



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

“Atención cognitivo conductual de un caso clínico con indicadores de
depresión en CAPED”

Reporte de Práctica de Servicio

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Mario Iván González Mateos

Director: Lic. Giovanni García Yedra

Vocal: Mtra. Gabriela Leticia Sánchez Martínez



Los Reyes Iztacala Tlalnepanitla, Estado de México, marzo 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Atención Cognitivo Conductual de un caso clínico con indicadores de depresión en CAPED

RESUMEN

Se presenta una intervención psicológica a distancia bajo el enfoque Cognitivo Conductual que se brindó a una usuaria estudiante del 3 semestre en Psicología SUAYED que solicitó apoyo mediante correo enviado al Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED) refiriendo que “sentía mucha depresión y ansiedad debido a que no lograba resolver cuestiones emocionales”. Al momento de solicitar el servicio se le pidió responder el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck para determinar la gravedad del problema y sus resultados fueron 17 y 18 respectivamente lo que significó un nivel moderado para ambas problemáticas. Esta intervención fue llevada a cabo mediante videollamadas realizadas dentro de las instalaciones de la FES Iztacala, durante un periodo de mes y medio en un total de 6 sesiones de una hora en las que estuvo en supervisión en cada sesión y hasta el alta del servicio. Se aplicaron diversas técnicas cognitivo-conductuales: Relajación Muscular Progresiva de Jacobson, Psicoeducación, Reestructuración Cognitiva, Asertividad, Activación Conductual y Prevención de Recaídas. Al término de la intervención, la usuaria recibió el alta del servicio y presentó una disminución favorable de los Índices de Depresión y Ansiedad con un puntaje de 0 y 2 respectivamente según el Inventario, lo cual indicó el cumplimiento del objetivo terapéutico.

Palabras clave: Terapia a distancia, Cognitivo Conductual, Depresión, Ansiedad, técnicas cognitivo-conductuales, objetivo terapéutico.

SUMMARY

A distance psychological intervention is presented under the Cognitive Behavioral approach that was provided to a student user of the 3rd semester in SUAYED Psychology who requested support in an email sent to the Distance Psychological and Educational Support Center (CAPED), stating that “she felt a lot of depression, anxiety due to not being able to resolve emotional issues”. When requesting the service, they were asked to answer the Beck Depression and Anxiety Inventory to determine the severity of the problem and their results were 17 and 18 respectively, which meant a moderate level of the problem. This intervention was carried out through video calls over a period of a month and a half in a total of 6 sessions where various cognitive-behavioral techniques were used: Jacobson’s Progressive Muscle Relaxation, Psychoeducation, Cognitive Restructuring, Assertiveness, Behavioral Activation and Relapse Prevention. At the end of the Intervention, the user is discharged from the service and presents a favorable decrease in the Depression and Anxiety Indices according to the Beck Instrument, which indicates the fulfillment of the therapeutic objective.

Keywords: Distance therapy, Cognitive Behavioral, Depression, Anxiety, cognitive-behavioral techniques, therapeutic objective.

CONTENIDO

ÍNDICE GENERAL	Página
Resumen	2 - 3
Introducción	6 - 7
Capítulo 1. Historia de modificación de conducta	8
Condicionamiento clásico	7 - 8
Condicionamiento operante	9 - 11
Elementos cognitivos	12- 19
Capítulo 2. Depresión	20
Aspectos demográficos (Depresión en México)	20
Definición DSM V Cognitivo Conductual (Caballo, Ellis, Beck)	21 - 28
Diagnóstico	28 - 30
Tratamiento: Aspecto cognitivo conductual de la depresión	31 - 36
Planteamiento del Problema	
Idea o Pregunta de Investigación	
Objetivo general	
Objetivos Específicos	
Hipótesis	
Capítulo 3. Presentación de caso CAPED	37
Escenario	39
Usuaría	39
Motivo de consulta	39
Conductas problema Motora, Fisiológica y Cognitiva	39
Evaluación y diagnóstico	39
Objetivo general de la intervención	41
Desarrollo de las sesiones	41 - 63
Resultados Cuantitativos y Cualitativos	64
Discusión	65 - 67
Conclusión	67 - 69
Bibliografía	65 - 69
Anexos	70 - 84

INTRODUCCIÓN

Recientemente la depresión se ha convertido en un padecimiento que se calcula afecta a más de 300 millones de personas en el mundo según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2020) afectando la calidad de vida de estas e interfiriendo en el establecimiento y consecución de las metas que desean alcanzar, así como la realización de actividades diarias que requieren para su bienestar personal y económico.

Debido a ello, equipos multidisciplinarios de la salud mental han realizado grandes esfuerzos en los recientes años para atender la demanda de las personas que solicitan apoyo para eliminar este malestar, el cual puede traer graves consecuencias; entre las más graves se encuentra el suicidio, opción por la que optan muchas personas con la finalidad de terminar con su sufrimiento, ya que según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2020) cerca de 800,000 personas se quitan la vida cada año y muchas más intentan hacerlo. Esta grave estadística indudablemente ha encendido las alarmas de organismos muy importantes como por ejemplo de la OMS, quienes han requerido redoblar los esfuerzos para disminuir dichas tasas de prevalencia y llevar a cabo medidas preventivas.

Por si fuera poco, la depresión se ha normalizado como un proceso por el cual todos pasamos en algún momento de nuestra vida y el cual podemos afrontar por sí mismo o en el mejor de los casos mediante nuestras redes de apoyo: familia, amigos, etc., sin darle la debida importancia que requiere para crear medidas de prevención en las futuras generaciones que han demostrado cambios en sus estilos de vida.

De este modo, en el presente trabajo se muestra una intervención psicológica bajo el enfoque Cognitivo Conductual que se brindó a una usuaria que presentaba indicios en depresión y ansiedad con el propósito de poder aportar información útil y valiosa que pueda tomarse para su aplicabilidad en futuras intervenciones en casos similares que requieran mayor rapidez, mayor claridad y menor costo.

CAPÍTULO 1. HISTORIA DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

El conductismo implicó la aparición de las teorías del condicionamiento que abordan el aprendizaje que deriva de la relación del sujeto con su medio. La primera que surgió fue el condicionamiento clásico, la cual habla sobre el aprendizaje asociativo y fue demostrada por el fisiólogo experimental: Iván Pávlov; quien estuvo interesado en el estudio del aparato digestivo y el estudio de las secreciones gástricas, el cual lo hizo acreedor del premio Nobel de Medicina en 1904. Entre sus principales aportaciones a la psicología se encuentra la formulación de la ley del reflejo condicionado, dicha ley demuestra que un estímulo puede provocar una respuesta que no forzosamente debe estar vinculada de forma natural. Gracias a su influencia sobre conductistas posteriores, como Watson, se le puede atribuir a la creación de la Terapia de Conducta.

Según Sarason (1981, citado en Núñez, Marián, Morillas y Muñoz, pág.817) el condicionamiento clásico es un proceso de aprendizaje en el que se asocia un estímulo condicionado con otro incondicionado. El primero hace referencia a un estímulo que inicialmente es neutro y asociado al estímulo incondicionado es capaz de generar una respuesta, mientras que el segundo alude a todo aquel estímulo que automáticamente sin necesidad de que exista un aprendizaje previo provoque una respuesta en el organismo. A lo largo de este proceso se presentan los dos estímulos con estrecha similitud y al llevar a cabo determinado número de ensayos de forma repetida y constante, el segundo también se vuelve capaz de producir un reflejo semejante. Es a partir de esto que Pávlov localiza cuatro principios que regían este aprendizaje:

1. El principio de adquisición
2. El principio de generalización
3. El principio de discriminación
4. El principio de extinción

Las ideas de Pávlov sirvieron como referente para que surgiera lo que hoy denominamos como “conductismo”, el cual comenzó a crecer en Estados Unidos, con su exponente principal John Watson. Esta corriente adopta como objeto de estudio el aprendizaje y la conducta y su propósito es el predecir y controlar la conducta por medio de un método estrictamente experimental (Ardilla, 2013).

Existen una serie de premisas propuestas por Watson (Morris & Maisto, 2005) las cuales son:

- La psicología es una ciencia natural, haciendo referencia a que la psicología tenía como objeto de estudio la explicación de la relación entre el cuerpo (objeto natural) y la conducta manifiesta.
- La introspección no es un método adecuado para la psicología, aludiendo a que ésta era poco confiable ya que para estudiar los procesos mentales es suficiente con observar la conducta y no necesariamente recurriendo al dato introspectivo.
- Hay una solución de continuidad entre la conducta animal y la conducta humana, donde afirmaba que existía la misma continuidad evolutiva entre animales humanos y no humanos en cuanto a morfología, pero sobre todo en comportamiento y en los procesos mentales.

El conductismo comienza a emplearse en humanos a partir de uno de los primeros experimentos de Watson y Rayner en el año de 1920, donde aplicaron los principios del condicionamiento clásico para condicionar el temor en un niño de 11 meses de edad conocido como el “pequeño Alberto” (Morris & Maisto, 2005).

Posteriormente surge el condicionamiento operante, una teoría conductual propuesta por Burrhus Frederic Skinner (1904-1990), la cual estudia el aprendizaje, buscando “generar un cambio en la probabilidad de respuesta” (Mejía, 2011), es decir, el objetivo es modificar la conducta. Este proceso hace referencia a cómo el sujeto opera sobre su ambiente, realiza acciones que viene acompañadas de consecuencias, las cuales determinan la probabilidad de que la conducta se repita. Estas consecuencias son llamadas reforzadores. En resumen, el fortalecimiento de las respuestas que se espera o desea obtener (comportamiento) del individuo, ocurren a partir de los reforzadores (Mejía, 2011).

A partir de los años 30, Skinner comenzó a interesarse por distinguir conductual y experimentalmente el paradigma pavloviano de los reflejos condicionados y el paradigma funcionalista de la conducta instrumental de Thorndike, un problema que fue complejo para los conductistas desde los años 20 hasta los 50 aproximadamente. En su intento por conseguirlo, buscó clarificar gradualmente el tratamiento de la conducta y en medida que los realizó fue ajustando el concepto de conducta a la descripción del diseño experimental (Quiroga, 1995).

Ante esto, Skinner desarrolló conceptos psicológicos mediante operaciones experimentales, que le permitieron controlar conductas y por la manera en que llevó a cabo experimentos pudo demostrar la diferencia entre la conducta respondiente y la conducta operante. En la primera el sujeto aprende asociando estímulos y respuestas de las cuales existen probabilidades de repetirse, y en el segundo el sujeto aprende realizando acciones que vienen seguidas de consecuencias (reforzadores).

Los principios del Condicionamiento operante se demostraron usando las llamadas Cajas de Skinner, que consistían básicamente en que con la ayuda de una palanca un ratón dentro de una caja obtuviera comida, lo que se conoce hoy como “refuerzo”, entendiéndose como todo aquel que favorece a que aumente la probabilidad de una conducta (Bados, 2011). Existen dos tipos de refuerzos, los cuales son: refuerzo positivo y refuerzo negativo; el primero alude a todo aquel que favorece la repetición de una conducta a partir de la entrega de un premio, mientras que el segundo consiste en retirar un estímulo aversivo con el fin de aumentar una conducta.

En contraparte, Skinner encontró otras técnicas de modificación conductual, por ejemplo, el castigo, que consiste en presentar y retirar eventos que reduzcan la presencia de una respuesta pero que no necesariamente impliquen dolor y, por otro lado, la privación, que consiste en retirar la presentación de un reforzador por un periodo de tiempo (Bados, 2011).

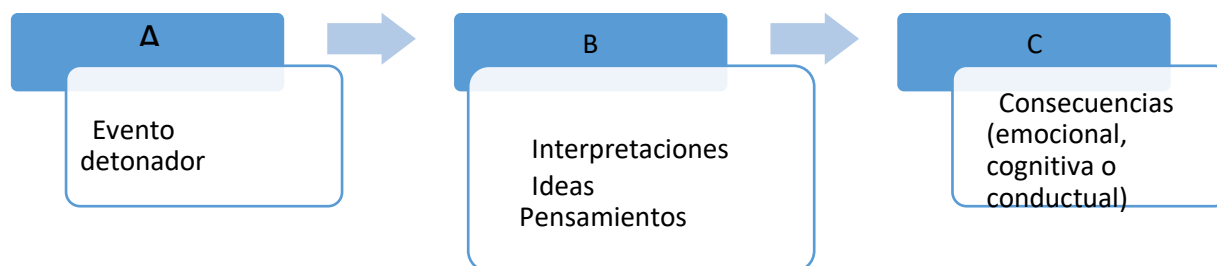
La diferencia que existe entre reforzador positivo, negativo y castigo es que en los primeros se pretende aumentar la probabilidad de la repetición de una conducta, mientras que en el segundo se busca que disminuya la probabilidad de que se repita una conducta. Existen otros modos de administrar el estímulo reforzante los cuales se denominan “programas de reforzamiento” (Martín & Pear, 2008) y se dividen en cuatro, las cuales consisten en programar consecuencias a los fines de generar una modificación en la conducta. El primero es el “programa de razón fija”, en este el refuerzo se otorga luego de que la respuesta se haya producido un número determinado de veces, por ejemplo, un alumno que resuelve problemas de matemáticas y se le otorga un refuerzo por cada problema bien resuelto se habla de un “problema de razón fija 1”. Por otro lado, el “programa de razón variable”, el refuerzo se otorga luego de un determinado número de respuestas, sin embargo, no es fijo porque no hay un número determinado, por ejemplo, un vendedor de seguros que consigue realizar ventas cada diez casas visitadas

Así mismo, en el “programa de intervalo fijo” el refuerzo se otorga después de la aparición de la respuesta solo tras haber ocurrido un determinado tiempo, por ejemplo, si dos niños son educados a que en determinada hora les servirán el desayuno, se empezarán acercarse a la cocina. Finalmente, el “programa de intervalo variable” los reforzadores solo se aplican si la respuesta se produce después de un intervalo de tiempo que varía de manera impredecible. El tiempo transcurrido no es fijo, se puede reforzar a los 2,3 o 4 minutos, pudiéndose reforzar hasta 10 conductas en 30 minutos (Martín & Pear, 2008).

Siguiendo con la historia del modelo, durante los años setenta se fueron añadiendo aspectos cognitivos y gradualmente se cambió el nombre a terapia cognitivo conductual (TCC), la cual pretende dotar de las herramientas indispensables al paciente para que afronte sus problemas cotidianos. La premisa principal alude a que el sujeto interpreta las situaciones y eventos según su percepción, la cual está influenciada por sus creencias, las cuales son derivadas de sus aprendizajes previos. A partir de esto, surge el modelo ABC de Albert Ellis entre los años de 1980 y 1981, el cual explica de una manera concreta cómo surgen nuestras conductas. En este modelo, a la letra A se le atribuye a todos aquellos eventos detonadores que generan una respuesta en el individuo. Ellis atribuye a "B", al sistema de creencias (interpretaciones, ideas o pensamientos) que son originados ante el evento detonador "A" y finalmente, "C" indica la respuesta final (conductual, emocional o cognitiva) que surge una vez ocurrido el evento detonador (Bados, 2010).

Esquema 1.

Modelo ABC de Albert Ellis



A partir de su modelo ABC, Albert Ellis recalca en hacer una distinción entre creencias racionales e irracionales y cómo estas influyen en el desarrollo de las emociones, conductas y pensamientos adecuados o disfuncionales. Ellis (1994) conceptualiza a las creencias racionales como cogniciones evaluativas de carácter preferencial que se expresan en forma de “deseo”, “preferencia”, “gusto”, “agrado” y “desagrado”. Muestran flexibilidad y contribuyen al establecimiento de metas y propósitos de los individuos. Por el contrario, los pensamientos irracionales son cogniciones evaluativas de carácter dogmático, en las que el sujeto emplea frases como “debería de” y “tendría que” las cuales interfieren en la consecución de metas y afectan el bienestar emocional de los individuos (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012).

Por su parte en el año de 1977, Albert Bandura, un psicólogo canadiense, desarrolla la teoría del aprendizaje social, la cual posteriormente es ampliada por la teoría cognitivo social, la cual propone estudiar los procesos de aprendizaje en la interacción entre el individuo y su entorno y específicamente entre el aprendizaje y el entorno social (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012).

A partir de la década de 1990 nace la “tercera generación” donde se dedican a desarrollar el análisis de la conducta el cual viene a convertirse en una refundación de la terapia de conducta. Esta generación implica una serie de terapias que comienzan a generar nuevos aportes clínicos; las cuales son: La Terapia de Aceptación y Compromiso, La Psicoterapia Analítica Funcional la Terapia de Conducta Dialéctica, La Terapia Conductual Integrada de pareja, Terapia Cognitiva con base en Mindfulness, entre otras; todas ellas reconocidas como psicoterapias conductistas radicales y del mismo modo se comienza por aclarar el punto de vista contextual de la terapia de conducta respecto al punto de vista de cognitivo (Pérez, 2006).

Algunas incorporaciones que tiene estas terapias respecto a las dos generaciones previas son (Pérez, 2006):

1. Aborda desde un enfoque más global y próximo a la persona más que al problema, tomando en cuenta la vivencia del paciente y cómo desde su contexto social y cultural se ha producido que su conducta sea poco funcional.
2. Se basa en el poder del contexto y del diálogo para conseguir dicha modificación a través de la aceptación del problema por parte del paciente como del terapeuta.
3. Su objetivo principal es modificar la manera de percibir el problema por parte de individuo tratado sin intentar un control extremo.
4. Considera al tratamiento no como una eliminación de síntomas, sino más bien en una reorientación que permite generar cambios significativos reales y permanentes.

Bajo esta misma vertiente nace una nueva terapia denominada “Terapia de Activación Conductual”, la cual retoma algunos componentes de la terapia cognitiva de la depresión de Beck y explica como el componente elemental es el “conductual”. Ésta presenta elementos novedosos como motivar al mismo para comprometerse en actividades que lo activen (Pérez, 2006).

CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se ha convertido en las últimas tres décadas en el enfoque clínico que más ha contribuido al conocimiento que se busca tener sobre la conducta del comportamiento humano y que científicamente ha recibido más reconocimiento por sus aportes y efectividad para tratar diversos problemas y trastornos psicológicos (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2013), ya que es una terapia completa que actúa sobre los pensamientos, las emociones y las conductas por lo que se consiguen resultados pronto y duraderos en la persona. La investigación científica demuestra que la Terapia Cognitivo Conductual es eficaz para un gran número de trastornos como de depresión, ansiedad, fobia social, trastorno de pánico, trastornos alimentarios, TOC (trastorno obsesivo compulsivo), etc. La Terapia Cognitivo Conductual es evidentemente una combinación de los métodos derivados de la terapia cognitiva y la terapia conductual, debido a que se centra en brindarle una serie de habilidades psicológicas al paciente de tal modo que las aprenda, desarrolle y aplique en su vida cotidiana para afrontar de una mejor manera las situaciones problema.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (González, 2018), que ha ido generando nuevo conocimiento para entender diferentes problemas donde se involucra la conducta humana y emprenden acciones de tratamiento.

La TCC es una terapia psicológica que generalmente implica ver al terapeuta una vez por semana en un promedio de entre 5 y 20 sesiones. Es una terapia donde la categoría central es el aprendizaje; se analiza qué conductas disfuncionales aprendió el sujeto, y se busca que las desaprenda o sustituya por nuevas conductas, más funcionales. Se determinan una serie de tareas que el paciente debe llevar a casa porque le ayudan a llevar los aprendizajes generados en el consultorio a situaciones reales, es decir, al ambiente en el que el sujeto se desarrolla.

El trabajo realizado fuera de las sesiones se considera necesario trabajarlo diariamente para poder contrarrestar la fuerte tendencia a la repetición de las creencias irracionales y de los patrones conductuales y emocionales disfuncionales, por estar muy arraigados durante años (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2016)

Durante la primera y si es necesaria, en la segunda sesión, se determina si este tipo de tratamiento es eficaz y válido para el tipo de problema que presenta el paciente. A partir de realizar una evaluación, la cual se conoce como análisis funcional de la conductual, el terapeuta define la dirección de la intervención. La evaluación conductual consiste en analizar las conductas que constituyen el núcleo del problema del paciente (que lo genera o lo mantiene): así como los antecedentes y sus consecuentes, junto al contexto en que se presenta dicho problema (González, 2018).

El análisis funcional (AF) pretende esclarecer cuáles son las secuencias en las que se da una conducta problemática y qué procesos de aprendizaje subyacen a la misma (las leyes de aprendizaje implicadas). El AF sería diferente para cada situación en concreto, incluso en aquellos casos que responden a una misma etiqueta, por ejemplo, ansiedad o depresión (González, 2018).

La Terapia comienza dividiendo el problema en pequeñas partes, esto se conoce como “operacionalizar la variable” y ayuda en saber cómo estas están conectadas entre sí y afectan al paciente. El proceso implica transformar situaciones abstractas y generales en variables concretas y específicas, debiendo estas ser observables; para lograrlo es fundamental contar con bases conceptuales y teóricas de las variables, el contacto y la observación de la realidad (Tintaya, 2015).

En ocasiones se solicita al paciente que lleve un diario para facilitar la identificación de sus patrones de pensamiento, de sus emociones, sensaciones físicas y de sus comportamientos. El terapeuta y el paciente analizan si estos pensamientos, emociones y conductas son realistas o no, cómo se afectan entre sí y cómo están afectando al paciente. En ese momento interviene el terapeuta porque ayuda a modificar esos pensamientos por otros que sean más realistas y objetivos (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2013).

Una vez identificado en terapia lo que se puede modificar, el terapeuta delimita los objetivos que se pretenden cumplir al finalizar la intervención y posteriormente se da paso a la intervención.

Es importante destacar algunos aspectos éticos en el ejercicio profesional del terapeuta. Un ejemplo de éstos, es el respeto, que consiste en reconocer que cada persona posee diferencias individuales, sociales y culturales, no imponiendo las propias y promoviendo los derechos humanos (privacidad, autodeterminación, autonomía y confidencialidad). Otro aspecto ético a tomar en cuenta es la responsabilidad; esto significa, cumplir con los compromisos adquiridos en el proceso de la terapia, acatar las consecuencias de los actos y acciones propias y poner empeño en brindar una atención profesional y de calidad (Sociedad Mexicana de Psicología, 2014).

La honestidad debe ser tomada en cuenta como otro aspecto ético relevante en el ejercicio profesional del Psicólogo, la cual conlleva compartir con veracidad al paciente los resultados obtenidos, mostrar siempre objetividad, sinceridad, ser congruente, no anteponer intereses personales y respetando las normas establecidas por la profesión (Sociedad Mexicana de Psicología, 2014). Por tanto, la ética es un elemento indispensable para la práctica profesional del Psicólogo y debe ser la base esencial de la formación y la práctica de la psicología como disciplina profesional.

La TCC promueve que el terapeuta sea empático, cálido, preocupado por los problemas del paciente que los divide en pequeñas partes. El terapeuta debe poner en práctica una serie de habilidades con el fin de que logre un actuar competente en su ejercicio profesional. Éstas son: habilidades de escucha y discriminación de respuesta, habilidades de fluidez, repertorio y competencia verbal, habilidades de ejecución motora, habilidades de conexión-empatía y el trabajo en grupo (Barraca, 2009) ya que en ocasiones la TCC se puede acompañar con atención psiquiátrica y en general con trabajo multidisciplinario (médicos, nutriólogos, sociólogos, etc.) para atender de manera integral ciertos trastornos psicológicos como la depresión severa.

Otro punto que ha destacado la investigación de la TCC es que se puede conseguir reducir con este tipo de terapia las posibilidades de que reaparezcan problemas ya trabajados siendo la depresión uno de los problemas más recurrentes en las personas que han tenido un periodo depresivo en su vida (Chávez, Benítez & Ontiveros, 2013)

Finalmente, la característica principal del modelo es que se basa en experimentación científica ya que sigue una serie de pasos para dar cuenta de lo que está padeciendo una persona. Primero, se lleva a cabo una evaluación al paciente a través de diversos medios (que pensamientos está asociando, cómo se está comportando ante determinadas situaciones), posteriormente se diseña un plan de tratamiento, se lleva a cabo este y finalmente se reportan los resultados obtenidos mediante la terapia.

CAPÍTULO 2. DEPRESIÓN

Dentro de la literatura de la psiquiatría y la psicología se emplean términos para explicar los problemas que padecen los individuos y que afectan su vida cotidiana y funcionalidad, un ejemplo de estos términos es la “depresión”, el cual se ha convertido en el más utilizado en los últimos 20 años, (Muriana, Pettenó y Verbitz, 2007),

Hoy en día la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2020) señala que la depresión es un padecimiento que afecta a más de 350 millones de personas. Dicho lo anterior, se estima que cada año se suicidan alrededor de 800 000 personas en el mundo y en su mayoría están relacionados con la depresión, además de que se ha convertido en la segunda causa de muerte en grupos de entre 15 y 29 años.

Por su parte, el Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente Muñiz, (Berenzon, Lara, Robles, y Medina-Mora, 2013), revela que el 6.4 por ciento de la población de México padece depresión, el cual es el primer padecimiento mental causante de discapacidad, seguida del consumo de alcohol y la esquizofrenia. Por su parte en el año de 2017 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) registró la cantidad de 6,559 defunciones en el país por suicido, de la cual advierten un aumento cada año (INEGI, 2019).

Así mismo, la Secretaría de Salud Federal (2006) estima que de los 15 millones de personas que padecen algún trastorno mental en México, la mayoría son adultos jóvenes en edad productiva, pues se trata de un padecimiento que puede afectar a cualquier persona independientemente de su raza, género o edad.

El DSM V (American Psychiatric Association [APA], 2013), emplea el concepto de depresión para referirse a un estado de ánimo bajo como consecuencia de eventos perturbadores (problemas económicos, problemas maritales, la presencia de una enfermedad, etc.) los cuales interfieren en la funcionalidad del individuo. Este manual se encarga de clasificar a la depresión según sus síntomas específicos o su etiología para distinguir diferentes grados. Algunos de éstos son los siguientes:

- Trastorno depresivo mayor (a menudo denominado depresión)
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
- Trastorno disfórico menstrual
- Trastorno depresivo debido a otra enfermedad
- Trastorno depresivo inducido por sustancias
- Trastorno depresivo no especificado

Los casos de depresión tienen en común un estado de ánimo de tristeza o irritabilidad en el individuo y va acompañado de cambios no solamente cognitivos, sino físicos que interfieren en su funcionalidad. La depresión incrementa el dolor y la angustia asociada con enfermedades (Heinze y Camacho, 2010), lo que es denominado como “somatización”, un conjunto de procesos patológicos según el DSMV dentro de la categoría “trastornos somatomorfos” en el cual el individuo experimenta los problemas emocionales en síntomas físicos.

Conviene destacar que la depresión puede entenderse de distintas formas dependiendo el enfoque. Desde un enfoque clínico, se considera un trastorno de la personalidad de carácter afectivo, cognitivo y conductual; en el cual el sujeto presenta períodos prolongados de tristeza, falta de energía, pérdida de placer, pensamientos de desesperanza, entre otros (OMS, 2017).

Desde un enfoque conductual se le considera como una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos contingentes a la conducta (Lewinsohn, 1997). Esto lleva a un estado de ánimo depresivo y a una disminución en el número de conductas. La pérdida de refuerzos se atribuye a diversos factores: a) un contexto que no los proporciona suficientemente, b) ausencia de habilidades sociales para obtener dicho reforzamiento y c) la falta de capacidad para disfrutar los reforzadores disponibles como consecuencia de los altos niveles de ansiedad social. Así mismo, desde la terapia cognitiva se entiende como el resultado de pensamientos desadaptados en el que el individuo distorsiona su realidad negativamente (Beck, 2010). Ésta se explica en tres áreas, configurando la triada cognitiva de Aarón Beck; esto es, el paciente con depresión presenta un esquema que implica una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro por lo que el paciente se percibe así mismo incapaz, inútil, despreciable o defectuoso

Entonces la depresión puede considerarse un problema de comportamiento que se desarrolla ya que consiste en un aprendizaje activo que surge a partir de los esfuerzos que realiza la persona para afrontar asertivamente su situación presente. Si el individuo no cuenta con aprendizajes que le permitan solucionar de forma adaptativa, las probabilidades de que surja la depresión y afecte su funcionalidad es más alta.

Cuando atravesamos momentos complicados (por ejemplo: la pérdida de un ser querido, la pérdida de nuestro empleo) experimentamos sentimientos negativos dependiendo lo grave o doloroso que interpretemos lo que nos está sucediendo, sin embargo, lo que realicemos a partir de ese momento, las estrategias que empleemos para afrontar dicha situación y los cambios que realicemos en el contexto serán los determinantes para la aparición de la depresión.

Skinner (1953, citado en Caballo, 2002, pág. 493) planteaba que la depresión se originaba a partir de un debilitamiento de la conducta como consecuencia de la interrupción de secuencias establecidas de la misma que terminaban siendo reforzadas positivamente por el ambiente social. De este modo, para comprender se vuelve imprescindible conocer el contexto social del individuo ya que dicha experiencia cobra sentido y sirve para indagar las causas que originan el estado depresivo del individuo.

Algunos de los estudios más relevantes que han surgido en el modelo conductual para comprender la depresión son los realizados por Martín Seligman, quien estudió cómo se producía el aprendizaje en seres humanos y en animales, por lo que realizó una serie de experimentos enfocados en perros; en uno de estos se colocaban a los perros sobre cajas metálicas en las que se transmitía corriente eléctrica que resultaba dolorosa, así mismo, también dentro de la caja había una palanca que permitía escapar del estímulo aversivo si se realizaba la operación correcta, sin embargo existían algunos sujetos que no conseguían escapar y aprendían que sin importar cual fuera la conducta realizada no lograrían retirar el estímulo aversivo, por lo que se producía una inactividad. Esta acción se denomina “desesperanza aprendida”, que consiste en un estado en el que el individuo no emite respuestas para evitar la estimulación aversiva, ya sea porque no encuentra ningún reforzador ante la conducta de escape (González & Hernández, 2012).

Respecto a la relación que tiene este concepto con los individuos deprimidos, se sabe que estos poseen pensamientos y sentimientos de desesperanza que aprenden a lo largo de su desarrollo a través de sus experiencias de vida lo cual los lleva a un estado de ánimo vacío y de inactividad (González & Hernández, 2012). Por ello, la importancia de abordar la desesperanza desde un enfoque Cognitivo Conductual, implica emplear un conjunto de estrategias que permitan activarse nuevamente, consiguiendo reforzamiento que le permita mantener e incrementar los cambios hasta ser nuevamente funcional, lo cual se conoce como “activación conductual” y consiste en incentivar a las personas con conductas funcionales que le sirvan para mejorar su estado de ánimo y reducir las conductas disfuncionales que están originando el mantenimiento de un estado depresivo (González & Hernández, 2012).

Siguiendo con las ideas de Seligman, Peter Lewisohn (1997) sugiere que los individuos deprimidos no contaban con las habilidades sociales necesarias, y por ende les era complicado obtener refuerzos de su ambiente social, lo que originaba que experimentaran una disminución de la tasa de refuerzo positivo. Libet y Lewisohn (1997) definieron la habilidad social como la capacidad compleja de emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente, y de no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por los demás. Por consiguiente, un individuo es considerado socialmente habilidoso en la medida en que genere conductas funcionales en su entorno social. Por tanto, si el reforzamiento es insuficiente, les resultará complicado a las personas deprimidas comenzar o mantener la conducta instrumental (Libet y Lewisohn, 1973)

Complementando lo anterior, James C. Coyne, un psicólogo estadounidense (1976, citado en Lewisohn, 1997) afirmó que la depresión ocurría como respuesta a las perturbaciones del contexto social del individuo. De manera concreta, Coyne planteó que la depresión aparece a partir de las respuestas negativas de otras personas relevantes a la conducta sintomática del sujeto deprimido. Coyne sostenía que los individuos deprimidos promueven un entorno social negativo propiciando que los demás se impliquen, de modo que se pierde el apoyo. Las reacciones pueden resultar de apoyo u hostiles e influyen en la percepción que el individuo deprimido hace sobre el contexto social que le rodea.

Otro factor que influye en el origen de la depresión es el impacto de sucesos vitales estresantes y crisis inesperadas (como un accidente, la muerte de alguien, una enfermedad, un divorcio) puesto que el individuo carece de habilidades específicas que le permiten enfrentarlos y resolverlos (Libet y Lewisohn, 1973). El tratamiento conductual de la depresión también está dirigido a modificar las contingencias que mantienen el estado de ánimo depresivo, ya que es muy común que el paciente no reciba reforzamiento ambiental ni a desarrollar herramientas para adaptarse a la nueva situación y que el sujeto a través de generar cambios en su ambiente pueda presentar y aprender conductas nuevas y funcionales (Dahab, Rivadeneira & Minici, 2002).

Sobre la ya mencionada “triada cognitiva” el paciente con depresión presenta un esquema que implica una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro (Beck, 2010). El primer componente de esta triada se enfoca en la visión negativa del paciente hacia sí mismo, se percibe torpe, discapacitado, con poco valor. Atribuye sus experiencias desagradables a un defecto suyo, pudiendo ser físico, mental, moral lo que lo hace percibirse como una persona inútil.

El segundo componente de la triada cognitiva refiere la tendencia del paciente a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Considera que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta situaciones difíciles de resolver. En terapia, la persona puede darse cuenta de que las interpretaciones negativas sobre las situaciones eran erróneas cuando se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones más plausibles

Por último, el tercer componente de la triada cognitiva se enfoca en la visión negativa del futuro. La persona deprimida se plantea proyectos de gran alcance y anticipa que las dificultades se presentarán indefinidamente por lo que predice fracasos, penas o frustraciones.

Para explicar porque el paciente depresivo mantiene conductas y pensamientos disfuncionales que le causan sufrimiento (incluso en contra de la evidencia de que puede haber factores positivos en su vida) se emplean los esquemas, los cuales son patrones cognitivos concretos que conforman la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad (Beck, 2006). De este modo, Beck (1967) asume que los pacientes depresivos poseen errores cognitivos, los cuales afectan su funcionalidad. Algunos de los más frecuentes son: inferencia arbitraria, abstracción selectiva y pensamiento absolutista.

Tabla 1.

Errores cognitivos

Errores cognitivos	Concepto	Ejemplo
Inferencia arbitraria	Obtener conclusiones con pocos datos demostrando mucha intuición	“Yo me estoy dando cuenta que está hablando de mí” “

Abstracción selectiva	Hacer una selección arbitraria de los aspectos negativos o que no nos agradan	“A mi nada me sale bien”
Pensamiento absolutista	Ver la vida en blanco o negro, sin existir categorías intermedias	“Siempre critica todo lo que hago”

Albert Ellis por su parte, considerado el creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (1955) propuso definir a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que puede llegar a ser permanente y que se compone por sentimientos derrotistas, abatimiento, infelicidad y culpa, que impiden al individuo disfrutar de la cotidianidad que lo rodea y los cuales se generan por patrones de pensamiento y creencias irracionales (Ellis, 1990). Para tratarla, propone dicha terapia mencionada cambiando activamente creencias y comportamientos autoderrotistas, contraproducentes y rígidos del individuo, Albert Ellis refería que, trabajando en ellos a través de un análisis racional, era posible que el individuo los entendiera y modificara por otros más racionales, una técnica cognitivo conductual que hoy se conoce como “reestructuración cognitiva” (Ellis, 1990).

DIAGNÓSTICO

La evaluación de la depresión consiste en comprobar la presencia o ausencia de criterios diagnósticos y hacer un análisis funcional de la conducta. Habitualmente se realiza basándose en el CIE o DSM, con el fin de cuantificar su frecuencia y gravedad y posteriormente determinar el tratamiento adecuado. El primero es el “Clasificador Internacional de las Enfermedades” que se centra en registrar y analizar las características presentes de un trastorno mientras que el segundo es el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” y describe sistemáticamente los criterios diagnósticos y características propias de un trastorno.

Los indicadores que da el DSM V para identificar a una persona con depresión son los siguientes:

- Estado de ánimo depresivo, caracterizado por sentimientos de tristeza, inutilidad, frustración durante cortos o largos periodos
- Disminución significativa del interés en casi todas las actividades y/o de las sensaciones placenteras relacionadas con ellas.
- Pérdida o aumento de peso considerable
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o inhibición psicomotora
- Sensación de fatiga o pérdida de energía
- Sentimiento de minusvalía o sentimiento de culpa infundado
- Disminución en la destreza cognitiva, dificultades en la atención o en la toma de decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temores a la muerte).
- Pensamientos suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan suicida (APA, 2014).

La CIE y el DSM (2014) resumen un conjunto de criterios y síntomas a evaluar, los cuales se vuelven imprescindibles para orientar la entrevista y el juicio clínico. La entrevista clínica es por excelencia la técnica más efectiva para el diagnóstico de la depresión por su grado de estructuración. Las principales áreas que se evalúan son:

- Pensamientos relacionados al suicidio
- Apoyo social del paciente
- Intensidad y duración de los síntomas relacionados a la depresión
- Conductas disfuncionales relacionadas a la depresión

Para determinar la gravedad y funcionalidad del problema se pueden emplear instrumentos como escalas o test con diferente grado de estructuración y confiabilidad como por ejemplo el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck. Su fin es meramente evaluativo ya que no pretenden realizar un diagnóstico, pues éste último deberá realizarse a partir de la información obtenida del primer acercamiento con el paciente (entrevista inicial)

Por su parte, para evaluar la depresión en una persona se puede emplear como se mencionó anteriormente el Inventario de Depresión de Beck (BDII), el cual tiene como propósito identificar la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su gravedad (Beck, 2006). El inventario consta de 21 preguntas, dando un rango de puntuación entre 0 y 63. Tiene una validez la cual es el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir (Hernández, Fernández & Baptista, 2014) que está basada en sus índices psicométricas que han sido estudiados y han mostrado una buena consistencia interna con una alfa de Cronbach de 0.76 a 0.95, mientras que la confiabilidad que es el grado en que la aplicación repetida de una prueba (test) al mismo sujeto produce resultados iguales (Hernández, Fernández & Baptista, 2014) varía alrededor del 0.8 y se puede aplicar para individuos de 13 años en adelante

Los rangos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- 21 ansiedad muy baja
- 22- 35 ansiedad moderada
- Más de 36 ansiedad severa

TRATAMIENTO

Dentro de la amplia gama de técnicas que hay en la TCC, podemos retomar algunas que se han enfocado particularmente al trabajo con la depresión, como lo son la “Reestructuración cognitiva” y la “Activación conductual”, ya que al trabajar con la modificación de pensamientos y creencias irracionales puede ser factible animar al paciente a practicar conductas más funcionales que le resulten asertivas y adecuadas con su entorno (Beck, 2010).

La Reestructuración cognitiva consiste en que el paciente con la ayuda inicial del terapeuta identifique y cuestionen sus ideas o creencias ante determinadas situaciones problemáticas, con el objetivo de que las sustituyan por otras más racionales y asertivas que reduzcan o desaparezcan todas aquellas respuestas cognitivas, motoras o emocionales que afecten su bienestar. Así mismo las emociones tienen un papel importante en la vida del ser humano por eso es necesario aprender a mitigarlas cuando se manifiestan en forma de alteración emocional, ya que tienen una importante influencia sobre las conductas que manifiesta la persona, éste es uno de los objetivos de la reestructuración cognitiva al trabajar con el aspecto emocional (Beck, 2010).

Una de las formas para poder realizar este cambio de pensamiento es mediante la identificación de la relación cognición-afecto-conducta, para que la persona aprenda a controlar los pensamientos automáticos negativos y los sustituya por unos más válidos. De esta forma se generaría un cambio en su emoción y por ende en su conducta por unas más adaptativas y funcionales (Beck, 2010).

Por otra parte, la activación conductual consiste en que durante la sesión, terapeuta y paciente vayan programando las actividades diarias que realizará el paciente, utilizando una jerarquía de tareas según la dificultad percibida por éste. Puesto que un objetivo fundamental es que el paciente se perciba capaz de controlar su tiempo y realizar algunas actividades, el programa que se establezca ha de ser realista para que pueda llevarlo a cabo y obtener pruebas a favor de su capacidad (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

De acuerdo a la evidencia empírica de algunos autores como Ortega, Kendzierski y Aranda (2015) en su artículo publicado “Intervención conductual en un caso de bajo estado de ánimo” describen el tratamiento llevado a cabo en un varón con sintomatología ansiosa-depresiva donde emplean técnicas cognitivo conductuales como activación conductual, el entrenamiento en toma de decisiones, el entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva, técnicas del manejo de la ira y pautas de higiene del sueño. Estos autores atribuyen la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se origina como consecuencia de pérdida de reforzadores (ruptura de pareja, pérdida del empleo, etc.), fracasos y una visión negativa sobre el futuro afectado el bienestar personal del paciente (Ortega, Kendziersky & Aranda, 2015). Tras cinco meses de intervención se concluye su eficacia en el control de la sintomatología ansiosa-depresiva. Concretamente, se apreció un cambio significativo en la puntuación del Inventario de Depresión de Beck, en el número y tipo de actividades desarrolladas, en la reducción de las rumiaciones, la mejora de la calidad del sueño y las verbalizaciones del cliente. Dicho lo anterior, las técnicas empleadas para el control de la ansiedad fueron relajación muscular y respiración controlada mientras que para el control de la depresión emplearon la reestructuración cognitiva, la activación conductual y el entrenamiento en habilidades sociales. La intervención se centró en promover la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados resultantes de eventos específicos y emociones relacionadas con la depresión de pensamiento negativos y reevaluarlos.

Otros artículos que demuestran la evidencia del tratamiento de la depresión bajo el enfoque cognitivo-conductual son los de (Ánton & García, 2016) y (Hernández & Romero, 2017) titulados “Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescencia tardía” e “Intervención cognitivo conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla” respetivamente. Conceptualizan a la depresión como un trastorno afectivo en el que el individuo presenta sentimientos de tristeza, pérdida del interés, baja autoestima y problemas para concentrarse”. La manera en cómo abordan la depresión presenta similitudes ya que las intervenciones constan de 10 sesiones: dos de evaluación y ocho de intervención con duración de 50 minutos cada día. Los objetivos a lograr son disminuir tristeza, irritabilidad, y encontrar pensamientos adaptativos para mejorar la salud mental. Se explica al paciente el encuadre de la TTC para el tratamiento trastorno depresivo. Se acuerda contrato terapéutico, objetivos de la terapia. Se expone al paciente el análisis funcional, y resultados de las evaluaciones y posteriormente se da inicio a la intervención. Las técnicas de intervención son: psicoeducación sobre emociones, psicoeducación sobre distorsiones cognitivas, técnica de entrenamiento en autoinstrucciones, procedimiento de la parada de pensamiento y técnicas de relajación. Así mismo, se les trazan como objetivos terapéuticos al paciente incrementar responsabilidad emocional, disminuir tristeza e irritabilidad, desarrollar sistema de creencias adaptativas, e incrementar habilidades sociales, para elaborar el plan de tratamiento.

Existen otras alternativas para el tratamiento de la depresión, las cuales se encuentran dentro de las denominadas “Terapias de Tercera Generación o “Terapias Contextuales”. Las más conocidas son: Terapias basadas en Mindfulness (MBT), la Terapia de Activación Conductual (BA), la Terapia Dialéctico- Conductual (DBT), la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). El objetivo de estas terapias se centra en alterar la función de los pensamientos, recuerdos, emociones u otros eventos privados a través del contexto en el que estos síntomas resultan problemáticos a fin de construir repertorios flexibles y efectivos (Haynes, 2004).

Un ejemplo de estas es la ya mencionada Activación Conductual (AC), la cual es una de las alternativas más utilizadas en el tratamiento de la depresión, ya que es un tratamiento estructurado, eficaz y bien establecido (Puspitasari, Kanter, Koerner, Murphy & Crowe, 2013) que como ya se dijo está enfocado en el incremento de las conductas manifiestas que puedan acceder a contingencias medioambientales reforzantes y así mejorar el estado de ánimo y la calidad de vida. Para demostrar a la evidencia empírica de este tratamiento se puede citar un estudio que demuestra la efectividad en la disminución de los síntomas depresivos. Este estudio fue el realizado por Ekers (2011), con personas que padecían un diagnóstico de trastorno depresivo mayor, en el que se compara el grupo de tratamiento con Activación Conductual (AC) con un grupo control de lista de espera, encontrando que la AC logra reducciones significativas en los puntajes de depresión.

Otro ejemplo de ellos es un estudio elaborado por Bianchi & Henao (2015) quienes aplicaron un tratamiento de AC en dos adultos con síntomas moderados de depresión y obtuvieron como resultado el decremento de los síntomas de la depresión y un incremento de actividades de diferentes niveles de dificultad.

Es de destacar que la programación y el registro de actividades sirven, en el caso de pacientes depresivos, para poner a prueba la creencia de que no pueden hacer nada. Las actividades que realizan, por pequeñas que sean, permiten al terapeuta tener una base para refutar las creencias de incapacidad absoluta. Al mismo tiempo, ya que al realizar la programación se procura elegir aquellas actividades que, aunque sea en grado mínimo, proporcionen algún tipo de agrado al cliente, la satisfacción asociada a actividades concretas va sensibilizando al paciente hacia sentimientos de bienestar (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Finalmente, con el tratamiento de la depresión bajo el enfoque Cognitivo Conductual es fundamental no perder de vista el objetivo el cual es brindar las herramientas necesarias para hacer frente a las problemáticas de la vida diaria del paciente que están interfiriendo en su malestar emocional, que aprenda conductas funcionales y adquiera pensamientos flexibles. Su gran validez reside en el respaldo que recibe de la investigación científica al señalar que se pueda aplicar a un gran número de trastornos como la depresión y ansiedad (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012), ejes centrales del presente trabajo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Idea o pregunta de investigación

¿Cómo se brindó atención psicológica bajo el enfoque Cognitivo Conductual a una usuaria con indicadores de depresión en el Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED)?

Objetivo General

Describir la atención psicológica con enfoque Cognitivo Conductual que se brindó a una usuaria con indicadores de depresión en CAPED.

Objetivos Específicