando tareas que normalmente no desarrollaba y manteniéndose con su familia las 24 horas del día, lo que causó a su vez un estrés y ansiedad extra, ya que la propia usuaria tenía creencias sobre lo que debería cumplir para con su familia, cómo estudiante y cómo profesional.

Es por esta razón que se requiere este contexto para entender la situación mundial que se vivió en estos años de pandemia, ya que alrededor del mundo se observaron fenómenos donde la salud mental fue afectada de distintas maneras.

El COVID-19 es causado por el virus SARS-CoV-2. El primer diagnóstico se obtuvo en China en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan. El virus se propagó rápidamente y en

enero de 2020 se comenzaron a ver casos de contagios en otros países, declarándose una pandemia mundial (OMS, 2021).

El primer caso reportado en México fue el 27 de febrero de 2020 y para el 18 de marzo se registra el primer fallecimiento por esta causa, desde entonces el gobierno mexicano incrementó gradualmente las medidas para evitar el aumento en el número de casos, suspendiendo actividades no esenciales y siguiendo las instrucciones de las autoridades de salud (SSa, 2020). Hasta la semana epidemiológica número 22 de 2021 se han registrado 2,614,579 casos totales, con 241,398 defunciones, según el último informe por parte de la Secretaría de Salud (2021).

Pues debido a su rápida propagación y letalidad, las principales medidas de prevención para evitar la propagación del virus han sido: el confinamiento y el aislamiento social. Sin embargo, tales medidas han tenido repercusiones sociales, económicas y psicológicas en las personas. Ya que, no se puede salir a realizar actividades cotidianas como trabajar en oficinas, ir a la escuela, realizar reuniones sociales, permanecer en lugares concurridos, etc., trayendo como resultado cambios en la calidad de vida de los individuos.

#### 4.1 Afectaciones en la salud mental

Ahora bien la salud mental es comprendida dentro del concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconociendo que es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad” (OMS, 2001) además la OMS también define a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de contribuir a su comunidad” (OMS, 2004), sin embargo uno de los conceptos más integrales es el que proponen Galederisi y cols. (2015, p. 231-232).

*“La salud mental es un estado dinámico de equilibrio interno que permite al individuo emplear sus habilidades en armonía con los valores universales de la sociedad. Las habilidades básicas cognitivas y sociales, la habilidad de reconocer, expresar y modular las propias emociones, así como empatizar con*

*otros; la flexibilidad y habilidad para contender con los eventos adversos de la vida y funcionar en roles sociales; así como llevar una relación armoniosa entre mente y cuerpo, representan componentes importantes de la salud mental, que contribuyen, en varios grados, al estado interno de equilibrio”.*

Por lo que se observa un gran impacto de este confinamiento sobre la salud mental, produciendo efectos psicoemocionales, ya que algunos individuos no logran una rápida adaptación a este tipo de emergencias, y en ocasiones desencadenan hábitos no saludables, tales como una mala higiene del sueño, mala alimentación, disminución en la actividad física o el abuso de sustancias (Butler y Barrientos, 2020).

Además, el riesgo de contagio coadyuva al aumento de la ansiedad y angustia, sobre todo en las poblaciones vulnerables, como las personas de la tercera edad, mujeres embarazadas, lactantes o bien que ya presentaban una patología crónico-degenerativa, como diabetes o hipertensión (Guzmán, 2020).

La violencia en el seno familiar se reportó con mayor frecuencia, recibiendo llamadas de emergencia relacionadas con esta demanda hasta un 22.7% más que en meses anteriores, la ansiedad se reportó con un índice de 32.42% y un 27.26% en depresión, sobre todo en el sector femenino y con mayor prevalencia en los adultos mayores, así mismo se observa una marcada diferencia en el nivel de estudios, pues se visualiza una disminución considerable en la población que tiene licenciatura o superior (Gaitán, 2020).

#### 4.2 Acciones del Estado ante la contingencia

Como una medida de tamizaje breve, el gobierno de México puso en marcha un cuestionario para la detección de riesgos a la salud mental, finalizando con recomendaciones y retroalimentación por parte de la Dirección General de Atención la Comunidad (DGACO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), así mismo la página web incluye un directorio donde se brinda atención psicológica vía telefónica, videos de autoayuda y documentos de consulta.

Las acciones ya mencionadas fueron replicadas en diversas organizaciones, con la finalidad de hacer un frente de profesionales de la salud mental, listos para dar atención desde primeros auxilios psicológicos, hasta una terapia de largo plazo, la UNAM no fue la excepción, reforzando las estrategias dedicadas a la salud mental, en todas sus facultades, para dar la atención requerida por los alumnos y académicos que así lo necesiten.

## Capítulo 5. Marco metodológico

### 5.1 Justificación

La intervención con la TREC resulta conveniente en este caso, ya que se ha utilizado con éxito en otros casos de ansiedad generalizada tal es el caso de Poroj (2018), Sanson (2017), Pedroza, (2015), entre otros, donde se ha constatado que las creencias irracionales acerca de sus expectativas causan una preocupación excesiva, que a su vez resulta en ansiedad, esta última ha sido tratada bajo esta terapia, con la cual se observa una disminución de este trastorno, dotando al individuo de herramientas con las que pueda afrontar futuras situaciones que le provoquen esta sintomatología.

De esta manera se observa la importancia de esta intervención en una estudiante de la modalidad a distancia, ya que servirá como material de consulta en un futuro acerca de la afectación que puede sufrir un individuo en esta modalidad debido a un autoconcepto negativo y una falta de autogestión y autorregulación de las actividades, cómo del tiempo para desarrollarlas de manera adecuada y conforme a un calendario preestablecido.

Así mismo, se destaca la pertinencia de la atención dentro del protocolo de apoyo psicológico y educativo a distancia, ya que funcionó como un primer abordaje al motivo de consulta, brindando la contención también descrita en el marco teórico y que necesitaba la usuaria para seguir adelante con su semestre y detectando la sintomatología hipocondríaca, proponiendo una canalización para que reciba una atención integral.

De igual manera se resalta la utilidad que tendrá este trabajo para los asesores psicológicos y educativos del protocolo CAPED, así como de los psicólogos que tengan una práctica privada, donde puedan encontrar casos como él que se expone en este manuscrito, pues

se encuentran algunos signos y síntomas que de ser identificados a tiempo puede resultar benéfico para él consultante.

Finalmente, la oportunidad de esta práctica supervisada brinda los conocimientos y el desarrollo de habilidades terapéuticas en la asesoría psicológica, ofreciendo aprendizaje significativo para él próximo desempeño laboral de la misma, ya sea en una práctica privada o en el ámbito público, ya que se fomenta la reflexión y el análisis con un enfoque científico y objetivo, de acuerdo con un código ético, que siempre se observó durante la intervención.

## 5.2 Planteamiento del problema

La atención se ofrece en el marco de la estrategia CAPED, la cual ofrece servicio de asesoría psicológica y educativa para los alumnos del SUAYED principalmente, aunque por la demanda cada vez más creciente de los alumnos de otras licenciaturas, así como de la prevalencia del trastorno de depresión y ansiedad en la población universitaria, implementa el servicio para alumnos que requieran de la atención dentro de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI).

En México se estima que quince millones de personas tienen algún trastorno mental, además los diagnósticos más comunes son la depresión y la ansiedad, con mayor prevalencia en el género femenino. Esta prevalencia de ansiedad se observa a nivel mundial, pues se prevé que la depresión sea la segunda causa de discapacidad (SEDESA, 2020), esto ha hecho que sea un problema de salud mental en el que diversas organizaciones busquen cómo darle solución, ya sea por medio de psicoeducación e información al público en general, cómo con estrategias que ofrezcan atención psicológica de primer abordaje, esto se puede observar en el trabajo de Solorzano (2019), en el que se observa un caso de ansiedad en la misma instancia.

Este protocolo tiene casos que no pueden ser atendidos por estos asesores, siendo los siguientes:

1. Casos Psiquiátricos anteriormente diagnosticados
2. Adicción y consumo de alcohol o sustancias adictivas.

### 3. Ideación o intentos suicidas.

Para lo que se requiere una canalización oportuna, brindando un directorio de servicios a los que se pueden acercar para conseguir un tratamiento adecuado, el cual no puede ser atendido en esta instancia.

Así mismo, toma relevancia en la FESI, por la prevalencia de la ansiedad en las diferentes licenciaturas que ofrece, cómo se visualiza en el trabajo de Cedillo et al. (2016) donde se observa en una muestra de 152 estudiantes, las diferencias de los niveles de ansiedad de las diferentes licenciaturas, así como la relación entre el contenido curricular.

### 5.3 Objetivo general

Modificar el autoconcepto, para disminuir la ansiedad y el sentimiento de culpa, mediante la intervención de la Terapia Racional Emotivo Conductual, fomentando estrategias de autogestión y autocontrol.

### 5.4 Objetivos específicos

- Facilitar interpretaciones racionales y positivas a los sucesos que le ocurren día a día a través de la TREC, para que, con ello, disminuya su ansiedad y el sentimiento de culpa.
- Desarrollar la aceptación a sí misma, de los otros mediante la TREC, así como la adaptación a las nuevas condiciones que su trabajo le requiere, debido al confinamiento para generar un autoconcepto positivo.
- Fomentar las herramientas de autocontrol y autogestión de su tiempo para organizar las actividades en los distintos ámbitos de su vida.

## 5.5 Hipótesis

Las creencias irracionales sobre el autoconcepto negativo de la usuaria le provocan culpa y ansiedad, debido a la falta de autocontrol y autogestión de las actividades.

## 5.6 Descripción del escenario

El caso descrito con anterioridad se realiza en el marco del Centro de apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED), el cual nació como un programa UNAM. DGAPA-PAPIME<PE303817>, en 2015 como un apoyo para los alumnos del Sistema Universidad Abierta y a Distancia (SUAYED), debido a la necesidad de ofrecer una asistencia psicológica a estos alumnos en el interior de la República Mexicana, en la misma modalidad que recibían su educación, aunque en la actualidad se da atención a algunas otras licenciaturas de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, ya que la demanda ha crecido.

De este modo, se ofrece terapia breve y de emergencia para los alumnos que presentan crisis emocionales y terapias de apoyo de corto plazo en un máximo de 8 sesiones, así también se canalizan los casos que no es posible atender debido a las características de la atención y sus alcances. En este sentido también se orienta académicamente a los usuarios que lo requieran, fomentando un mejor rendimiento académico, mediante la autorregulación de las actividades y autogestión de sus tiempos.

Esta modalidad de orientación psicológica y educativa se ha hecho más presente, debido al confinamiento que se vivió en el año 2020 y parte del 2021 a causa de la pandemia por el virus COVID-19, en el que se restringieron los servicios, la población se vio obligada a recurrir a los servicios que se ofrecían en línea.

Es así, que se ofrece un proceso de asesoría por medio de las herramientas tecnológicas como las videoconferencias, las presentaciones electrónicas, el uso de plataformas educativas, entre otras, facilitando el acercamiento de los usuarios a estos servicios y también proporcionando un espacio para los estudiantes que finalizan su carrera de Psicología donde puedan fungir como asesores educativos y psicológicos.

En este caso se ofreció el servicio mediante la plataforma de Meet y una comunicación vía correo electrónico en una práctica supervisada, en este caso la asesora recibió supervisión por parte de la licenciada Cristina González Méndez.

## 5.7 Tipo de metodología

### 5.7.1 **Diseño** de la línea base A-B-A

En este caso fue un tipo de diseño experimental N=1, es un estudio con un solo sujeto, también se le denomina diseño experimental de caso único (Silva, 1992; Barlow & Hersen, 1984; Shapiro, 1961) o diseño de replicación intra-sujeto (Arnau, 1994) este fue elegido de esta manera, ya que en CAPED se ofrece el servicio de asesoría psicológica y educativa en individual.

Para este tipo de estudio se evaluó de manera secuencial a un mismo sujeto, en un periodo de tiempo, se observa estabilidad en la línea base donde se emplea la variable independiente, que se consideró como la intervención, registrando la variable dependiente, en este caso la conducta de la usuaria (Roussos, 2007). De igual manera el sujeto fue su propio sujeto control, para encontrar consistencia (León y Montero, 1995).

La clasificación según Hayes (1981) y Arnau (1994), actualmente desarrollada también por Ato y Vallejo (2007) y Balluerka (2001) la clasificación de los diseños N=1 se realiza en función de dos criterios:

1. En función de la reversibilidad de la respuesta a los niveles de la línea base tras retirar o alterar el tratamiento. Estos se dividen en diseños de reversión y de no reversión.
2. En función de la estrategia de comparación que se utiliza para estudiar la efectividad del tratamiento. Aquí se comprenden los diseños intra-serie, diseños entre series y diseños de series mixtas o combinadas.

Este diseño en la psicología es la manera de abordar un caso de manera clara y sistemática con el fin de elegir el diseño y patrón que mejor convenga a nuestro objeto de estudio, brindándole fiabilidad y validez.

Para este caso se aplicó una línea base que es el registro del estado natural de la variable dependiente sin la aplicación de un tratamiento o variable independiente, en por lo menos tres observaciones para estabilizar los datos plasmados, de manera individual, es decir, solo con el usuario que solicitó la atención en CAPED.

En este tipo de diseño se evalúan los efectos al retirar la variable independiente, que en este caso será la intervención por parte de la asesora psicológica, (Hersen y Barlow, 1976, citado en Núñez, M., s.f.).

Lo anterior nos implica que tendremos tres etapas:

A: la línea base. Con la aplicación de la entrevista y un registro de la conducta.

B: la intervención. Donde se realiza la intervención con las técnicas de enfoque cognitivo conductual adecuadas.

A: la línea de seguimiento. Finalmente se registran los cambios conductuales que presente.

La línea base contiene propiedades como sensibilidad, estabilidad y un control de procesos conductuales no deseados.

Con ello se buscará observar metódicamente los efectos de la intervención en la usuaria, es necesario recordar que tendremos a parte de la línea base de auto registro, los pos-test que un inicio se respondieron.

Para cumplir con los objetivos planteados y respetar la metodología de un estudio de caso se seguirá el procedimiento sugerido por (Díaz, et al., 2011), el cual se ilustra a continuación.

A. Analizar el problema y describirlo.

B. Someterlo a un protocolo de investigación

- C. Determinar el método de análisis (validar las técnicas e instrumentos que se van a utilizar- desarrollo metodológico, tanto cuantitativo como cualitativo).
- D. Organizar los datos obtenidos y presentarlos de manera que se observen claramente los elementos y relaciones entre ellos (conjuntando lo cuantitativo con lo cualitativo).
- E. Establecer alternativas o cursos de acción, de acuerdo con lo encontrado.

## 5.8 Enfoque Cognitivo Conductual

### 5.8.1 Fundamentos

Los antecedentes de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC [Serrano, 2001]) se encuentran en dos vertientes, la reflexología y el condicionamiento clásico. Ya desde el siglo XVIII algunos autores de la ilustración, sostenían que los fenómenos psíquicos se generaban en el cerebro, sin embargo, fue en Alemania con aportaciones como las de Helmholtz, Wundt y Hering, donde se estudiaba la fisiología en la actividad nerviosa superior.

En el siglo XIX surge la corriente idealista, con la que se enfocan sobre la fisiología del sistema nervioso, fue en este siglo en el que Sechenov (1892- 1903), médico fisiólogo, estudia con Helmholtz en Leipzig, y posteriormente desarrolla la teoría de “Los reflejos cerebrales”, en 1863, los cuales dividía en espinales y cerebrales con el postulado de ser una respuesta involuntaria o automática del ser humano.

Posteriormente, Iván Pávlov (1849- 1936), quien fuera alumno de fisiología con Mendeléiev y Sechenov, propone la teoría de “La actividad nerviosa superior”, que se basa en los mecanismos neurales subyacentes al comportamiento, otra aportación fue la ponencia “La psicología y la psicopatología experimental de los animales”, ofreciendo un importante tratado de aprendizaje asociativo a partir de sus investigaciones experimentales con los perros y sus reflejos.

Con esta teoría nace el reflejo condicional (pues se ha constatado que este era el término que utilizaba y se tradujo en condicionado), donde se ofrecía un estímulo incondicionado y

se recibía una respuesta incondicionada, para después dar un estímulo condicionado y obtener una respuesta condicionada.

Con los principios de Hull, Wolpe se sustentó la primera intervención de la técnica conductual, la desensibilización sistemática.

Según Kazdin (1983) las principales aportaciones de Pávlov fueron la investigación que llevó a cabo sobre los reflejos condicionados, la investigación la convirtió en objetiva, demostró que el aprendizaje podía dar explicación al comportamiento, propuso un modelo metodológico en la investigación de la conducta humana.

En la aplicación de la psicología podemos observar de qué manera ocurrió esta asociación o bien la disociación entre estímulos y conductas presentadas para poder ayudar al paciente a mejorar su vida diaria, ya que algunas de estas conductas no asociadas debidamente pueden representar algún problema o incomodidad para la persona.

Betcherev también aportó una interpretación de las respuestas motoras y de los estímulos aversivos a la reflexología, para finalmente acercar estos conceptos a la psicopatología.

Por su parte, Thorndike le dio una explicación diferente al reflejo de estímulo- respuesta, sin embargo, coincidían en algunos modelos con diferente terminología, como la Ley del cambio asociativo que se conoce como condicionamiento clásico.

### **5.8.2 Conductismo**

A su vez, John B. Watson (1878-1958) aportó algunos principios que basó en las teorías de Betcherev, él mismo acuñó el término conductismo, en el que se entendía que la investigación debía ser objetiva, metodológica y con términos observables, de tal manera que se acercara a lo que es verdaderamente una ciencia. Su mayor aportación es el experimento con el pequeño Albert, donde utilizó técnicas como la deshabitación, halago verbal adaptación negativa, castigo social, distracción condicionamiento directo e imitación social.

Una etapa diferente creo conocida como el neoconductismo, en el que Edwin R Guthrie fue uno de los principales exponentes, en su trabajo titulado “The psychology of learning”,

proponía técnicas para romper hábitos o desaprender conductas, por medio de una secuencia de estímulos (lo que conocemos como desensibilización sistemática).

Clark L. Hull (1884-1952), aportó algunos factores que intervienen entre el estímulo-respuesta, como el hábito y el impulso, que es el estado de activación, crea la teoría unifactorial del aprendizaje en la que decía que era el refuerzo en sí la que fomentaba el aprendizaje y no la constancia.

Tolman, quien también pertenecía a esta nueva etapa, agregó una variable muy importante en la relación del estímulo- respuesta, la cognición, la cual determinaba la conducta presentada. Con todas estas aportaciones aparecieron también las técnicas para la eliminación de conductas no deseadas, a lo que se le denominaría, una práctica negativa.

No podría dejar de mencionar a Skinner quien basó su teoría del aprendizaje en los paradigmas de Pavlov y Thorndike, creando lo que conocemos como condicionamiento operante, también retoma el estímulo- respuesta, tomando el análisis de la conducta, para orientarlo al análisis conductual aplicado.

En el conductismo, no se cree en la autonomía de las cogniciones o la influencia de ellas en los actos humanos, sino que se cree que el ser humano es una máquina que solo responde a los estímulos que se le ofrecen y que actúa en consecuencia (UNED, s.f.).

### **5.8.3 Antecedentes. Tres generaciones de la Teoría de la Conducta**

La teoría de la conducta se puede clasificar según Rachman en tres estadios, o lo que llamó O'Donohue tres generaciones, en las que comprenden distintos avances en cada una de ellas (Obando y Parrado, 2015).

La primera generación, comprendida a partir de 1950, se basa en las teorías del aprendizaje, el análisis conductual aplicado y el neoconductismo mediacional. Al estar basada en los principios científicos logró que la implementación de análisis estadísticos, para hacer inferencias.

Los principales exponentes como Eysenck, Shapiro, Rachman y Lazarus, se interesaban por la psicopatología y la personalidad. Las técnicas que desarrollaron son: la terapia

conductual clásica, la técnica de exposición, desensibilización sistemática, técnicas operantes y biofeedback.

Esta generación se caracteriza por la base de conocimientos derivada de la investigación sobre el aprendizaje, con una aplicación clínica principalmente, además de la práctica en la investigación.

La segunda generación comienza en 1970, Se portan elementos de psicología experimental, cognitiva y social. Toma la teoría del aprendizaje social propuesta por Albert Bandura. Se propone que si las cogniciones son causa de las conductas, al modificar los pensamientos también pueden modificar la conducta.

Los Exponentes como Bandura, Mahoney, Arnkoff, Goldfried, Meichbaum, A. Beck y Ellis, desarrollaron técnicas como la Terapia cognitivo conductual (TCC), la terapia racional emotiva, el entrenamiento de auto instrucciones, o la terapia de reestructuración cognitiva, para lograr modificar la conducta. Es en esta generación que se hace hincapié en la cognición y se adhiere como una variable, que puede determinar la conducta, por lo que sus técnicas se implementan también estrategias para observar y modificar los pensamientos, pues estos serán los que logren modificar a su vez los comportamientos.

Albert Ellis postula que los individuos se ven afectados por las creencias o interpretaciones que les dan a los eventos externos, igualmente Beck en 1976 afirma que las concepciones mal formuladas sobre los estímulos externos es lo que provoca malestares emocionales en el individuo, en suma, son las percepciones que las personas tienen acerca de lo que les sucede lo que influye en su visión de la realidad.

Además, se cree que hay habilidades psicosociales que pueden ayudar a los individuos como herramientas para modificar las conductas, como el manejo de situaciones o la solución de problemas, dando un papel primordial al individuo y no al ambiente externo.

Esta etapa fue la más fructífera, donde se produjeron la mayoría de las técnicas actualmente conocidas y utilizadas, además se llegó a nuevos ámbitos, como la Medicina conductual, el área laboral y comunitaria, brindando nuevos enfoques donde aplicar estas teorías. En la actualidad es muy utilizada y respetada por basarse en la evidencia científica,

además de resaltar la influencia de lo cognitivo en lo conductual, logrando una intervención integral por parte de los psicoterapeutas.

Finalmente, la tercera generación, tiene sustento en la aproximación empírica y está enfocada en los principios del aprendizaje. Además, se utilizan estrategias para la modificación conductual más experimentales. Se observó un gran esfuerzo por unificar los tratamientos y evaluaciones. Es así como se ha logrado integrar en diversos manuales la información recabada en esta generación de terapia.

Los principales exponentes de esta generación han sido Hayes, Strosahl, Wilson, Kohlberg, Tsai, Lineham, Martell, Addis y Jacobson, creando técnicas como las terapias contextuales, la psicoterapia analítica funcional, la terapia de aceptación y compromiso y la adecuación del Mindfulness (o conciencia plena), que ha servido para regular algunas conductas.

En esta generación se nota la influencia de las teorías del aprendizaje constructivista, donde se toma en cuenta las influencias del medio, sin embargo, existen algunas ambigüedades dentro de algunas técnicas como la relajación, las paradójicas y la hipnosis, sin embargo, la evaluación de las técnicas se hace por la eficacia y la efectividad que tienen las mismas.

Existen algunas desventajas o limitaciones que se observan en las técnicas cognitivas, ya que se han creado constructos con una definición poco clara, además no hay evidencia de los cambios cognitivos en estructuras o procesos que surjan después de la intervención, esto es una dificultad que se presenta porque la evaluación de las cogniciones no presenta una metodología establecida (Moreno, 2012).

#### **5.8.4 Terapia Cognitivo Conductual**

La teoría conductual fue solo el inicio, ya que, a partir de la conjunción de esta con la reflexología, se ha logrado garantizar que los procesos metodológicos son más metódicos y sistemáticos, dándole la fiabilidad y validez que requiere esta práctica, convirtiéndose poco a poco en lo que hoy conocemos como la Terapia Cognitivo Conductual y que se utiliza con mayor confianza, gracias a que tiene evidencias de efectividad (UNED, s.f.).

Por su parte, Ruiz et al., (2012) consideran como principales características dentro de la Terapia Cognitivo Conductual la actividad terapéutica de carácter psicológico basada en la

psicología del aprendizaje; fundamenta sus intervenciones, técnicas y procedimientos en la psicología científica o experimental; en algunos casos surgen de la experiencia clínica como la reestructuración cognitiva, hipnosis, relajación, técnicas paradójicas, entre otros; su objeto de tratamiento es la conducta y sus procesos subyacentes, en su nivel conductual, cognitivo, fisiológico y emocional; se estudia la conducta como susceptible de medición y evaluación, además de ser un proceso de aprendizaje. Consideran que el objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional para lograr la modificación o eliminación de la conducta desadaptada a través de la enseñanza de conductas adaptativas.

Este enfoque subdivide los problemas en partes más pequeñas para lograr abordar cada una de manera específica, de esta manera se clasifica en pensamientos, sentimientos, reacciones físicas y comportamientos, tomando una relevancia el impacto de nuestros pensamientos sobre nuestras acciones y las emociones sobre nuestros pensamientos. Afirmando con evidencias que las alteraciones en alguna de estas partes afectarán a la otra, ya sea de manera positiva o negativa.

El paradigma se basa en los siguientes principios (León, 2016):

- Se sustentan en teorías empíricamente comprobables
- El modelo de colaboración entre el terapeuta y el usuario
- Es una terapia breve
- Es objetiva y estructurada
- Centrada en el presente del individuo
- Es un proceso de autodescubrimiento guiado
- Se fomenta el entrenamiento de habilidades

El modelo de terapia breve busca instruir al usuario con un papel activo dentro de su tratamiento, es sumamente estructurada, por lo que la organización es básica al

implementar estas técnicas, además se hace presente la necesidad y eficacia de obtener una validación empírica.

Sin embargo, el papel del paciente cada vez toma más importancia, siempre que se le brinde una adecuada información ha resultado favorable la utilización de tareas en casa, auto registros derivados de un diario conductual, etc., priorizando la psicoeducación para que el propio individuo pueda actuar en los momentos en que se requiera dentro de su vida cotidiana, llevando estos aprendizajes a largo plazo (Keegan, 2007).

De esta forma se contemplan distintas terapias del enfoque TCC, cómo son la Multimodal de Lazarus, la Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, EMDR (por sus siglas en inglés, Eye Movement Desensitization and Reprocessing) postulada por Shapiro (1987), la Cognitiva de Beck (1967), Autoinstrucciones desarrollada por Meichenbaum (1969), Aceptación y Compromiso por Hayes (1984), Mindfulness propuesta por Kabat-Zinn (1990), Constructivismo de Mahoney (1996), Esquemas planteada por Young (2001), Dialéctico-conductual presentada por Linehan (1993) y desde luego la terapia Racional Emotivo Conductual de Ellis (1957).

### **5.8.5 Tendencias futuras**

En muchos países se siguen utilizando técnicas de modificación conductual, en las que se logra incrementar las conductas deseadas, pero también para eliminar las que no son adecuadas, según las reglas de la sociedad donde se apliquen, aunque en algunos casos suelen ser generalizadas (Silverio, 2017).

La terapia breve se aplica en algunos trastornos específicos, para dar intervención en conductas asociadas a ellos, o bien, dar atención en conductas que se relacionan con algunas patologías diagnosticadas (Keegan, 2007).

No obstante, se siguen utilizando las técnicas conductuales y conductistas que se han observado en las páginas anteriores, sin embargo, se ha avanzado en los ámbitos de aplicación, pues la educación y las organizaciones son solo algunos de los escenarios donde se pueden aplicar.

Una de las nuevas aplicaciones de la TCC, es el uso de la realidad virtual, realidad aumentada, entre otras, las cuales se basan en la terapia clásica del conductismo, la terapia de exposición, además de otras investigaciones para algunos trastornos específicos, con ayuda de softwares específicos, que nos permiten medir las respuestas fisiológicas a los estímulos propuestos, e incluir elementos de gamificación en el proceso, ofreciendo un reforzamiento inmediato (APA, 2017).

También se ha logrado con el uso de la tecnología, que los registros conductuales o autorregistros se realicen de manera digital, lo que se traduce en una mayor precisión, ya que se realizan por medios tecnológicos de manera inmediata.

Además, cada vez más se utiliza la tele psicología, por medio de las llamadas o incluso las videollamadas y redes sociales, para poder observar al usuario y dar una retroalimentación adecuada (Vera, et al., 2019), sin embargo, las investigaciones existentes acerca de esta metodología aún son escasas, carecen de validez y no están plenamente justificadas, no obstante, pueden significar el futuro de la TCC.

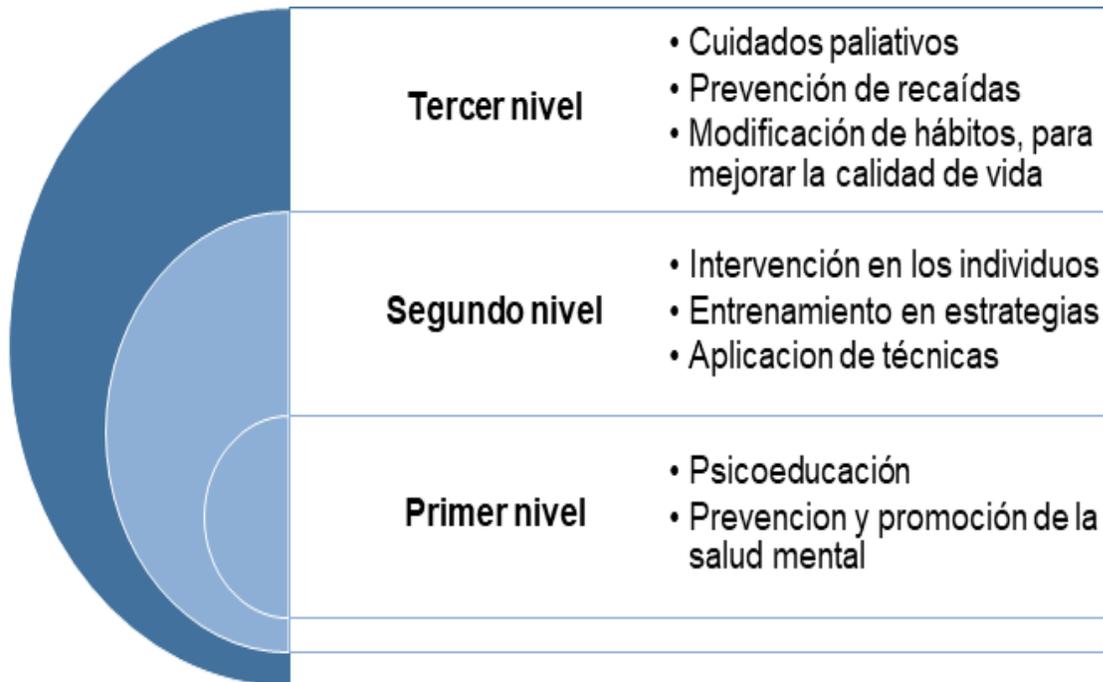
#### **5.8.6 Niveles de Intervención**

Es importante resaltar que, en el ámbito de la psicología clínica, el profesional se avoca a diagnosticar, evaluar a las personas con trastornos psicológicos, proporcionándoles después una intervención personalizada por medio de la psicoterapia, de acuerdo con el enfoque que considere oportuno.

Para este efecto las acciones de la psicología comprenden tres niveles en los que desempeñará distintas actividades, dependiendo desde luego del motivo de consulta que realice el usuario, las acciones de estos niveles se desglosan a continuación.

**Figura 3**

*Niveles de intervención.*



Sin embargo, en el nivel de la prevención también se comprenden tres niveles distintos para lo que Trull & Phares (2003) proponen los siguientes:

1. Prevención básica; prevenir enfermedades a través del cambio y mejoramiento del estilo de vida.
2. Prevención en lugares específicos; se trabaja con una población determinada o una problemática establecida.
3. Prevención profunda; casos específicos y vulnerables.

En resumen, el psicólogo clínico tiene funciones claras, como evaluación, tratamiento, investigación, enseñanza, consultoría y administración, cómo se refleja en el siguiente gráfico.

**Figura 4**

*Funciones del psicólogo clínico.*



Ahora bien, los ambientes en los que el psicólogo clínico se puede desempeñar profesionalmente se han vuelto mucho más diversos, siendo que puede desenvolverse en hospitales médicos y psiquiátricos públicos y privados, facultades y universidades, centros comunitarios de salud mental, centros de salud, consultoría de organizaciones empresariales y guía o asesor de estudiantes, incluso en instituciones de formación social,

correccionales, centros de rehabilitación, instituciones que se dediquen a la atención de los adultos mayores, orfanatos, centros de atención a adicciones, entre muchos otros, es necesario resaltar que un gran número de profesionales se dedican a la práctica privada de forma independiente, ofreciendo consulta al público en general.

Algunos de estos profesionales no ofrecen terapia como tal, empero, coadyuvan al proceso diagnóstico, y/o pueden aplicar pruebas de evaluación. De esta manera se pueden desempeñar como evaluador, consultor, investigador o asesor para alumnos, público en general o bien para otros profesionales de la salud mental, sin embargo la práctica de la psicoterapia está restringida éticamente para los profesionales acreditados de maestrías o doctorados, en obediencia de las habilidades y herramientas que se deben adquirir en la práctica aplicada y supervisada, el obtener una certificación, licencia o registro nacional, sea el que le compete por su lugar de residencia o elección personal, nos dará credibilidad en nuestro ejercicio profesional, validez en nuestra labor y confiabilidad para los usuarios que tratemos APA, (2010).

En este caso en particular, además de proporcionar una asesoría psicológica, se actúa como canalizador, siguiendo el Código Ético del Psicólogo, creado por la Sociedad Mexicana de Psicología (2007), ya que es necesario aceptar cuando se encuentran problemáticas que están fuera del área de conocimiento del terapeuta, o bien reconocer que el individuo necesita un tratamiento integral, en el que intervengan otros profesionales de la salud, por esta razón se toma la decisión de derivar a la usuaria a un servicio de psiquiatría, ya que también se detectan rasgos de hipocondría y episodios maníacos, que se deberán tratar con otras estrategias e intervenciones (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

## **Capítulo 6. Análisis del caso**

### **6.1 Antecedentes**

La usuaria se encuentra en los primeros semestres de la licenciatura por lo que se puede prever que se encuentra en la adaptación a la modalidad que requiere de mayor

autorregulación y autogestión de los tiempos además de la forma de trabajo en este sistema.

Es una madre primeriza, con un hijo en una etapa crítica del desarrollo, por lo que requiere de atención y presencia por parte de los padres, máxime en las condiciones que ahora vive, pues él confinamiento puede causar aburrimiento y necesidad de una variedad amplia de actividades.

La usuaria se observó muy cooperativa para ofrecer datos e información acerca de él problema, siempre acudió de manera puntual a las sesiones, con un buen aspecto e higiene, casi siempre con el cabello recogido.

Desde el principio demostró un buen uso y manejo de las herramientas digitales, aunque en ocasiones entregaba las tareas en casa a destiempo, por lo que se le instaba para realizarlas y enviarlas mediante el correo electrónico.

## 6.2 Identificación del paciente

Los datos generales de la usuaria son los siguientes:

**Tabla 3**

*Ficha de identificación de la usuaria.*

<b>Nombre</b>	Isabel C.
<b>Edad</b>	31 años
<b>Escolaridad</b>	Licenciatura
<b>Licenciatura en la que está inscrita</b>	Psicología SUAYED
<b>Semestre</b>	3º tercero
<b>Estado civil</b>	Unión Libre
<b>Ocupación</b>	Profesionista
<b>Con quién vive</b>	Con mi pareja e hijos
<b>Religión</b>	Agnóstico

### 6.3 Análisis del motivo de consulta

De manera literal la usuaria manifiesta lo siguiente: *“Tengo mucha ansiedad y culpa y no sé cómo manejarlo”,* además considera que *“He experimentado un malestar emocional que está afectando distintos ámbitos de mi vida, incluyendo el académico”*.

Asimismo, refiere que espera que la intervención psicológica pueda *“Controlar los niveles de ansiedad y sentimiento de culpa, siento que estoy en un círculo y no sé cómo frenarlo. Necesito detectarlo cuando está en niveles “bajos” para no sufrir de dolores musculares, problemas digestivos y dolores de cabeza. He notado que me desoriento fácilmente y se me olvidan las cosas muy frecuentemente”*.

Con base al discurso de la usuaria, se visualiza pertinente el trabajo mediante el enfoque Cognitivo Conductual, ya que se trabajan estas cogniciones irracionales que se observan con la usuaria, buscando que racionalice su autoconcepto, no necesariamente desde una perspectiva diferente, sino más flexible (Keegan, 2007), resignificando los estímulos exteriores e interpretando de manera distinta y ligeramente positiva el mundo que se presenta ante el sujeto (Millón, 2006), logrando una mejoría significativa en los individuos, promoviendo que este cambio sea permanente, ya que se les ofrece una psicoeducación que se consolida por ser un proceso interno en cada persona y no directivo por parte del terapeuta.

Cabe mencionar que debido a que en este caso la culpa aparece por estas preocupaciones ansiosas, la terapia cognitiva le ayudará para la revaloración de lo que ella concibe como una amenaza y aumentará su tolerancia al riesgo (Beck, 20004).

### 6.4 Historia del problema

La usuaria se acercó a CAPED por asesoría psicológica, ya que siente que la ansiedad y la culpa le causaron problemas en diferentes ámbitos de su vida.

Ella proviene de una familia, donde el padre fue muy distante, agravando una mala relación entre ellos, pues cuando la usuaria tenía 20 años se fue de la casa y no ha vuelto a tener contacto con él, a pesar de recibir correos electrónicos de parte del padre; manifiesta que

su madre tiende a acumular cosas, negándose a desecharlas por tener un vínculo emocional con ellas, es desorganizada y no tiene un orden en su casa, mantiene una buena relación con ella a la distancia, pero cuando se reúnen se vuelve tensa. Declara no querer parecerse a su madre, ya que se observa en momentos con la misma desorganización.

Con sus hermanas la relación es buena, sin embargo, tienen un distanciamiento momentáneo debido al confinamiento, admira profundamente a la hermana menor por estar tan centrada en su vida y tener un buen autocuidado.

Isabel vive en un departamento del sur de la ciudad, con su pareja en unión libre, desde hace más de 4 años, de esta relación nació un hijo deseado de 4 años, además tiene dos mascotas caninas. Se encuentra planeando casarse formalmente y adquirir un inmueble en otra ciudad distinta a donde actualmente vive.

En su embarazo presentó diabetes gestacional, la cual después de un año volvió a detectarse, por lo que se le recetó Metformina, sin embargo, le causó malestares estomacales y una diarrea constante, por lo que decidió no tomarla a menos que se sienta mal, y ella perciba una sintomatología sobre la diabetes.

Ella comenta que necesita tener el control de todo lo que le rodea, y percibe mucha ansiedad cuando esto no sucede así, manifestando que esto comenzó con el nacimiento de su hijo, ya que a partir de ahí, no pudo tomar decisiones tan a la ligera y comenzó a intentar mantener todo bajo control, por ejemplo, cuando van de vacaciones debe tener las reservaciones listas semanas antes y cuando llegan al lugar ella misma lleva sus propias sábanas, exigiendo usar sólo éstas, por miedo a que puedan tener alguna enfermedad y les pase algo a su familia y a ella, no obstante, siente vergüenza al develar esta situación, pues sabe que no es real el riesgo que percibe.

Asimismo, refiere tener asma desde hace años, para lo que se le recetaron broncodilatadores, sin embargo, en el transcurso de la sesión los retomo de manera diaria, ya que visitó al otorrinolaringólogo por una molestia que tenía al respirar, ya que es alérgica a los perros y tiene dos de estas mascotas. Así mismo, comenta que nació con reflujo, por lo que toda su vida ha vivido con malestares estomacales y ya en la juventud se ha hecho análisis, resultando con una hernia hiatal, la cual le provoca gastritis, reflujo y estreñimiento.

Comenta también que hace dos años tuvo un evento en el que se le paralizó la quijada en la que se le ayudó con terapias alternativas, aliviándose relativamente rápido.

Aunado a que dejó de fumar un año antes de la búsqueda del embarazo, sin embargo, con la ansiedad que percibió en el 2020-2021, le dieron ganas de regresar a consumir el tabaco, para disminuirlas toma algunos alimentos, lo que la ha llevado a una ingesta de aperitivos sin control, ya que siempre tenía alguna golosina en la boca, esto resultó en un aumento de peso.

Desde el inicio de la pandemia ha consumido al menos una copa de vino o cerveza diaria, ya que en los fines de semana ha llegado a tomar algunas más, aunque no comenta una adicción.

En el 2020 logra entrar a la licenciatura de Psicología en modalidad SUAYED, en consecuencia, se menciona entusiasmada con este nuevo reto, no obstante, esto se vio empañado en marzo de este mismo año, por la pandemia a causa del virus COVID-19, y cambio a Home-office (cómo lo refiere la usuaria), es decir, trabajo desde casa. En su entorno también hubo cambios, pues su esposo se encontró bajo esta misma modalidad laboral, lo que los obligó a convertir las recámaras que tienen en oficinas para cada uno, su hijo también se quedó en confinamiento, así que acomoda en la sala para intentar tomar sus clases y hacer las actividades que le mandan de su guardería, sin mucho éxito, ya que no hay mucho tiempo para destinarlo a estas tareas, ya que la mayor parte del tiempo observa los dispositivos electrónicos del hogar.

## 6.5 Análisis y descripción de las conductas problema

### **Conducta cognitiva**

En relación con el pensamiento, reporta pensar que algo va a salir mal, constantemente aunado a que tendría algún olvido y le causaría enojo. Refiere que esto pasaba mínimo una vez al día, ya que los espacios comunes ahora tuvieron que convertirse en parte de la oficina, y espacio de convivencia entre los miembros de la familia, a su vez, la persona que tenía contratada para la limpieza del departamento se retiró por ser parte de una población

de riesgo en esta pandemia, cayendo la responsabilidad de realizar el aseo y las comidas diarias sobre la usuaria y su pareja.

No logra concentrarse en una tarea a la vez, hilar las ideas cuando expone en sus juntas de trabajo, recordar todos sus pendientes y pagos, así como una desorientación espacial dentro de su casa y en ocasiones en las tiendas grandes.

A partir de su embarazo, tiene la percepción de que su salud ha decaído considerablemente, trayendo consecuencias como la diabetes, la descalcificación de sus dientes, o el aumento de peso, por consecuencia percibe un envejecimiento prematuro, observándose con miedo al deterioro que percibe en sí misma.

Además, tiene la percepción de que hace las tareas mal, o bien que no está dando todo su esfuerzo en el trabajo, dejando proyectos sin atender por no tener la capacidad. Así mismo, cree que su esposo la puede ver cómo una persona desorganizada y que no es “útil” dentro de las labores del hogar, es necesario resaltar que no hay evidencia de que las personas involucradas en estos ámbitos de su vida le reclamen de ninguna manera.

Por las noches manifiesta tener esta rumiación constante acerca de lo que puede olvidar, las cosas por hacer, las ideas que puede presentar en las juntas del trabajo o bien cómo puede argumentar sus actividades académicas, por lo que no logra dormir, perdiendo horas importantes de sueño.

### **Conducta motora**

Al mismo tiempo, se percibe irritable todo el tiempo, ya que no logra estar tranquila casi nunca, y si se presentan situaciones fuera de su control se enoja, en ocasiones con su propio hijo, trayendo como consecuencia la culpa.

No cuenta con una estrategia de organización, lo que a su vez le causa pérdida de interés en sus actividades, pensando en las que tiene pendientes por hacer, o bien con este sentimiento de culpa por disfrutar un momento de relajación.

No tiene control de la ingesta de bocadillos, por lo que ha subido de peso en estos últimos meses, aunado a la falta de constancia en el ejercicio físico.

## **Conducta fisiológica**

Igualmente, ha tenido dolores de cabeza muy fuertes sobre todo en los momentos de más tensión y estrés, para lo que ocasionalmente se medica con una combinación de analgésicos, logrando una sensación placentera de no sentir molestias en ninguna parte del cuerpo o sensaciones desagradables.

La sensibilidad extrema de los cambios y sensaciones en su cuerpo, por ejemplo, él no poder respirar por una narina, o bien la distensión de los músculos rectos abdominales, causado por el embarazo y la falta de fortalecimiento en dicha área.

## **Descripción de la primera vez que se presentó la conducta problema**

Para mediados del año 2020 surge una importante oportunidad laboral en un puesto gerencial, para lo cual debía cambiar de equipo de trabajo. Al aceptar esta nueva responsabilidad las juntas aumentan de manera exponencial, a su vez las personas que no conocía de manera presencial también demandaron más su atención, para lograr trabajar de manera adecuada.

Es en este momento donde las situaciones que vive la comienzan a sobrepasar, trayéndole una irritabilidad permanente, problemas para conciliar el sueño, la espalda entumecida y dolor de cabeza, medicándose por lo menos una vez por semana para disminuir éste, percibiendo una sudoración en todo el cuerpo, el dolor de la quijada (con el temor de que el problema de hace dos años regrese).

## **Estímulos externos**

Es posible decir que el confinamiento le acarreó tareas hogareñas con las que no estaba acostumbrada lidiar, ya que contaban con una empleada doméstica, quien se encargaba de hacer las compras de la casa, la limpieza y en ocasiones preparar los alimentos, sin embargo, esta persona tuvo que resguardarse por ser parte de un sector vulnerable en esta pandemia.

Además de la experiencia de cursar una licenciatura en línea y un trabajo desarrollado de manera virtual, siendo este último un factor forzado por el confinamiento, pues era inesperado, antes de esta etapa los miembros de la familia comían y tenían tiempo de

esparcimiento fuera de casa, tanto juntos como en individual, lo cual también es un factor estresante para la usuaria.

Aunado a esto, la usuaria y su pareja planean comprar un inmueble propio de la familia y cambiar de ciudad, una más tranquila donde tenga mayor libertad de espacio, para que sus mascotas puedan tener su propio espacio y no causar los síntomas alérgicos que le provocan, además de proveerles un cambio de un ambiente citadino a uno más campirano, con una vida más relajada, según lo comenta.

### **Estímulos internos**

La usuaria tiene la creencia de que, si no es organizada su esposo la vera como una persona desorganizada o acumuladora, ya que narra que así es su madre en su propia casa, por lo que constantemente piensa en que debe enmendarlo.

Las creencias e interpretaciones distorsionadas de la usuaria le hacen preocuparse de manera permanente por las cosas que hace o bien las que según sus expectativas no está realizando, con pensamientos catastróficos acerca de lo que ocurrirá en un futuro.

Teme la desaprobación de los resultados de sus esfuerzos, que no sean debidamente valorados y se le llame la atención por parte de sus superiores.

### **Recursos y competencias de la usuaria**

Al buscar ayuda y tener una expectativa positiva en la intervención se da testimonio de su disposición para ser ayudada de manera psicológica. En las sesiones es cooperativa y su discurso es fluido, así mismo en las tareas para la semana las realiza con entusiasmo, dando cuenta de su responsabilidad. Además, disfruta de realizar estrategias para su organización, el estudio y su vida profesional es una de las facetas que más le motivan ya que se siente capaz en este ámbito.

Dentro de las consecuencias que se visualizan, se encuentra la ansiedad que le provoca el estrés laboral y hogareño, por esta razón no logra concentrarse en sus actividades; la relación con su esposo e hijo puede verse deteriorada a largo plazo, pues tienden a alejarse de ella para darles su espacio, las relaciones laborales son tensas por su falta de tolerancia.

## 6.6 Descripción de las conductas objetivo

En la siguiente tabla se resumen las variables implicadas en el motivo de consulta y la formulación del caso.

**Tabla 4**

*Mapa de Psico patogénesis (Nezu y Nezu, 1989)*

Variables distantes	Variables de antecedentes	Variables orgánicas	Variables de respuesta	Consecuencias
Siente ansiedad de no poder controlar las situaciones, ya que trabaja en casa, teniendo reuniones en videollamada casi todo el día, por lo que no tiene el tiempo que quisiera dedicarle a su hijo de 4 años, por lo que se siente	<p><u>Cognoscitivas</u></p> <p>Piensa que no puede con las tareas y se abruma, pensando en todas las actividades que debe hacer en la semana y que seguro algo saldrá mal o que algo va a olvidar.</p> <p>Cree que su pareja desaprobaba su desorganización.</p> <p>Teme una desaprobación sobre su desempeño.</p> <p><u>Emocionales</u></p>	<p>Sudoración en todo el cuerpo, dolor de cabeza, dolor en la quijada y en la cien.</p> <p>Identifica la situación cuando siente la espalda entumida.</p> <p>No tiene control en la ingesta de alimentos, y ha observado un aumento de peso.</p>	<p>a) Motor: intranquilidad</p> <p>b) Fisiológico: tensión, no duerme bien, síntomas de enfermedades.</p> <p>c) Cognitivo: Ya no disfruta de las actividades que realizaba con anterioridad, pensando en que debería estar en otro</p>	<p><u>Valoración personal de lo ocurrido</u></p> <p>Una vez que pasa y lo hace bien, <b>minimiza</b> lo que pensó y lo que sintió, pensando, que solo se ahoga en un vaso de agua o bien que no era para tanto.</p> <p><u>Consecuencias a mediano plazo</u></p> <p>Se agravarán su sintomatología física y su salud.</p>

<p>culpable a la vez.</p> <p>Hace dos años ya había pasado por una situación similar, donde se le paralizó la quijada y lo resolvió con terapias alternativas.</p> <p>* su madre tiende a ser acumuladora y se niega a deshacerse de las cosas por la implicación sentimental que les da.</p> <p>No se siente cómoda en reuniones con personas que son de</p>	<p>La sensación que percibe es de impotencia, sudoración y nerviosismo, estrés.</p> <p>Se siente culpable, con falta de capacidad para cumplir en los aspectos de su vida.</p> <p><u>Sociales</u></p> <p>Vive alejada de su familia y en confinamiento casi total, el esposo la apoya mucho para que sobrelleve toda la carga que tiene, pero siente que abusa de ese apoyo.</p> <p>Se agudizó cuando se instauró el confinamiento por la pandemia a causa del COVID-19.</p>	<p>Toma al menos una copa de vino o cerveza al día, para relajarse.</p>	<p>lado o haciendo otras cosas.</p> <p>d) Luego de que se presenta la conducta problemática qué ocurre que potencializa que el problema se arraigue:</p> <p>El esposo y su hijo le dan su espacio, además él realiza la mayoría de las tareas en el hogar.</p>	<p><u>Consecuencias a largo plazo</u></p> <p>Se hará más marcado el alejamiento con su familia, el rendimiento académico puede verse afectado.</p>
---	--	---	--	--

<p>más alto rango.</p>	<p><u>Causas de otros individuos relacionados:</u> Hace 6 meses ascendió a un puesto gerencial, sin embargo, no conoce de manera personal a nadie en esa área, por lo que el único contacto con ellos es por las videollamadas.</p>			
------------------------	---	--	--	--

Este mapa se implementa en todos los casos atendidos en la estrategia CAPED, ya que se trabaja bajo las premisas propuestas por estos autores, donde se reconocen las variables que se encuentran implicadas en el problema planteado que externan los usuarios.

De igual manera con fines de seguimiento al protocolo de evaluación del enfoque de la TCC se realizó el análisis funcional para observar los antecedentes de la consultante, así como las afectaciones en las diversas áreas.

**Tabla 5**

*Análisis Funcional del caso.*

<b>ANTECEDENTES</b>	<b>ORGANISMO</b>	<b>CONDUCTAS</b>	<b>CONTINGENCIAS</b>
<p><u>Situación específica:</u> Siente ansiedad de no poder controlar las situaciones, ya que trabaja en casa, teniendo reuniones en videollamada casi todo el día, por lo que no tiene el tiempo que quisiera dedicarle a su hijo de 4 años, por lo que se siente culpable a la vez.</p> <p><u>Cognoscitivas</u> Piensa que no puede con las tareas y se abruma, pensando en todas las actividades que debe hacer en la semana y que seguro algo saldrá mal o que algo va a olvidar.</p> <p><u>Emocionales</u></p>	<p><u>Aspectos individuales</u> <u>Edad:</u> 31 años <u>Sexo:</u> femenino <u>Historia de enfermedad:</u> Padece Asma, por lo que toma broncodilatadores. Se le diagnostico con diabetes gestacional, sin embargo, después del embarazo persistió la enfermedad, tomo metformina, pero le causa diarrea, por lo que solo la toma si se siente realmente mal. Aunado a ello se le diagnóstico una hernia hiatal, la cual le causa gastritis, reflujo y estreñimiento.</p>	<p><u>Conductas específicas</u> Se siente sobrepasada por la situación, por lo que siempre está ansiosa e irritable, se enoja con su hijo y no logra concentrarse en sus actividades.</p> <p><u>Sentimientos</u> Siente culpa por no cumplir con las expectativas que ella percibe del trabajo o de su familia.</p> <p><u>Cognoscitivos</u> Quiere controlar todo, mantener en orden su trabajo, estudio y</p>	<p><u>Consecuencias a corto plazo</u> Inmediatamente le dan espacio en su familia, sin embargo, siente culpa por tener ese espacio para trabajar y está deseando que termine para disculparse.</p> <p><u>Las sensaciones generadas inmediatamente tras la acción.</u> Culpa por no poder controlar su irritabilidad y no darse cuenta de lo que sucedía hasta que ya había pasado.</p> <p><u>Valorización personal de lo hecho</u> Una vez que pasa y lo hace bien, <b>minimiza</b></p>

<p>La sensación que percibe es de impotencia, sudoración y nerviosismo, estrés. Se siente culpable, con falta de capacidad para cumplir en los aspectos de su vida.</p> <p><u>Sociales</u> Vive alejada de su familia y en confinamiento casi total, el esposo la apoya mucho para que sobrelleve toda la carga que tiene, pero siente que abusa de ese apoyo.</p> <p><u>Causas de otros individuos relacionados:</u> Hace 6 meses ascendió a un puesto gerencial, sin embargo, no conoce de manera personal a nadie en esa área, por lo que el único</p>	<p>Tiene dolor de cabeza constantemente, por lo que toma analgésicos. Hace dos años se paralizó su quijada por el estrés.</p> <p><u>Historia de accidentes traumáticos</u> No reporta ninguno Salvo la experiencia del sismo de 2017, ya que tenía a su hijo en la guardería y se asustó por lo que le pudiera pasar al niño.</p> <p><u>Antecedentes psicológicos y/o neuronales</u> Ya no disfruta de las actividades que realizaba con anterioridad, pensando en que debería estar en otro lado o haciendo otras cosas.</p>	<p>el tiempo con la familia.</p> <p><u>Fisiología</u> Sudoración en todo el cuerpo, dolor de cabeza, dolor en la quijada y en la cien.</p> <p>Identifica la situación cuando siente la espalda entumida. No tiene control en la ingesta de alimentos, y ha observado un aumento de peso. Toma al menos una copa de vino o cerveza al día, para relajarse.</p>	<p>lo que pensó y lo que sintió, pensando, que solo se ahoga en un vaso de agua o bien que no era para tanto.</p> <p><u>Consecuencias a mediano plazo</u> Se agravarán su sintomatología física y su salud.</p> <p><u>Consecuencias a largo plazo</u> Se hará más marcado el alejamiento con su familia, el rendimiento académico puede verse afectado.</p>
---	---	---	---

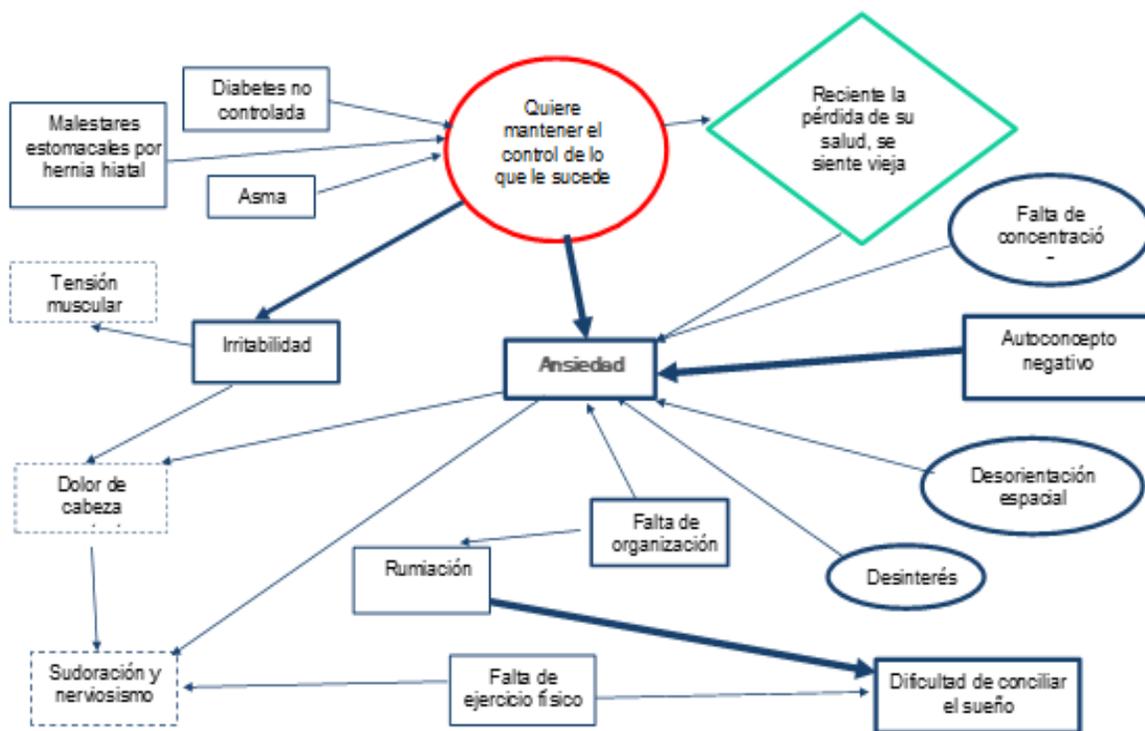
<p>contacto con ellos es por las videollamadas. No se siente cómoda en reuniones con personas que son de más alto rango.</p>			
--	--	--	--

### Diagrama analítico funcional

A continuación, se presenta el esquema que sintetiza el análisis funcional integrativo.

**Figura 5**

*Diagrama Analítico Funcional*



Este esquema organiza de manera gráfica las problemáticas y las variables causales e hipotéticas del motivo de consulta, para lo que se emplea la simbología prevista para resaltar la posibilidad de modificar las variables, la importancia de cada problemática, así como la interrelación entre ambos.

### 6.7 Establecimiento de las metas del tratamiento

A partir de identificar las variables, analizar su interacción y explorar el motivo de consulta se determinó las siguientes metas clínicas:

- I. Impactar en las interpretaciones racionales, los sucesos que le ocurren día a día, ligeramente positivos para que con ello disminuya su ansiedad.
- II. Favorecer la aceptación de sí misma y de los otros, así como la adaptación adecuada a su nueva situación.
- III. Brindar herramientas de autocontrol y autogestión de su tiempo junto con actividades en los distintos ámbitos de su vida.

### 6.8 Estudio de los objetivos terapéuticos

#### **Objetivo general**

Influir sobre el autoconcepto, para disminuir la ansiedad y el sentimiento de culpa, mediante la intervención de la Terapia Racional Emotivo Conductual, fomentando estrategias de autogestión y autocontrol.

#### **Objetivos particulares**

Se busca modificar las creencias irracionales que la usuaria tiene con respecto a los sucesos que le acontecen en él día a día.

Se realizará una auto observación por parte de la usuaria para reconocer el autoconcepto que percibe de sí, así como aceptar las diferencias de las personas que le rodean.

Finalmente se propone trabajar sobre herramientas que fomenten el autocontrol y autogestión.

## Capítulo 7. Tratamiento

La usuaria presenta cogniciones irracionales acerca de su autoconcepto, que le causan emociones inadecuadas para la adaptación a su repentino cambio en las responsabilidades dentro de casa, por lo tanto, al fomentar pensamientos alternativos a estos, visualizará de una manera más precisa las situaciones cotidianas (Dobson & Dobson, 2009), disminuyendo estas distorsiones que le causan culpa y ansiedad por no lograr estas auto demandas que se impone.

### 7.1 Evaluación inicial

Al respecto de la evaluación de los trastornos de ansiedad Clark y Beck (2012) señalan que debe incluirse una evaluación completa del tipo, frecuencia y gravedad de los síntomas fisiológicos experimentados durante los episodios de ansiedad aguda, así como la interpretación que hace el paciente de dichos síntomas. A lo que agregan que también debería de evaluarse la línea base, los patrones de reactividad fisiológica a partir de diarios que pueden llevar los clientes/pacientes con sus escalas de valoración diaria. Prados (s/f) menciona las siguientes preguntas de evaluación que, aunque breves, son de gran relevancia para poder evaluar a los pacientes, mismas preguntas en las que coinciden tanto el DSM-IV-TR y la CIE-10 deberían aplicarse como un criterio diagnóstico para el presente trastorno:

- A) Que la duración sea de más de seis meses
- B) Que suponga un problema o interfiera en la vida cotidiana del paciente/cliente.

Sin embargo, también se señala que, aunque este trastorno será más fácil de evaluar cuando hay mayor presencia de síntomas físicos, “*no se deben desatender aquellos casos con pocos síntomas o de dudosa categorización*” (Clark y Beck, 2012, p.30).

Ahora bien, el protocolo de CAPED indica la aplicación de dos instrumentos básicos, para determinar si es viable la atención en este servicio, por lo que a continuación se observa el resultado de ambos inventarios, cómo evaluación inicial.

**Tabla 6**

*Resultado inicial del inventario de Depresión*

Puntuación	Nivel de gravedad
24	Moderada

**Tabla 7**

*Resultado inicial del Inventario Ansiedad de Beck (BDI).*

Puntuación	Nivel de gravedad
23	Moderada

**Tabla 8**

Resultado inicial de Escala de Ansiedad de Hamilton

	Puntuación	Nivel de gravedad
A. P.	16	
A. S.	13	
<b>Total</b>	<b>29</b>	Ansiedad generalizada

**Tabla 9**

*Resultado de la Evaluación para las Expectativas de la Intervención.*

Indica en qué grado confías en la eficacia de los tratamientos psicológicos en general	Indica en qué grado confías en mejorar globalmente como consecuencia del tratamiento que aquí recibirás	Favor de enlistar las metas a trabajar, recuerda que estás se discutirán en sesión con tu consejera (pueden ser a corto, mediano y largo plazo)	Indica en qué grado confías en mejorar en cada una de las metas-objetivo como consecuencia de la atención que vas a recibir.
10	10	Controlar los niveles de ansiedad y sentimiento de culpa, siento que estoy en un círculo y no cómo frenarlo. Necesito detectarlo cuando está en niveles “bajos” para no sufrir de dolores musculares, problemas digestivos y dolores de cabeza. He notado que me desoriento fácilmente y se me olvidan las cosas muy frecuentemente	7

Al observar el autoconcepto negativo con el que contaba la usuaria se realizó una exploración de este constructo con la Escala de Autoconcepto AF-5 de García y Musito (1999).

**Tabla 10**

*Resultados iniciales de la Escala de Autoconcepto AF-5*

<b>Dimensión</b>	<b>ítems</b>
Académico-laboral	25
Social	10
Emocional	6
Familiar	24
Físico	6

La línea base demostró por otra parte la intensidad y la frecuencia del problema pues existían distintos eventos que le hacían perder el control, enojarse y volver a percibir estos síntomas relacionados con la TAG.

De igual manera se contrastaron con los criterios del DSM-5 considerando una correlación positiva con la ansiedad generalizada.

Estos resultados iniciales dan cuenta de la TAG y depresión moderada que tenía la consultante, al pedir el servicio de asesoría psicológica de CAPED. Esto está agravado por el bajo autoconcepto, interpretado cómo negativo en las dimensiones social, emocional y físico, ya que observamos que las dimensiones académico/ laboral y la familiar son una fortaleza que tiene la usuaria.

En este sustento se basó la intervención ofrecida en la que se emplearon estrategias y técnicas que tienen evidencia de ser eficaces en este trastorno, logrando que la persona encuentre una objetividad al observarse y al interpretar las situaciones que se encuentran fuera de su control.

## 7.2 Estrategias y técnicas

Como ya se ha explicado anteriormente el enfoque Cognitivo Conductual se avoca a darle una solución a estos pensamientos y emociones irracionales que no le permiten al individuo una adaptación a las situaciones cotidianas, fomentando conductas que le brinden mayor bienestar. Por esta razón las técnicas brindadas a la usuaria fueron orientadas a este objetivo de la TCC.

- ❖ Psicoeducación en el trastorno que le acompaña, la sintomatología que caracteriza a la TAG y la que el individuo presenta, el tratamiento y pronóstico basados en la evidencia, logrando entender algunos de sus síntomas fisiológicos causados por los psicológicos y las conductas que adquiere por causa de los primeros, lo que a su vez sensibiliza al usuario ante las conductas o cogniciones que no reconocía antes de recibir esta información.

El rol del terapeuta será colaborativo, acordando los objetivos y metas conductuales en colaboración con el usuario, orientando al individuo a mejorar los conocimientos que tiene sobre el trastorno que le atañe, la actitud observadora se activará, logrando que identifique los acontecimientos activadores y las cogniciones y emociones que le acompañan, favoreciendo la comprensión del tratamiento y la alianza terapéutica hasta el final de la intervención.

- ❖ Respiración profunda basada en los principios del Mindfulness (Germer et al., 2017), se recomienda por la Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (REBAP) para los problemas asociados al estrés como la ansiedad, el pánico y la depresión (Kabat Zin, 2013, p. 19) en la cual se intenta mantenerse en una presencia plena, reconociendo los acontecimientos desde una actitud amigable, sin permitirse atrapar por los pensamientos u opiniones que le generan algunas situaciones, fomentando la atención en el presente, en lo que está ocurriendo en el momento, sin hallarse inmersos en el pasado o el futuro, lo cual generalmente provoca energía, lucidez y alegría.

Con ello fomentamos la atención en el presente, logrando atraer la atención a lo que le ocurre tanto cognitivamente como emocionalmente al usuario, sin dictar o

anteponer las creencias irracionales u opiniones ante las conductas que experimenta.

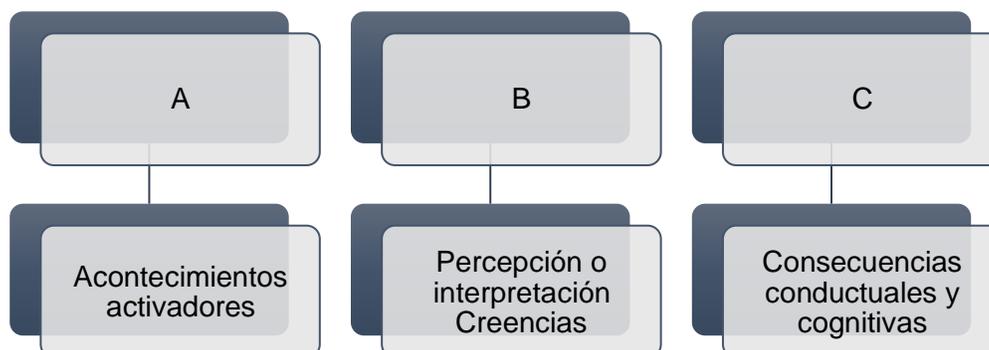
El objetivo final de esta técnica es lograr aceptar lo que le ocurre, promoviendo una mejor adaptación a estos sucesos, ofreciendo un momento de relajación, para lograr que en una práctica continua pueda anticipar estos eventos activadores, o bien observar eficazmente las emociones y pensamientos que le causan.

- ❖ Terapia racional- emotiva de conducta (TREC) la cual fue postulada por Albert Ellis 1957, sin embargo sufrió algunas modificaciones agregando además del trabajo sobre las creencias irracionales, las emociones no adecuadas, logrando adquirir la definición de TREC cómo la conocemos ahora (Ruiz, et al., 2012) donde se tiene la premisa que los eventos externos no son los causantes de la conducta humana, sino la interpretación que este último les da a los hechos, debido a las creencias aprendidas durante su desarrollo, de acuerdo con esto, si estas respuestas conductuales fueron aprendidas se pueden modificar.

Esta técnica se basa en el modelo A-B-C donde A, se le considera como los acontecimientos activadores, es decir todas las situaciones en las que se ve envuelto el individuo, la B son las creencias que darán la interpretación a los acontecimientos y pueden ser racionales o irracionales, finalmente la C que se conoce como el resultado de estas interpretaciones expresándose como emociones, conductas o pensamientos.

**Figura 6**

Modelo ABC



Las creencias se subdividen en racionales e irracionales, a continuación, se observa un esquema de estos.

**Tabla 11**

Creencias racionales e irracionales.

<b>Forma de pensamiento racional</b>	<b>Ejemplos</b>	<b>Forma de pensamiento irracional</b>	<b>Ejemplos</b>
Centradas en el análisis real de la situación real, no critican al individuo o a otros, son tolerantes a la frustración y generan emociones saludables.		No se basan en evidencias sólidas, son ilógicas ya que provienen de un razonamiento erróneo, generando emociones poco saludables.	
	“A veces las cosas salen mal”.	Demandas o exigencias	“Si mi pareja me quisiera, debería haberme hecho un regalo por mi cumpleaños”
	“Desearía que fuera más fácil, pero, a veces, lo que más me conviene es difícil de lograr”.	Catastrofismo	“Como mañana no me salga bien la entrevista será horrible, yo me muero”
	“Hice mi mejor esfuerzo, aunque no obtuve lo que quería”.	Baja tolerancia a la frustración	“no voy a la fiesta porque me da miedo que me rechacen, es durísimo, yo soy muy

			sensible y no podría soportarlo”
	“Puedo tolerar lo que no me gusta”.	Depreciación o condena global de la valía humana	“Se me ha quemado la comida. Soy una inútil, todo lo hago mal”, “Se ha hecho mal la factura, es un incompetente total”

Esta terapia aplica algunas de las técnicas que se enlistan a continuación dependiendo en qué esfera del individuo se requiera impactar.

### 7.2.1 Técnicas utilizadas por la TREC

#### Técnicas cognitivas (Ruiz, et al., 2012)

En este punto se desglosarán algunos de los procedimientos de intervención aplicados en este caso.

Debate socrático o racional emotivo, donde el usuario se pueda hacer consciente de la manera en que interpreta las situaciones o eventos externos que le suceden, ayudándole a desarrollar una forma de pensamiento más racional. Los pasos del debate se resumen en detectar las ideas que trae el usuario, discriminarlas entre racionales e irracionales, debatirlas para que las distorsiones cognitivas o valoraciones catastrofistas se confronten con la realidad y las evidencias que el propio individuo posee sobre las probabilidades de que se ejecuten tal como las piensa, para que mediante la discusión dirigida el propio usuario de nuevas alternativas a sus creencias.

Análisis coste-beneficio, donde se promueve la aceptación, analizando sus actividades cotidianas, valorando las ventajas e inconvenientes, invitando a que priorice lo que es adecuado y le proporciona mayor bienestar.

Modelado, proponiendo que el usuario piense en las personas que admira y que le gustaría imitar, en algunos aspectos como la filosofía de vida o los comportamientos que le gustaría adoptar.

### **Técnicas emocionales (Ruiz, et al., 2012)**

Imaginación racional emotiva, se le invita al usuario a recordar alguna tarea donde se activaron emociones inadecuadas, como la culpa, furia o depresión, invitando a buscar una emoción que les ayude a afrontar la situación como el enfado, desagrado o tristeza; los pasos de esta técnica son: imaginar un acontecimiento activador de manera muy realista, preguntarle qué emociones experimentó en ese momento, mediante imágenes, sonidos o sensaciones que perciba, se mantiene en esta situación proponiendo dar una emoción más adecuada, no importando si esta es negativa, finalmente se pregunta cómo lo hizo?, para observar que podemos sentirnos mal ante algunas cosas pero solo se convierte en un problema si nuestras emociones se desbordan y nos sobrepasan.

Ejercicio para vencer la vergüenza, donde se invita al paciente a un acto que le parezca vergonzoso, se le entrena para identificar las creencias irracionales que se ven envueltas y evitar la autocrítica, utilizando las creencias alternativas.

### **Técnicas conductuales (Ruiz, et al., 2012)**

Solución de problemas, esta técnica intenta cambiar los eventos activadores, sobre todo en las relaciones interpersonales, donde no puede tener el control y debe aceptar a las personas y las situaciones.

Entrenamiento en habilidades sociales, si carece de éstas para afrontar los acontecimientos activadores.

Tareas en casa, tales como los autorregistros, las tareas de comprobación de las evidencias, exposición a situaciones vergonzosas, o la lectura de libros de autoayuda para lograr este nuevo enfoque del individuo.

Para trabajar con el autoconcepto, la primera acción es reconocer la disposición al cambio, para que esto facilite la observación de estos pensamientos y emociones desadaptativas, para ello la usuaria debe responsabilizarse de sus cogniciones y acciones, primero

observándolas y registrando como afectan su vida, para luego comprometerse a modificar estos pensamientos distorsionados (Corey en Naranjo, 2006).

### 7.3 Cronograma

**Tabla 12**

Cronograma de trabajo.

<b>Sesión/fecha</b>	<b>Técnica</b>	<b>Meta</b>
<b>1- 26/03/2021</b>	Screening	Recolectar más información acerca del motivo de consulta.
<b>2- 09/04/2021</b>	Screening	Ahondar más en la sintomatología que reporta la usuaria.
<b>3- 16/04/2021</b>	Psicoeducación sobre la Ansiedad.  Psicoeducación sobre el modelo A-B-C  Técnica de respiración profunda	Conocer la sintomatología que acompaña este trastorno.  Observar los estímulos detonadores de la conducta.  Se le entrenará para obtener una herramienta de relajación cuando identifique la situación detonadora.
<b>4- 23/04/2021</b>	Psicoeducación de las creencias irracionales	Reconocer las creencias que tiene sobre algunos sucesos de su vida.
<b>5- 30/04/2021</b>	Psicoeducación de las emociones	Conocer las emociones desde una perspectiva distinta. Identificar las emociones que percibe.

<b>6- 07/05/2021</b>	NO ASISTIÓ	
<b>7- 14/05/2021</b>	Evaluación de la intervención	<p>Conocer los avances que observa la usuaria, mediante la aplicación del inventario de ansiedad y depresión de Beck.</p> <p>Debatir las distorsiones cognitivas o valoraciones catastrofistas y las confronte con la realidad y/o las evidencias que posee la usuaria.</p>
<b>8- 21/05/2021</b>	Psicoeducación del Autoconcepto.	Ofrecerle a la usuaria el concepto de autoconcepto y sus características, así como el impacto que causa de manera cognitiva, emocional y conductual.
<b>9- 28/05/2021</b>	NO ASISTIÓ	Se enviaron los formularios para identificar cómo se ha modificado la sintomatología de la usuaria.
<b>10- 04/06/2021</b>	NO ASISTIÓ	Se intentó la comunicación vía correo electrónico.
<b>11- 11/ 05/ 2021</b>	Cierre de la intervención y canalización	Mostrar los resultados que se encontraron a la usuaria y comentar que ha observado ella.

## 7.4 Cartas Descriptivas

Estrategia: **CAPED**

Usuario: **Isabel C.**

Asesor psicológico: **Carolina Baron Monjaraz**

No. De sesión:   1  

Fecha:  26 de marzo 2021 

hora:  17:00 H. 

Objetivo de la sesión: Identificar las variables que afectan a la usuaria.

Nombre de la actividad	Descripción de la actividad	Materiales	Tiempo para la actividad	Variable en la que se pretende impactar
<b>Screening</b>	Estar presente en la videoconferencia puntualmente Se realiza una entrevista semiestructurada con la finalidad de encontrar más datos acerca de la conducta problema	El formato de screening brindado en la plataforma de CAPED.	45 min.	Recabar información acerca del motivo de consulta.
<b>Línea base</b>	Enviar el formato para que se lleve un autorregistro con unidades de medida, como duración, intensidad, así como la sintomatología cognitiva y fisiológica que experimenta la usuaria en los eventos que identifica que le provocan ansiedad.	Formato digital del autorregistro (anexo 1).	10 min.	Se fomentará la auto observación y se estimulará la detección de la conducta

No. De sesión: 2 Fecha: 09 de abril 2021 hora: 17:00 H.

Objetivo de la sesión: Identificar las variables que le afectan a la usuaria

<b>Nombre de la actividad</b>	<b>Descripción de la actividad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo para la actividad</b>	<b>Variable en la que se pretende impactar</b>
<b>Escala de Hamilton</b>	Estar presente en la videoconferencia puntualmente Comenzaremos por revisar la actividad de la línea base y analizarla entre usuario y estudiante, para observar cómo le ha ido en esa semana.	Formato en archivo digital.	25 min.	Se constató el diagnóstico por Ansiedad y su categorización.
<b>Línea base</b>	Darle seguimiento al autorregistro que llevará la usuaria por una semana más, observando la conducta que le causa malestar, así como las emociones y cogniciones que tiene en ese momento y después cuando ya se ha calmado.	Formato digital.	15 min.	Se fomentará la auto observación y se estimulará la detección de la conducta
<b>Técnica de la respiración profunda, basada en</b>	Se modelará la técnica con instrucciones claras y de ser posible una música relajante, para que después la usuaria lo	Presentación de Power Point y música relajante.	10 min.	Se le proveerán de herramientas para relajarse y que logre observar las

<b>los principios del Mindfulness</b>	practique sola, bajo la supervisión de la asesora. Bajo los principios del mindfulness, donde se intentará mantener presente sin juzgar sus emociones o pensamientos.			variables involucradas, cuando se presenta la conducta.
---------------------------------------	---	--	--	---

No. De sesión:   3        fecha:  16 de abril 2021       hora:  17:00 H. 

Objetivo de la sesión: Psicoeducación en Ansiedad, ofrecer herramientas para identificar los estímulos que le provocan ansiedad.

<b>Nombre de la actividad</b>	<b>Descripción de la actividad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo para la actividad</b>	<b>Variable en la que se pretende impactar</b>
<b>Línea base</b>	Estar presente en la videoconferencia puntualmente Se comentará la línea base, para observar si logro identificar la conducta y sus variables.	Formato de línea base en archivo digital	15 min.	Se fomentará la auto observación y se estimulará la detección de la conducta.
<b>Psicoeducación sobre la Ansiedad y el modelo de Albert Ellis</b>	Se le explicará la principal sintomatología de la Ansiedad Generalizada y los principales sucesos activadores, además del	Presentación de Power Point	15 min.	Reconocer los estímulos detonadores de la conducta ansiosa en la usuaria.

	modelo ABC de Albert Ellis (1993).	Formato digital (anexo 2)		
<b>Debate socrático</b>	Se dejará de tarea una lista de expectativas en los distintos ámbitos de su vida: el profesional, el académico y el personal.	Hoja de papel y pluma. (anexo 3)	10 min.	Precisar las Creencias y expectativas acerca de si misma
<b>Lista de actividades priorizada</b>  <b>Tarea en casa</b>	Dedicará un tiempo a realizar una lista de actividades por hacer, antes de ir a dormir y además les dará la importancia necesaria a las actividades más importantes, como máximo tres.	Hoja de papel y pluma. (anexo 4)	10 min.	Le permitirá organizarse mejor, y darle una sensación de autoeficacia.

No. De sesión:   4        fecha:  23 de abril 2021       hora:  17:00 H. 

Objetivo de la sesión: Identificar las creencias irracionales que tiene la usuaria con respecto a su autoconcepto, encontrando una alternativa a las mismas.

<b>Nombre de la actividad</b>	<b>Descripción de la actividad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo para la actividad</b>	<b>Variable en la que se pretende impactar</b>
-------------------------------	------------------------------------	-------------------	---------------------------------	--

<b>Revisión de tarea</b>	Estar presente en la videoconferencia puntualmente Revisar sus avances con su lista de actividades priorizada, para analizarla entre usuario y estudiante, además de observar cómo le ha ido en esa semana.	Formato en archivo digital	15 min.	Se fomentará la auto observación y se estimulará la detección de la conducta.
<b>Psicoeducación de las creencias irracionales</b>	Se le explicará el modelo ABC de Albert Ellis (1993),	Presentación de Power Point	15 min.	Observar cual es la interpretación que le da la usuaria a algunos eventos.
<b>UAPA Unidades de Apoyo para el Aprendizaje</b>	Se le ayudará a conocer cómo funcionan las UAPAS y se le dará la liga para ingresar a la UAPA 5 “Planificación y organización” Para lograr organizarse y mejorar su autogestión del tiempo y actividades.	Liga de UAPA	10 min.	Promover la organización y autogestión de tiempos.
<b>Análisis coste beneficio Tarea en casa</b>	Se le ofrecerá el formato en el que plasmamos las creencias irracionales identificadas para darles una alternativa.	Formato digital del trabajo en sesión. (anexo 5)	10 min.	Dar una alternativa a estas creencias que no son idóneas para interpretar los sucesos.

No. De sesión:   5   fecha:  30 de abril 2021  hora:  17:00 H. 

Objetivo de la sesión: Identificar las emociones que percibe, reconociendo su utilidad.

<b>Nombre de la actividad</b>	<b>Descripción de la actividad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo para la actividad</b>	<b>Variable en la que se pretende impactar</b>
<b>Revisión de tarea</b>	Estar presente en la videoconferencia puntualmente Se observan los resultados de la tarea acerca de las creencias irracionales y su alternativa Las herramientas de la UAPA 5 para analizarla entre usuario y estudiante.	Formato en archivo digital	15 min.	Se observa si la usuaria encontró utilidad en la UAPA. Se debatirán las alternativas que logró crear para sus creencias irracionales.
<b>Psicoeducación de las emociones</b>	Explicación acerca de las emociones funcionales, ofreciéndoles una perspectiva distinta, como emociones adecuadas o inadecuadas.	Presentación de Power Point	15 min.	Conocer las emociones desde una perspectiva distinta.
<b>Análisis coste beneficio.</b>	Se pide que haga una lista de actividades que le promuevan las emociones placenteras.	Hoja de papel y pluma (anexo 6)	10 min.	Promover la identificación de emociones positivas, que le cuesta trabajo observar.

<b>Entrenamiento en habilidades sociales</b>	Reconocer a las personas que le rodean y la importancia o significado que ella tiene acerca de cada una de ellas.	Hoja de papel y pluma. (anexo 7)	10 min.	Establecer si se permite darles un significado positivo a las demás personas.
--	---	-------------------------------------	---------	---

No. De sesión:   6        fecha:  14 de mayo 2021       hora:  17:00 H. 

Objetivo de la sesión: Trabajar con él autoconcepto negativo sobre las emociones..

<b>Nombre de la actividad</b>	<b>Descripción de la actividad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo para la actividad</b>	<b>Variable en la que se pretende impactar</b>
<b>Revisión de tarea</b>	Estar presente en la videoconferencia puntualmente Se visualiza que actividades pueden ser una buena alternativa para las emociones negativas. Se identificará si las demás personas fungen un papel importante en su vida.	Archivo digital	10 min.	Se fomenta la flexibilidad cognitiva. Identificar que las personas a su alrededor tienen un significado para ella.
<b>Imaginación racional emotiva</b>	Identificar cuáles emociones percibe en los estados de ansiedad y estrés, para resignificarlas.	Presentación de Power Point	10 min.	Identificar las emociones que percibe, darle una

				funcionalidad a cada una.
<b>Solución de problemas</b>	Identificar las distorsiones cognitivas que observamos en sesión, para luego	Formato digital.	10 min.	Fomentar la autoeficacia para darle una
<b>Tarea en casa</b>	designar una estrategia de afrontamiento.	(anexo 8)		estrategia de afrontamiento.

No. De sesión: 7 fecha: 21 de mayo 2021 hora: 17:00 H.

Objetivo de la sesión: Explorar el autoconcepto general de la usuaria.

<b>Nombre de la actividad</b>	<b>Descripción de la actividad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo para la actividad</b>	<b>Variable en la que se pretende impactar</b>
<b>Revisión de tarea</b>	Estar presente en la videoconferencia puntualmente Observaremos la lista de distorsiones que identificó.	Formato de línea base en archivo digital	15 min.	Se estimulará la detección de la conducta.
<b>Psicoeducación del Autoconcepto</b>	Ofrecerle a la usuaria el concepto de autoconcepto y sus características, así como el impacto que causa de manera cognitiva, emocional y conductual	Presentación de Power Point Formato digital (anexo 9)	25 min.	Se identificará qué área del autoconcepto necesita más atención.
<b>Modelado</b>	Realizará un autorretrato con todos los materiales y elementos que ella elija.	Materiales varios (anexo 10)	10 min.	Que pueda visualizar como se observa a sí misma.

No. De sesión: 8 fecha: 28 de mayo 2021 hora: 17:00 H.

Objetivo de la sesión: Evaluar la intervención, basados en los resultados percibidos y derivados de los instrumentos.

<b>Nombre de la actividad</b>	<b>Descripción de la actividad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo para la actividad</b>	<b>Variable en la que se pretende impactar</b>
<b>Revisión de tarea</b>	Observaremos el autorretrato, pero también las tareas que se han hecho a lo largo de la intervención.	Formato de línea base en archivo digital (anexo 11)	15 min.	Se fomentará la auto observación y el análisis crítico del proceso terapéutico.
<b>Evaluación final</b>	Se comentarán los avances que la usuaria visualiza, además de darle una puntuación a cada sintomatología que se registró en un inicio.	Presentación de Power Point	25 min.	Identificar como se ha modificado la sintomatología de la usuaria.
<b>Línea de seguimiento</b>	Se ofrecerá el mismo formato que en un inicio para registrar la conducta y sus variables asociadas.	Formato en jpg (anexo 1)	10 min.	Observar la conducta problema ahora sin intervención.

No. De sesión:   9   fecha:  11 de junio 2021  hora:  17:00 H. 

Objetivo de la sesión: Dar un cierre a la intervención, ofreciendo los resultados encontrados.

<b>Nombre de la actividad</b>	<b>Descripción de la actividad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo para la actividad</b>	<b>Variable en la que se pretende impactar</b>
<b>Línea de seguimiento</b>	Estar presente en la videoconferencia puntualmente Comenzaremos por revisar la actividad de la línea de seguimiento y analizarla entre usuario y estudiante.	Formato de línea base en archivo digital	15 min.	Se verá cómo ha impactado la intervención.
<b>Cierre de Intervención</b>	Se mostrarán los resultados encontrados en la usuaria y comentará como lo ha vivido ella.	Presentación de Power Point	25 min.	Observar los estímulos detonadores de la conducta ansiosa en la usuaria.
<b>Canalización</b>	Se le pedirá a la usuaria que contacte con al menos un servicio integral para su seguimiento.	Teléfono	10 min.	Dar un cierre a nuestra intervención y recomendar una atención integral.

## Capítulo 8. Resultados

Con base en los instrumentos aplicados se obtuvo la siguiente información, con la cual se logran visualizar las metas y objetivos alcanzados durante la intervención de asesoría psicológica en CAPED, los cuales explicare mediante una estadística básica descriptiva.

Como parte del protocolo de evaluación, se aplicó el inventario de depresión de Beck el cual se compone de veintiún ítems, consistentes en grupos de oraciones, donde la usuaria describe de cada grupo la que mejor describe cómo se sintió la semana pasada o incluso el día que responde el cuestionario. Observando un decremento en la depresión, ya que en un inicio tuvo una puntuación de 24 lo que significaba que tenía depresión moderada y al finalizar la puntuación fue de 10, reconociendo un estadio normal.

**Tabla 13**

Resultados del inventario de Depresión

Pre		Post	
Puntuación	Significación	Puntuación	Significación
24	Moderada	10	Normal

Así mismo, el Inventario de Ansiedad de Beck, consistente en veintiún ítems, donde indicará el grado de los síntomas experimentados en la última semana, así como el momento actual. Constatando una disminución significativa en la ansiedad, ya que en el pre-test obtuvo una calificación de 23 que significaba moderada, mientras que en el post-test solo tuvo una puntuación de 5, lo que significa un mínimo de ansiedad.

**Tabla 14**

Resultados del Inventario de Ansiedad

Pre		Post	
Puntuación	Significación	Puntuación	Significación
23	Moderada	5	Mínimo

Por su parte, la Escala de Ansiedad de Hamilton no se aplicó al finalizar la intervención por el absentismo de la usuaria, por lo que no hay resultados de una post aplicación para contrastar. para confirmar esta sospecha, cómo resultado de la aplicación de este instrumento, se confirmó una Ansiedad Generalizada en la usuaria, ya que no presentaba episodios de miedo, solo la sintomatología en suficiente medida para calificar cómo TAG.

**Tabla 15**

Resultados de Escala de Ansiedad de Hamilton

PRE			POST		
	Puntuación	Significación		Puntuación	Significación
P.	16		P.	1	
S.	13		S.	2	
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>Ansiedad generalizada</b>	Total	3	No ansiedad

Los resultados de la Escala de Autoconcepto AF-5 propuesta por García y Musito (1999, 2001). Donde se observa una mejora en las dimensiones que se encontraban disminuidas del autoconcepto, ya que se observan sólo tres dimensiones por debajo de la media en el pre-test, que son social, emocional y físico, sin embargo, se observa que al finalizar la intervención se nivelaron, por encima de la media y que la dimensión académica/laboral se incrementó.

**Tabla 16**

Resultados de Escala de Autoconcepto AF-5

PRE			POST		
Dimensión	Puntuación	Significación	Dimensión	Puntuación	Significación
Académico/ laboral	25	Alto	Académico/ laboral	29	Alto
Social	10	Bajo	Social	21	Alto
Emocional	6	Bajo	Emocional	20	Alto
Familiar	24	Alto	Familiar	21	Alto
Físico	6	Bajo	Físico	17	Medio- alto

De igual manera la línea de seguimiento no fue entregada por parte de la usuaria, imposibilitando un contraste de frecuencia e intensidad de los episodios de ansiedad.

Estos hallazgos se ven reforzados por la línea de seguimiento (anexo 12) en la cual se observa que no tuvo ningún evento en donde observara la ansiedad, a lo largo de dos semanas, por lo que no tuvo registro de ningún evento.

## Capítulo 9. Análisis de los resultados

Inicialmente se abordó con técnicas de contención, cómo la respiración profunda y el Mindfulness, según lo recomendado por Hernández y Gutiérrez, (2014), ya que se encontraba en un momento en el que presentaba cogniciones irracionales (Terrazas, et al., 2018) que le confundían en varias áreas de su vida, logrando una estabilización en su emocionalidad, para dar paso al trabajo con el área cognitiva y conductual.

La depresión fue abordada de manera transversal en las sesiones, observando una disminución significativa, ya que en un principio se encontraba en moderada y finalmente se obtuvo un nivel normal.

### Figura 7

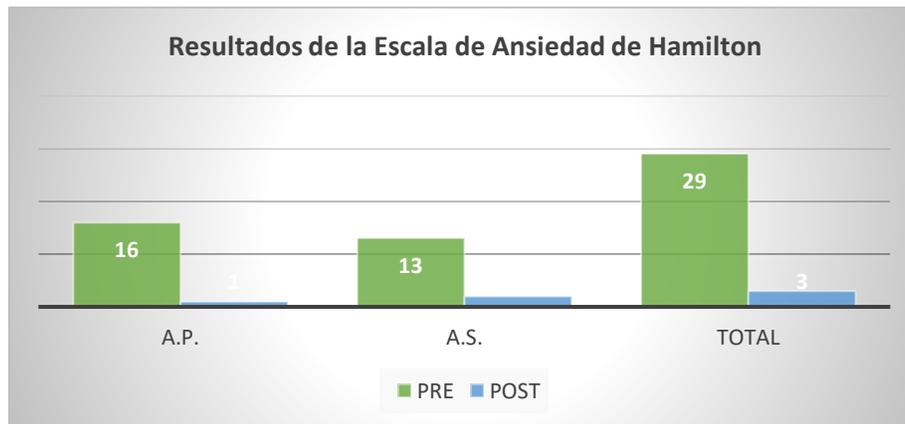
Resultados de los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck.



La ansiedad que presentaba la usuaria causada por el autoconcepto negativo, se observó disminuida, corroborando la eficacia del tratamiento de TREC, ya que los síntomas como la sudoración del cuerpo, el deseo de huida y el sentimiento de culpa se observaron en un decremento (CENETEC, 2010), según el testimonio de la usuaria, ya que como explica Norris (2005), algunos cuadros de ansiedad son adecuados para mantener alerta al individuo, sin llegar a episodios excesivos de preocupación. Esto se constata en ambos instrumentos, tanto el inventario de ansiedad de Beck como la Escala de Ansiedad de Hamilton, bajando drásticamente los síntomas asociados a la TAG, tanto psicológicos como somáticos, llegando a niveles considerados sin ansiedad.

**Figura 8**

Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton



Así mismo, se constata la teoría de Burns (1998) ya que las cogniciones acerca de su autoconcepto, respecto a lo que podría pasar en su vida laboral y/o académica, así como en su vida cotidiana, propiciaban la ansiedad que percibía, acompañada de una culpa por no estar o enfocar sus esfuerzos hacia las actividades pendientes y no disfrutar su presente, esto cambió pues mencionaba que pasaba más tiempo con su hijo, realizando actividades recreativas y compartiendo aficiones.

Para lo que se entrenó a la usuaria en los principios del Mindfulness mediante la respiración profunda y algunos ejercicios para la auto observación de cogniciones y emociones, logrando hacer una pausa antes de tener comportamientos que le causen malestar a ella y/o a su círculo de apoyo más cercano, ya que refería que lograba observar si tenía estas conductas verbales o acciones que no eran adecuadas, cambiando su comportamiento ligeramente positivo (Keegan, 2007), cómo se puede observar en un discurso de la usuaria *“Me di cuenta de que lo que iba a decir a mi esposo no traería algo benéfico para ninguno, por lo que me abstuve y preferí hacer el desayuno”*.

De igual manera Kabat-Zin (2013), propone la autoobservación sin juzgarse, proporcionando un tiempo para la reflexión necesaria para dar alternativas a estas creencias irracionales y mantenerla en el momento presente, sin centrarse hacia el futuro que es una de las características de la ansiedad según Barlow (2002, citado por Clarck y Beck, 2012), se observó la mejora en el siguiente diálogo con la consultante, *“yo he*

*trabajado duro y he logrado varios objetivos, así que ya no pospuse la junta con mi jefa y me fue muy bien”.*

Esto último ayudó a la usuaria a recuperar la confianza en sí misma, mejorando su autoestima, adquiriendo empoderamiento y seguridad a la hora de enfrentar a las autoridades de su trabajo, de acuerdo con lo que propone (Pérez, 2019), dejando de posponer las juntas de evaluación y enfrentándose con franqueza, por lo que se logró controlar la preocupación que es uno de los criterios de la Ansiedad comprendidos en el DSM-5.

En esta misma línea la inquietud se logró disminuir con la respiración profunda y la dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco cómo lo menciona el Manual, esto se evitó con la lista de pendientes, para lo que mencionaba que *“es cómo sí vaciara mi cabeza”* y *“me siento tranquila porque sé que ya no se me olvidará nada porque todo está escrito ahí”*, que finalmente se convirtió en un Bullet Journal (Hernández y Gutiérrez, 2014) donde plasmaba las actividades diarias, con algunas prioridades de acuerdo a sus capacidades, una organización del contenido y espacio para desarrollar ideas (anexo 11), lo anterior se constataba ya que la consultante mencionaba que se encontraba mejor organizada, y disfrutaba de otras actividades, ya que no perdía el tiempo rumiando acerca de las cosas que podrían salir mal y olvidadas.

En la alimentación de la usuaria se progresó, ya que intentaba tener un mayor control de la ingesta de alimentos entre comidas, y sí requería realizar un bocadillo procuraba que fuera saludable, aun cuando su familia no tenía las mismas medidas, pues indica que *“por ejemplo, si mi esposo e hijo comen galletas, yo solo tomo una”*.

Otro de los síntomas que se lograron disminuir, fue el dolor de cabeza constante y el dolor en la quijada, con lo que se evitó la ingesta de analgésicos, con una mejora tanto del sistema nervioso, cómo del digestivo, porque ya no tenía la carga inicial de medicamentos.

Un aspecto importante fue el cuidado de sí misma, ya que en un punto durante la intervención decidió arreglarse las uñas y esto le causó mucha motivación y bienestar dentro de su autoestima, plasmado en la lista de las cosas que le hacían sentirse bien (anexo 6), así mismo en las sesiones finales, aparecía con el cabello suelto, un poco más

desenfadada, lo que se interpretó cómo mayor confianza dentro de las sesiones y en sí misma.

**Figura 9.**

Intensidad de la Ansiedad de la línea base en comparación con la línea de seguimiento



Con estos resultados se comprueba que las técnicas de contención propuestas por Hernández y Gutiérrez, (2014) fueron eficaces, para dar apoyo a la usuaria en el cuadro de ansiedad que percibía, fomentando la adaptación y ofreciendo el soporte que requería para dar el siguiente paso hacia una atención psicológica, psiquiátrica y médica.

En el autoconcepto se equilibraron las dimensiones que se encontraban por debajo de la media, ya que, desde un principio, las dimensiones académico/laboral se encontraban en un nivel alto, las cuales también subieron de nivel.

**Figura 10**

Grafica comparativa del PRE y POST del instrumento AF-5



En la línea de Shavelson, et al., (1979), las creencias acerca de su autoconcepto académico pasaron de negativas a positivas, pues el discurso de la usuaria en las sesiones iniciales era este *“Si repruebo, dejaré a los amigos que ya hice”, “En el trabajo hago mal las cosas”, “No alcanzó a hacer los proyectos que tengo en mente”,* aunque no existían evidencias de estas cogniciones, para finalmente obtener palabras en las que consideraba su esfuerzo real *“Soy buena en lo que hago”, “Disfruto mucho la escuela”, “He trabajado bastante, sí no he logrado algunas cosas fue por falta de tiempo”.*

En el autoconcepto social se observó un incremento hacia un autoconcepto positivo, logrando que la usuaria no se percibiera poco aceptada cómo lo comentaba al principio de la intervención *“es que no quiero que Tomy piense que soy desordenada”,* pasando a una visión más real de sus interrelaciones.

La satisfacción en sus tareas y la manera en la que ahora organizaba su vida habla de un progreso en su autoconcepto emocional, ya que se identificaba con más seguridad y confianza en sus capacidades y el logro de objetivos, además del buen manejo de emociones cómo el enojo y la culpa.

De igual manera, el autoconcepto familiar no se encontraba bajo, sin embargo, se mantuvo dentro de niveles óptimos positivos, ratificando un mejor equilibrio en la visión que tiene ahora de sí misma y de su entorno familiar.

La dimensión que se visualiza con un área de oportunidad es el autoconcepto físico, en él que la propia usuaria reconoce que debe trabajar más, por el hecho de sentirse mal con su aspecto y la salud de su cuerpo, mencionando en algunas ocasiones *“di el viejazo después de que tuve a mi hijo”, “siento que mis dientes se han descalcificado”* o *“sí me preocupara realmente mi salud debería hacer algo por mejorarla”.*

Esto también se refleja en la autoevaluación que se realizó en la última sesión, donde la usuaria valoró la mejora en la sintomatología inicial, observándose una mejoría positiva, con las áreas de oportunidad previamente descritas.

**Tabla 17**

Autoevaluación de la usuaria acerca de la mejora en la sintomatología

<b>Sintomatología</b>	<b>Auto Valoración de mejora (1-10)</b>
<i>Salud física</i>	9
<i>Ansiedad</i>	9
<i>Insomnio</i>	10
<i>Culpa</i>	8
<i>Enojos</i>	10
<i>Alimentación</i>	7
<i>Bebida</i>	9
<i>Molestias gástricas</i>	9
<i>Asma</i>	10

Sin embargo, la higiene del sueño no mejoró considerablemente, ya que se seguía quedando hasta tarde sin dormir, en algunas ocasiones trabajando, pero en otras solo rumiaba o se distraía, por lo que se le proporcionó un pequeño material como herramienta para mejorar esta situación.

Así mismo, la preocupación por los síntomas físicos persiste aun cuando estos sean mínimamente percibidos como alguna imperfección, o bien una pérdida de tono muscular, manteniendo un discurso concurrente con los criterios de la Ansiedad Generalizada y con los del TAE incluidos en el DSM-5.

### 9.1 Canalización

A partir de los datos, se identificó la necesidad de que la usuaria tenga un tratamiento integral, por ello se ofrecerán diversas opciones para que la usuaria elija un servicio de atención psiquiátrica en el cual de seguimiento al tratamiento integral que se recomienda por parte de la asesora.

Esto se realizó mediante correo electrónico pues no se logró contactar a la consultante, por lo que los resultados y la canalización se dio por este medio, esperando que siga su atención en alguna de estas instituciones.

De esta manera se concluye la intervención, no sin antes asegurarse de que la usuaria contacte a un servicio y agende la primera cita, con ello se asegurará de que inicia una nueva etapa en su tratamiento.

### **1. Facultad de Medicina, Programa de Salud Mental, Departamento de Psiquiatría**

Servicios que ofrece: Terapia de grupo, consulta psiquiátrica.

Domicilio: Edificio "F", Facultad de Medicina, circuito escolar, Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán. México, D.F., C.P. 04510

Teléfono: 55 5623 2126, 55 5623 2127

### **2. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente**

Servicios que ofrece: Psicoterapia y psiquiatría. Estudio socioeconómico.

Domicilio: Calz. México Xochimilco núm. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan. México, D.F., C.P. 14370

Contacto: 5655 2811, <http://www.inprf.org.mx/index.html>

### **3. Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno**

Servicios que ofrece: Atención Psiquiátrica

Domicilio: Autopista México-Puebla #83, Col. Ampliación Santa Catarina, C.P. 56619, Valle de Chalco Solidaridad, Estado de México, MÉXICO.

Contacto: 55 58-60-15-30, 55 58.60.44.39  
<https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/hospital-psiquiatrico-dr-samuel-ramirez-moreno>

#### 4. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino

Servicios que ofrece: atención del usuario, así como en la enseñanza e investigación.

Domicilio: Calle Niño Jesús No. 2, Col. Tlalpan, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14000, Ciudad de México, MÉXICO.

Contacto: 5487 4299 Ext. 23886 y 23992

<https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/hospital-psiquiatrico->

#### Conclusiones

En síntesis, la hipótesis previamente formulada: **Las creencias irracionales sobre el autoconcepto negativo de la usuaria, le provoca culpa y ansiedad, debido a la falta de autocontrol y autogestión de las actividades**, fue confirmada por los resultados, ya que al impactar de manera operativa en el área emocional, así como comportamental en la organización de las actividades, autogestionando sus tiempos de elaboración y entrega, aminoró la ansiedad y la depresión que se observó en un primer momento.

Ahora bien, aunque la sintomatología corporal, cómo la sudoración en todo el cuerpo, la ansiedad y la rumiación cognitiva ha disminuido significativamente, las creencias irracionales acerca de su propio cuerpo no han mejorado cómo se esperaba, ya que continuaba con la idea de tener un cuerpo deteriorado y viejo, en virtud de lo cual puede haber recaídas de no continuar con un tratamiento, de ahí nace una de las razones por lo que se requiere la canalización, puesto que se requiere una atención psiquiátrica, médica y psicológica en este caso.

Las ventajas que se observaron en este caso en particular fue la disposición inicial de la usuaria y la modalidad de esta intervención, pues al ser parte de la terapia mediada por la tecnología, se logró trabajar con algunas herramientas digitales, cómo los autorregistros y los formularios para registrar los resultados de los instrumentos de evaluación.

Cómo limitaciones se reflexionan acerca del tipo de terapia que se ofrece en CAPED, pues al ser de breve, no se puede extender, además de los tiempos marcados por él semestre, también la falta de pericia de la asesora pudo afectar en los resultados obtenidos.

Por lo que se propone cómo parte de la formación de asesores psicológicos y educativos en la estrategia de CAPED, una especialización en los trastornos de Depresión y Ansiedad, así como las técnicas que podrían servir para la atención adecuada de estos, además se sugiere una formación en evaluación inicial, con la finalidad de entrenar estas habilidades necesarias para la identificación temprana de los trastornos mentales.

## Bibliografía

- Agudelo, D., Casadiego, C., y Sánchez, D., (2008). *Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios*. International Journal of Psychological Research. <http://www.redalyc.org/html/2990/299023503006/>
- Álvarez, E., y Barra, E., (2010). *Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados*. Ciencia y Enfermería. Vol. 16. Núm. 3. pp. 63-72.
- APA, (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-V. 5a edición*. American Psychiatric Association. American Psychiatric Publishing.
- APA, (2010). *Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta*. Enmiendas 2010. American Psychological Association. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología UNAM. [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite\\_etica/Codigo\\_APA.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf)
- APA, (2017). *Guía para la práctica de la telepsicología*. Consejo General de la Psicología. España. DOI: <https://doi.org/10.23923/cop.telepsicologia.2017>
- Arnau, J., (1994). *Diseños experimentales de caso único*. En R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica de salud*. Madrid: Pirámide. pp.40-86.
- Arnáez, S., García, G., y Belloch, A., (2017). *Hipocondría y pensamientos intrusos sobre la enfermedad: Desarrollo y validación de un instrumento de evaluación*. Psicología Conductual. Vol. 25. Núm. 1. pp. 165-186. [https://www.researchgate.net/publication/317025661\\_Hipocondria\\_y\\_pensamientos\\_intrusos\\_sobre\\_la\\_enfermedad\\_Development\\_and\\_validation\\_of\\_an\\_evaluation\\_instrument](https://www.researchgate.net/publication/317025661_Hipocondria_y_pensamientos_intrusos_sobre_la_enfermedad_Development_and_validation_of_an_evaluation_instrument)
- Ato, M., y Vallejo, G. (2007). *Diseños experimentales en Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Balanza, S., Morales, I., Guerrero, J., (2009). *Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados*. Clínica y Salud. Vol. 20. Núm. 2. pp. 177-187.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000200006&script=sci_arttext&tlng=pt)

Bados, A., (2005). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universitat de Barcelona.

Balluerka, N., (2001). *Diseños de sujeto único*. En J. Arnau (Ed.) *Diseños de series temporales: técnicas de análisis*. Edicions de la Universitat de Barcelona. Barcelona. pp. 235- 290.

Bandura, A., (2001). *Social cognitive theory: an agentic perspective*. Annual Review of Psychology. Núm. 52. pp. 1-26.

Barlow, D., & Hersen M., (1984). *Single-Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behavior Change*. 2nd Edition. Pergamos Press.  
[https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrgict55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2029139](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgict55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2029139)

Beck, A., y Cols. (2004). pp. 260-285. *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. Psicología Psiquiatría Psicoterapia. Editorial Paidós

Bogantes, J., y Palma, K., (2016). La regulación continua de la enseñanza y del aprendizaje desde el evaluar para aprender. Una experiencia de la cátedra didáctica del lenguaje. Revista Innovaciones Educativas. Vol. 18. Núm. 24. pp. 59-72.

Branden, N., (1995). Los pilares de la autoestima. Barcelona: Paidós. pp. 21-22.  
<https://www.gitanos.org/publicaciones/guiapromocionmujeres/pdf/04.pdf>

Butler, M., y Barrientos, R., (2020). "The Impact of Nutrition on COVID-19 Susceptibility and Long-Term Consequences". Brain, Behavior, and Immunity.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7165103/>

Burns, D., (1998). *Adiós Ansiedad. Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico*. Editorial Paidós.  
<http://api.cpsp.io/public/documents/1585961617998-adios-ansiedad.pdf>

- Cedillo, B., López, J., Pérez, A., Espíndola, P., Ramos, A., y Álvarez, O., (2016). *Ansiedad en los estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 19. Núm. 2. pp. 503-515.  
<https://chat.iztacala.unam.mx/r1/sites/default/files/2021-01/5bd7b0817da9c85e501ee7f9c65ccdd3.pdf>
- CENETEC, (2010). *Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. Guía de Práctica Clínica*. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.  
[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392\\_IMSS\\_10\\_Ansiedad/EyR\\_IMSS\\_392\\_10.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf)
- Cifuentes, L., (2016). *Autoimagen e inteligencia emocional (Estudio realizado con adolescentes entre 15 a 19 años de edad del Instituto Dr. Werner Ovalle, de la cabecera departamental de Quetzaltenango)*. Universidad Rafael Landívar.  
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/42/Cifuentes-Luz.pdf>
- Clark, D., y Beck, A., (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad. Serie Psicoterapias Cognitivas*. Biblioteca de psicología. DESCLÉE DE BROUWER, S.A. España.
- Díaz, S., Mendoza, V., y Porras, C., (2011). *Una guía para la elaboración de estudios de caso*. Razón y palabra. Universidad de los hemisferios. Núm. 75.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199518706040>
- Dobson, D., & Dobson, K. (2009) *Evidence-Based Practice of Cognitive Behavioral Therapy*. New York, United States: Guilford Press.

- Eснаоla, I, Goñi, A., y Madariaga, J., (2008). *El autoconcepto: Perspectivas de Investigación*. Revista de Psicodidáctica. Vol. 13. Núm.. 1. Pp. 179-194.  
<https://www.redalyc.org/pdf/175/17513105.pdf>
- Fernández, R., (2011). *Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Editorial: PIRÁMIDE. Madrid, España.
- Frank, J. (1982). *Therapeutic Components Shared by all Psychotherapies*. En: J. Harvey, M. Parks (Eds.), *Psychotherapy Research and Behavior Change*. Washington: APA.
- Gaitán, P., (2020). *ENCOVID-19. Ansiedad y depresión en los hogares mexicanos frente a los retos del COVID-19*. Universidad Iberoamericana.  
<http://itzel.laq.uia.mx/publico/covid-19/images/comunicados/encovid.pdf>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N., (2015). *Toward a neudefinition of mental health*. World Psychiatry.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/wps.20231>
- García, F. y Musitu, G. (1999). *AF5, Autoconcepto. Forma 5 [SF5, Self-concept Form 5]*. Madrid: TEA
- García, F. y Musitu, G. (2001). *AF5, Autoconcepto. Forma 5 - Segunda edición [SF5, Self-concept Form 5 - Second edition]*. Madrid: TEA
- Germer, C., Siegel, R., y Fulton, P., (2017). *Mindfulness y Psicoterapia. Edición ampliamente revisada del clásico profesional*. DESCLÉE DE BROUWER, S.A. España
- Gil, P., Núñez, E, y Selva, Y. (2006). *Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales*. Revista Interamericana de Psicología. Vol. 40. Núm. 2. pp. 227-232.
- Goleman, D., (1995). *Inteligencia emocional*. Editorial Kairós.  
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Inteligencia%20Emocional%20%20Dani%20Goleman.pdf>

Goñi, E., y Fernández, A., (2007). *Los dominios social y personal del autoconcepto*. Revista de Psicodidáctica. Vol. 12. Núm.. 2. pp. 179-194.  
<https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/7098/Rev.%20Psicodidactica%2012%282%29%20-%20179-194.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Goñi, P., (2009). *El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad*. Tesis de doctorado. Universidad del País Vasco.  
<https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/12241/go%C3%B1i%20palacios.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Granados, H., y Gallego, F., (2016). *Motivación, aprendizaje autorregulado y estrategias de aprendizaje en estudiantes de tres universidades de Caldas y Risaralda*. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos. Vol.12. Núm.. 1. pp. 71-90.

Guerrero, J., Requena, N., y Torrealba, M., (2016). *Bienestar psicológico, autoeficacia, estilos de humor y su relación con la salud*. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. Vol. 6. Núm.. 2. pp. 122-138

Guzmán, K., (2020). *Capítulo 7. Retos en la salud mental ante el COVID-19. MÉXICO ANTE EL covid-19: Acciones y Retos*. Consejo editorial H. Cámara de Diputados. Pp. 85-90.  
<https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Mexico-ante-covid-19-acciones-retos.pdf>

Hayes, S., (1981). *Single case experimental design and empirical clinical practice*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 49. Núm.. 2. pp. 193-211.  
[https://www.researchgate.net/publication/15980584\\_Single\\_Case\\_Experimental\\_Design\\_and\\_Empirical\\_Clinical\\_Practice](https://www.researchgate.net/publication/15980584_Single_Case_Experimental_Design_and_Empirical_Clinical_Practice)

Hartley, D. (1985). *Research on the therapeutic alliance in psychotherapy*. En R. Hales y A. Frances (Eds.), *Psychiatry update annual review*. Washington, DC: American Psychiatric Press. pp. 532-549.

Hernández, I., y Gutiérrez, L., (2014). *Manual básico de primeros auxilios psicológicos*. México: Universidad de Guadalajara.

Kabat-Zinn, J., (2013). *Mindfulness para principiantes*. Editorial Kairós. Barcelona España.

- Kazdin, A. (1983). *Historia de la Modificación de Conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Keegan, E. (2007). *Escritos de psicoterapia cognitiva*. Editorial Eudeba. Buenos Aires, Argentina.  
<https://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/psicoterapias/keegan/Teoricos%20Psicoterapias%20Keegan/keegan%20-%20escritos%20de%20psicoterapia%20cognitiva.pdf>
- Kobak, K., Reynolds, W., y Greist, J., (1993). *Development and validation of a computer-administered version of the Hamilton Anxiety Scale*. Psychological Assessment. Vol. 5. pp. 487-92.
- León, M., (2016). *Guía de Intervención Clínica Para Terapia Individual*. Centros de Integración Juvenil, A. C.  
<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/GuiaDeIntervencionClinicaParaTerapiaIndividual.pdf>
- León, O., y Montero, I., (1995). *Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación*. Madrid: McGraw Hill.
- Merino, E., Fernández, M., y Bargsted, M. (2012). *El papel moderador de la autoeficacia ocupacional entre la satisfacción y la irritación laboral*. Universitas psychologica Vol. 17. pp. 15-25.
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. 2da edición. Barcelona, España: MASSON S.A
- Moreno, A., (2012). *Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación (TTG): La atención plena/Mindfulness*. Revista Internacional de Psicología. Vol. 12. Núm. 01. Instituto de la Familia Guatemala.
- Naranjo, M. (2006). *El autoconcepto positivo: Un objetivo de la orientación y la educación*. Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación". Vol. 6. Núm.. 1.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44760116>

- Nezu, A., Nezu, C., Lombardo, E., (2006). *Formulación de casos y diseños de tratamiento cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Norris, F., y Kohn, R., (2009). *La repercusión de los desastres naturales y la violencia política sobre la salud mental en América Latina. En Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. pp. 256-288.  
[https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=VpX64YMGAKoC&oi=fnd&pg=PA256&dq=ansiedad+y+estres+postraumatico+norris+2005&ots=9KP1uzd13Q&sig=bQQVkJP93lqcNHEhjSwrn\\_Kicmgo#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=VpX64YMGAKoC&oi=fnd&pg=PA256&dq=ansiedad+y+estres+postraumatico+norris+2005&ots=9KP1uzd13Q&sig=bQQVkJP93lqcNHEhjSwrn_Kicmgo#v=onepage&q&f=false)
- Núñez, M., (s.f.). *Diseños de investigación en psicología. Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento*. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.  
[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20322/1/Dise%C3%B1o\\_de\\_investigaciones.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20322/1/Dise%C3%B1o_de_investigaciones.pdf)
- Obando, L., y Parrado, F. (2015). *Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía*. Revista Iberoamericana De Psicología. Vol. 8. Núm.. 1. pp. 51-61. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.8105>
- Oblitas, L., et al., (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Tercera edición. CENGAGE Learning Editores, S.A. de C.V.
- Olivari, C. y Urra, E. (2007). *Autoeficacia y conductas de salud*. Revista Ciencia y enfermería. Vol. XIII. Núm.. 1. pp. 9-15. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v13n1/art02.pdf>
- Ornelas, M., Blanco, H., Gastélum, G., y Chávez, A. (2012). *Autoeficacia percibida en la conducta académica de estudiantes universitarias*. Formación universitaria. Vol. 5 Núm. 2. pp. 17-26. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062012000200003>
- OMS, (2001). *Atlas. Recursos de salud mental en el mundo*. Organización Mundial de la Salud.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66983/WHO\\_NMH\\_MSD\\_MDP\\_01.1\\_spa.pdf;jsessionid=C600607A268B75597BA0E675E898D1AA?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66983/WHO_NMH_MSD_MDP_01.1_spa.pdf;jsessionid=C600607A268B75597BA0E675E898D1AA?sequence=1)

OMS, (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado*. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)

OMS, (2021). *Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>

Pajares, F. & Schunk, D. (2001). *Self-beliefs and school success: self-efficacy, self concept, and school achievement*. En R. Riding & S. Rayner (eds.) *Self-perception* London: Ablex Publishing. pp. 239-266.

Pedroza, R. (2015). *Reeducación cognitiva- emotiva en caso ante los exámenes*. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. Vol. 6. Núm. 11. Estado de México, México.

Pérez, H., (2019). *Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal*. *Revista alternativas en psicología*. Núm. 41. Pp. 22-332. Recuperado de: <https://www.alternativas.me/attachments/article/190/2.%20Autoestima,%20teor%C3%A9ticas%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20el%20%C3%A9xito%20personal.pdf>

Pérez, E., Cupani, M. y Ayllón, S. (2005). *Predictores de rendimiento académico en la escuela media: aptitudes, autoeficacia y rasgos de personalidad*. *Avaliação Psicológica*, Vol. 4. Núm.. 1. pp. 11.

Prados, J., (s.f.). *Ansiedad Generalizada*. *Psicología Clínica, Guías de intervención*. Ed. Síntesis. España. Pp. 18-70.

Poroj, P., (2018). *Ideas Irracionales y Ansiedad*. *Estudio realizado con estudiantes de tercero básico, entre las edades de 15 y 18 años del Instituto Básico por Cooperativa de Aldea San Vicente Pacaya, municipio de Coatepeque, Quetzaltenango*. Tesis de Grado.

Universidad Rafael Landívar. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/22/Poroj-Paola.pdf>

- Poy, R., Segarra, P., Pastor, M.C., Montañés, S., Tormo, M. P., y Moltó, J. (2004). *Emoción, autoeficacia y cognición*. En M. Salanova, R. Grau, I.M. Martínez, E. Cifre, S. Llorens y M. García Renedo (Eds.) *Nuevos horizontes en la investigación sobre autoeficacia* Castellón: Publicaciones de la Universitat Jaume I. pp. 81-89
- RAE, (2021). *Definición de Síntoma*. Real Academia Española.  
<https://dle.rae.es/s%C3%ADntoma>
- Ramos, C., Rubio, D., Ortiz, D., Acosta P., Hinojosa, F., Cadena, D., y López, E., (2020). *Autogestión del aprendizaje del universitario: un aporte en su construcción teórica*. Revista Espacios. Vol. 41. Núm. 18. pp. 16-32.  
[https://www.researchgate.net/publication/341590895\\_Autogestion\\_del\\_aprendizaje\\_del\\_universitario\\_un\\_aporte\\_en\\_su\\_construccion\\_teorica](https://www.researchgate.net/publication/341590895_Autogestion_del_aprendizaje_del_universitario_un_aporte_en_su_construccion_teorica)
- Rapee, R., (1995). *Trastorno por ansiedad generalizada*. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobes (Dir.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid: Siglo XXI. Vol. 1 pp. 471-491.
- Roa, A., (2013). *La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia*. Edetania. Estudios y propuestas socioeducativas. Vol. 44. Pp. 241-257.  
<https://revistas.ucv.es/index.php/Edetania/article/view/210/178>
- Rodríguez, A., (2019). *Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas*. Biblioteca de psicología. Herder Editorial. S.L. Barcelona. Revista Espacios. Vol. 41. Núm. 18. Pp. 16-30.  
[https://www.researchgate.net/publication/341590895\\_Autogestion\\_del\\_aprendizaje\\_del\\_universitario\\_un\\_aporte\\_en\\_su\\_construccion\\_teorica](https://www.researchgate.net/publication/341590895_Autogestion_del_aprendizaje_del_universitario_un_aporte_en_su_construccion_teorica)
- Roussos, A., (2007). *El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, Vol. XVI. Núm. 3. Pp. 261-270. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales* (2a. ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer

- Rueda, B. y Pérez, A. (2004). *Personalidad y percepción de autoeficacia: influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Vol. 9. Núm.. 3. pp. 205-219.
- Sánchez, D., Mora, M., López, G., Marroquín, H., Ridaura, I., y Raich, R., (2004). *Intervención cognitivo-conductual en imagen corporal*. Revista Psicología Conductual. Vol. 12. Núm.. 3. Pp. 551-576. <https://core.ac.uk/download/pdf/78530885.pdf>
- Sansón, M., (2017). *Intervención psicológica a distancia para reducir la ansiedad y depresión en un caso de bruxismo*. Manuscrito Recepcional. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://ru.iztacala.unam.mx/download/files/original/14621ecaed17e4a71e4a5ccf1ff32e9e.pdf>
- SEDESA, (2020). *Salud Mental*. Secretaría de Salud de la Ciudad de México. <http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/309>
- Shavelson, R., Hubner, J., & Stanton, J., (1976). *Self concept: Validation of construct interpretations*. Review of Educational Research, Vol. 46. Núm. 3. pp. 407-441.
- Shavelson, R., & Marsh, H., (1986). *Self-related cognitions in anxiety and motivation*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers. Pp. 305-323 [https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=JYR\\_AAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA305&dq=Shavelson+R.,+y+Marsh,+H.,+\(1986\).+On+the+structure+of+self-concept&ots=QVgKV6vNhH&sig=qB9llvB-uW7aU4n86ajSGcj\\_2uw#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=JYR_AAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA305&dq=Shavelson+R.,+y+Marsh,+H.,+(1986).+On+the+structure+of+self-concept&ots=QVgKV6vNhH&sig=qB9llvB-uW7aU4n86ajSGcj_2uw#v=onepage&q&f=false)
- Shapiro, M., (1961). *The single case in fundamental clinical psychological research*. British Journal Psychological. Vol. 34. pp. 255-262. <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8341.1961.tb00949.x>
- Serrano, M., (2001). *Algunas consideraciones históricas en torno de la terapia cognitivo conductual: ¿sincretismo?* Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 4. Núm. 1. Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala. Recuperado de: <http://www.journals.unam.mx/index.php/repi/article/view/22825/21551>

- Silva, R., (1992). *Diseños de investigación con N=1 o series de tiempo*. A. Silva (Ed.). Métodos cuantitativos en psicología. Un enfoque metodológico. México: Trillas. pp. 45-70.
- Silverio, J., (2017). *La cuarta generación de terapias conductuales*. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. Vol. XIX. Núm. 3. Universidade de São Paulo
- Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnovo, G., & Reid, C., (2020). Videotherapy and therapeutic Alliance in the age of COVID-19. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7675483/pdf/CP-9999-na.pdf>
- Solorzano, E., (2019). Intervención en Trastornos Emocionales en estudiantes universitarios. Manuscrito recepcional. Universidad Autónoma de México. <https://chat.iztacala.unam.mx/r1/sites/default/files/2021-01/89828a432bb944c62b20e2eb92e06c6a.pdf>
- Sociedad Mexicana de Psicología, (2007). *Código ético del psicólogo*. 4ª edición. Editorial Trillas. [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite\\_etica/CODIGO\\_ETICO\\_SMP.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf)
- SSa, (2020). 095. *Inicia fase 2 por coronavirus COVID-19*. Secretaria de Salud. <https://www.gob.mx/salud/prensa/095-inicia-fase-2-por-coronavirus-covid-19>
- SSa, (2021). 17° *Informe epidemiológico de la situación de COVID-19*. Dirección de información epidemiológica. Secretaria de Salud. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/633382/Informe\\_COVID-19\\_2021.04.26.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/633382/Informe_COVID-19_2021.04.26.pdf)
- Terrazas, C., Jiménez, M., y Villarroel, K., (2018). *Guía de contención emocional para Brigadistas- Agentes de Cambio*. Centro de promoción de la Mujer Gregoria Apaza. <https://gregorias.org.bo/wp-content/uploads/2019/02/GuiaContencionEmocional.pdf>
- Torales, J., (2017). ¡Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! *Una actualización de la clásica hipocondría al vigente trastorno de ansiedad por enfermedad*. Revista virtual de la

Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. Vol. 4. Núm.. 1.  
<http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v4n1/2312-3893-spmi-4-01-00077.pdf>

Trull, T., y Phares, E., (2003). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión.* Thompson. Sexta edición.  
[https://www.academia.edu/37918794/Trull and Phares Psicolog%C3%ADa Cl%C3%ADnica](https://www.academia.edu/37918794/Trull_and_Phares_Psicolog%C3%ADa_Cl%C3%ADnica)

UNED, (s.f.). *Historia de la Terapia Cognitivo Conductual. Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales.* Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de:  
<http://psicologia.isipedia.com/tercero/tecnicas-de-intervencion-cognitivo-conductuales/01-historia-de-la-terapia-cognitivo-conductual>

Vera, B., Castro, J., y Caicedo, L., (2019). *La intervención del psicólogo a través de las redes sociales: una perspectiva desde la ética.* Didáctica y educación. ISSSN 2224-2643

Villalobos, M., Cobo, R., Sáez, F., y Díaz, A., (2018). *Revisión sistemática de la habilidad de autocontrol del estudiante y su rendimiento académico en la vida universitaria.* Formación universitaria. Vol. 11. Núm.. 3. Pp. 49-62. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062018000300049>

Zimmerman, B. (2013). *From Cognitive Modeling to Self-Regulation: A Social Cognitive Career Path.* Educational Psychologist. Vol. 48 Núm. 3. pp. 135-147. DOI: 10.1080/00461520.2013.794676

## Anexos

### Anexo 1 Línea base



### REGISTRO DE LINEA BASE

INSTRUCCIONES: Registrar cuando se presenta el estado de ansiedad, procurando hacerlo lo mas inmediato posible, para recordar el momento con mayor detalle posible.

Fecha/duración	Descripción de la situación/personas involucradas	Intensidad (Del 1 al 10)	Sintomatología física y psicológica	ACTIVIDADES PARA CALMARSE (después de la situación)	Pensamientos y emociones (Después de la situación)
28 marzo	Estoy buscando casa para la compra, sentí mucha ansiedad por que no tengo control sobre la situación, las cosas no suceden de inmediato ni como yo espero	6	Siento ganas de correr, siento cosquillo en la nuca y estómago	Me aisló, respiro y pienso xq me estoy sintiendo así	Disminuye pero no desaparece la situación, cambio de actividad para distraerme
30 marzo	Estaba haciendo el pedido del súper en la aplicación que es muy lenta y tenía poco tiempo antes de ir a junta, me dio muchísima ansiedad y bote el teléfono, le pedí a mi esposo que la hiciera él	10	Presión en la cabeza, cuello y hombros, ganas de gritar y golpear Enojo frustración	Deje de hacerlo y me aleje	Fue disminuyendo poco a poco y pensé en mi reacción exagerada, pero en el momento el sentimiento era muy difícil de contener

28 marzo	Estoy buscando casa para la compra, sentí mucha ansiedad por que no tengo control sobre la situación, las cosas no suceden de inmediato ni como yo espero	6	Siento ganas de correr, siento cosquillo en la nuca y estómago	Me aisló, respiro y pienso xq me estoy sintiendo así	Disminuye pero no desaparece la situación, cambio de actividad para distraerme
30 marzo	Estaba haciendo el pedido del súper en la aplicación que es muy lenta y tenía poco tiempo antes de ir a junta, me dio muchísima ansiedad y bote el teléfono, le pedí a mi esposo que la hiciera él	10	Presión en la cabeza, cuello y hombros, ganas de gritar y golpear Enojo frustración	Deje de hacerlo y me aleje	Fue disminuyendo poco a poco y pensé en mi reacción exagerada, pero en el momento el sentimiento era muy difícil de contener
10 de abril	Me sentí súper triste y lloré como 1.5 horas xq me sentí muy deteriorada físicamente, intenté hacer ejercicio y salir a correr con mi familia y me dio un ataque de asma que no me permitió hacer nada, estché a perder el plan con mi familia y me desmotivó de intentar de nuevo (ejercitarme), el sentimiento me duro cerca de dos días	9	Tristeza y enojo con todo y todos en general	Llore y me dormí y pa se esos días encerrada sin platicar mucho ni convivir	Después de esos días, hice una lista de doctores y estudios que debo hacer
13 de abril	Estoy intentando escuchar mi junta por si me preguntan algo, mientras cocino, mi hijo tiene la tele prendida y mi esposo está en el cuarto atendiendo reunión, él sale contento y gritando preguntando que cocino y en que me ayuda y me enoja mucho y contesto mal xq no deja escuchar	8	Pocos segundos de explosión irritabilidad y angustia, me di cuenta del impacto de mi reacción y me disculpé	Respire y me senté unos minutos	me quedo culpa y sentimiento por haber hecho sentir mal a los demás
21 de abril	Tuve que cancelar cita médica xq me agendaron una reunión que no podía Rechazar	7	Sudoración, dolor en hombros. Sentimiento de retroceso	Intenté hacer ejercicios de respiración, pero no logré completarlos, no pude concentrarme en hacerlos	Resignación, olvide el asunto, teniendo pendiente reagendar cita (no lo he hecho) por decisión o por "castigarme" por incumplir, me dijo "para que agendes? Para volver a cancelar?"

Estudiante: Carolina Baron Monjaraz

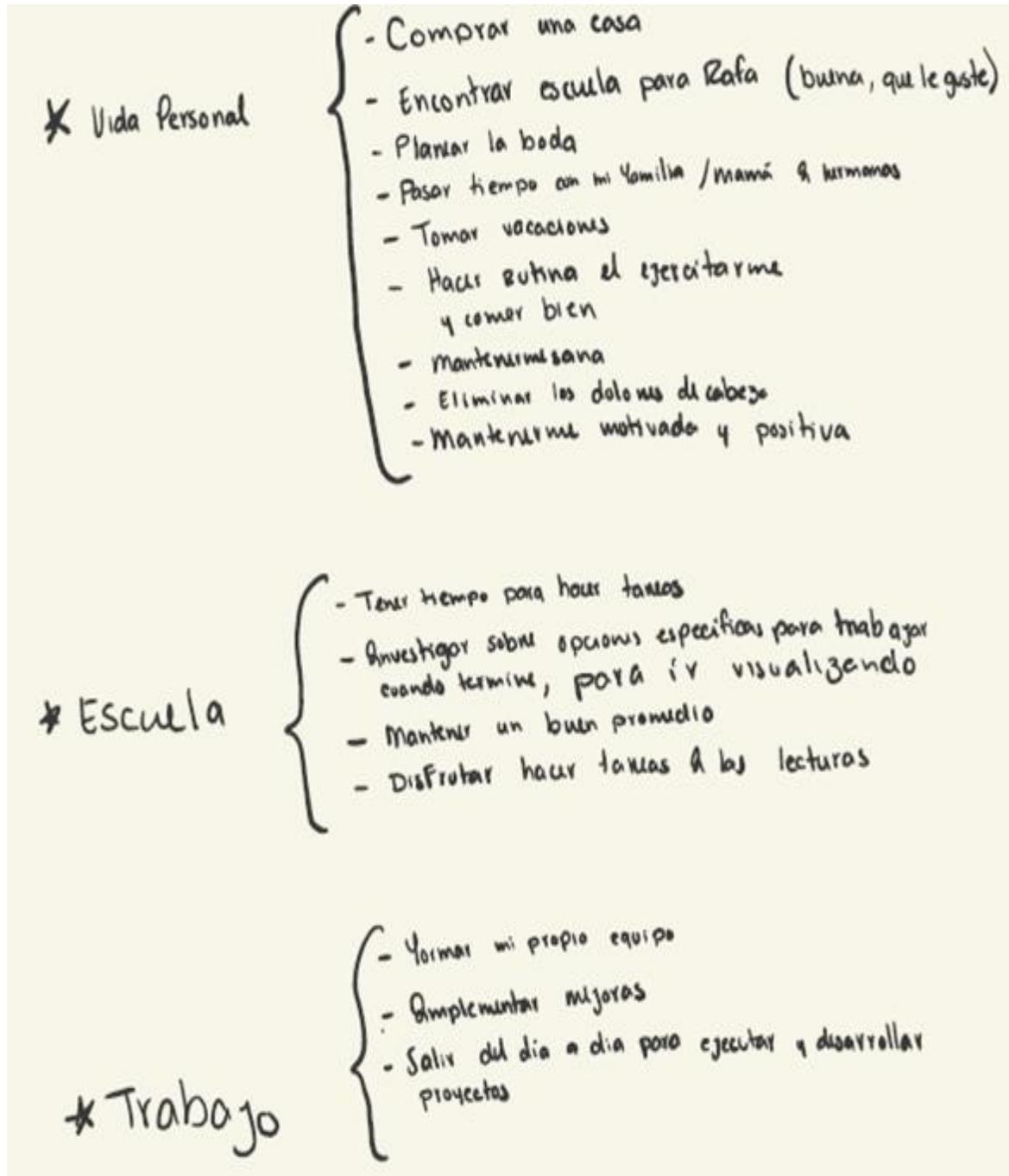
CAPED

Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia

## Anexo 2 Modelo ABC



### Anexo 3 Lista de Expectativas



**\* Vida Personal**

- Comprar una casa
- Encontrar escuela para Rafa (buena, que le guste)
- Planear la boda
- Pasar tiempo con mi familia / mamá & hermanos
- Tomar vacaciones
- Hacer rutina el ejercitarme y comer bien
- Mantenerme sana
- Eliminar los dolores de cabeza
- Mantenerme motivada y positiva

**\* Escuela**

- Tener tiempo para hacer tareas
- Investigar sobre opciones específicas para trabajar cuando termine, para ir visualizando
- Mantener un buen promedio
- Disfrutar hacer tareas & las lecturas

**\* Trabajo**

- Formar mi propio equipo
- Implementar mejoras
- Salir del día a día para ejecutar y desarrollar proyectos



## Anexo 5 Creencias irracionales identificadas y creencias alternativas

### Creencias irracionales

Forma de pensamiento irracional		Creencias alternativas
Demandas o exigencias	Si tu compañera de trabajo pusiera mas compromiso, debería saber hacer las cosas. Si me quisiera sentir ya hubiera hecho estudios y citas medicas.	No se siente bien para trabajar.  Seré capaz de asumir el compromiso de hacer cambios en mis hábitos y estilo de vida para mejorar mi salud
Catastrofismo	Mis tareas atrasadas, y siento que voy a reprobar el modulo, me voy a seguir atrasando.	Disfrutaré el tiempo que voy a dedicar a mis tareas para dar lo mejor en el curso
Baja tolerancia a la frustración	Postergar los accesos, para no equivocarse. Reagendar la cita médica.	El tiempo que dedico a cuidarme y desarrollarme es importante
Depreciación o condena global de la valía humana	Algo sale mal y le voy sumando mas cosas.	Hay cosas que no puedo controlar y pronto lograré solucionarlo, sin embargo debo enfocar mi energía en las cosas que aún puedo hacer bien

## Anexo 6 Lista de actividades que promueven emociones positivas

• Leer libros o textos de temas nuevos
• Ver películas
• Salir bici / Senderismo
• Conocer lugares nuevos
• Bordar
• Hacer tarta (con tiempo)
• Rutinas de Belleza
• Hornear
• Las plantas
• Sensación después de hacer ejercicio (Durante, no)
• Tener cabello y uñas arregladas

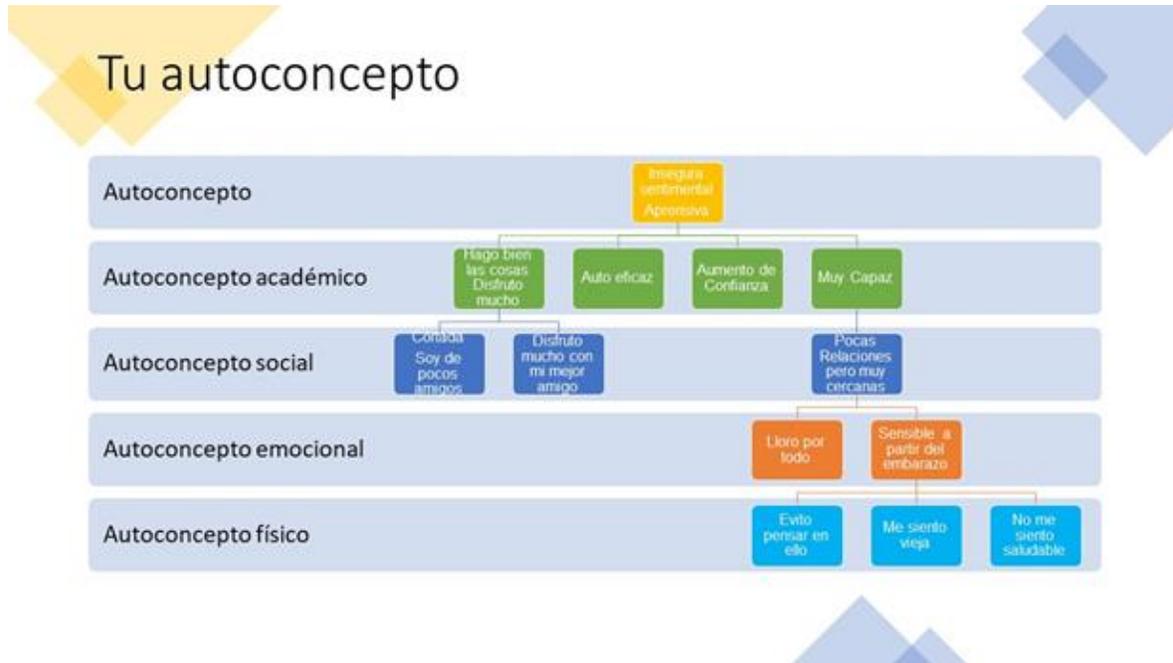
### Anexo 7 ¿Qué significan las personas que le rodean?

Rafa	hijo - diversión / ternura
Enrique	esposo - confianza
Lulú	mamá - tranquilidad
Cori	hermana menor - alegría
Thaly	hermana mayor - compañerismo
Roberto	mejor amigo - apertura
Maggi	mejor amiga - compañía / comprensión
Iruin	amigo cercano - diversión
Rafa / Marco	amigos en común con mi esposo - compañía familiar
	Amigos trabajo - comunicación, nuevas perspectivas
NO tengo mas relaciones familiares cercanos	
Tengo muy pocos amigos cercanos	

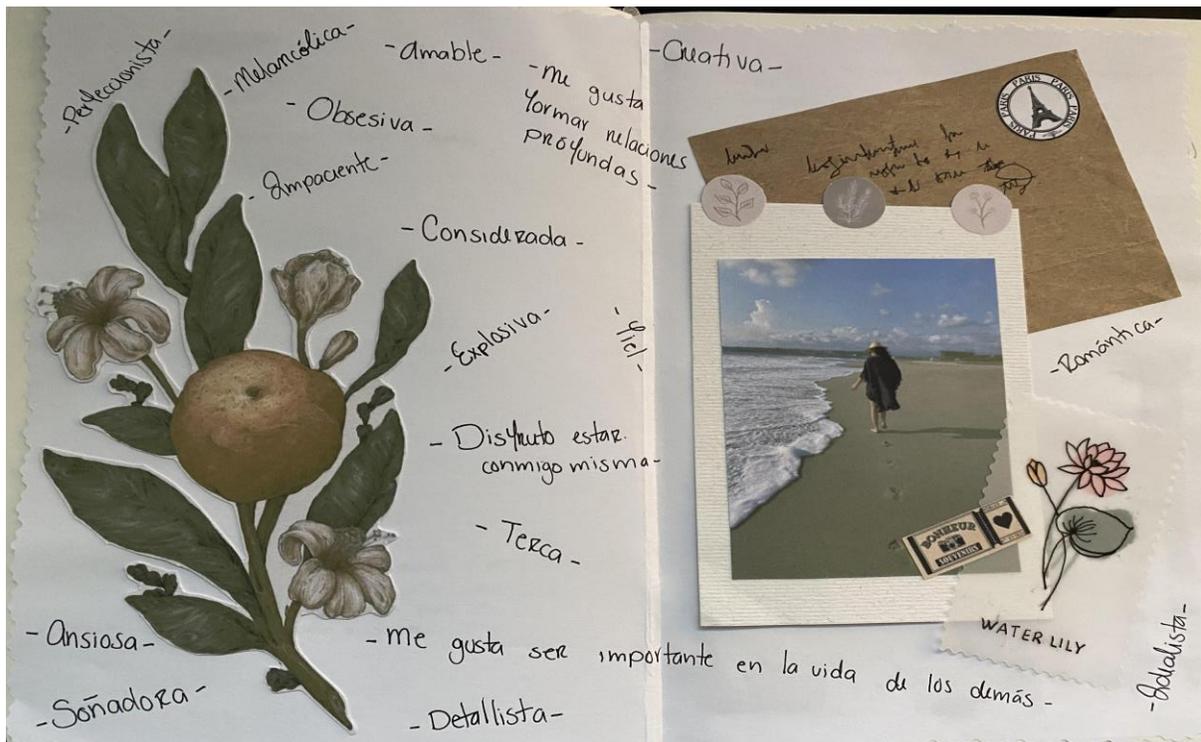
## Anexo 8 Lista de “deberías”. Distorsiones cognitivas.

- 1.- **Debería ser consciente de mi y de mis emociones la gran parte del tiempo**, para ello estoy tratando de identificarlas en el momento y anotarlas para mas tarde “con la cabeza fría” entender por que me sentí de ese modo, a su vez intento integrar técnicas de mindfulness
- 2.- **Debería tener mayor facilidad para comunicar mis ideas**, muchas veces me cuesta encontrar las palabras para comunicarme, para solucionarlo antes de una interacción o Presentación que me pone nerviosa tomo unos minutos para prepararme, de igual modo cuando leo intento aprender palabras o construcciones nuevas, sin perder el foco en el contenido.
- 3.- **Debería cuidarme más física, psicológica y espiritualmente**, durante estos meses de apoyo psicológico he entendido la importancia de cuidar de mí y no veo que ese tiempo invertido sea una pérdida, si no algo necesario que he comenzado a disfrutar mucho.
- 4.- **Debería dejar de presionarme y tomarme tan enserio ciertas situaciones**, he aprendido a ser consciente de mis emociones en ciertos momentos donde me siento muy tensa debido a que me imagino los peores escenarios, cuando eso sucede cambio mi pensamiento e intento enfocarme en lo que quiero que suceda, de ese modo me siento mas confiada y tranquila.
- 5.- **Debería ser mas segura de mi misma y tener mas confianza en mis habilidades**, he aprendido a no enfocarme en lo que me falta hacer o no hice, sino en lo que ya hice y todo lo que he logrado, esto me ayuda a sentirme motivada a seguir en vez de defraudada.

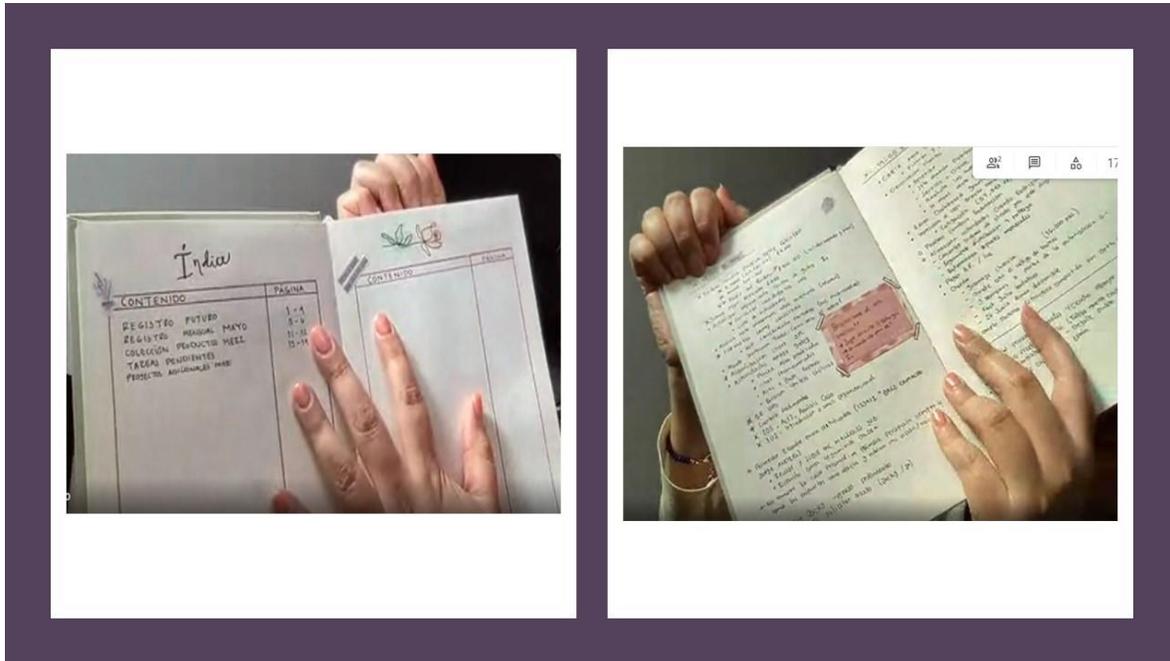
### Anexo 9 Autoconcepto de la usuaria



### Anexo 10 Autorretrato



### Anexo 11 Bullet journal (estrategia de autogestión)



### Anexo 12 Línea de seguimiento



#### REGISTRO DE LINEA DE SEGUIMIENTO

INSTRUCCIONES: Registrar cuando se presenta el estado de ansiedad, procurando hacerlo lo mas inmediato posible, para recordar el momento con mayor detalle posible.

Fecha/ duración	Descripción de la situación/personas involucradas	Intensidad (Del 1 al 10)	Sintomatología física y psicológica	ACTIVIDADES PARA CALMARSE (después de la situación)	Pensamientos y emociones (Después de la situación)
Mayo	Tenia unas tareas atrasadas y actividades por hacer.	0	Ninguna	No tuve que calmarme	Pienso que disfruto mucho mas mis tareas si no me estreso, así que solo me organice.
Junio	Visita inesperada de mi madre	0	Ninguna	No hubo problema	Al contrario me siento muy relajada de que ella haya llegado a apoyarme.
Junio	cierre de semestre y exámenes	0	Ninguna	No sentí ansiedad para nada	Solo disfrute de las tareas y las utilice para estudiar para el examen, porque era mas importante.

Estudiante: Carolina Baron Monjaraz

CAPED

Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia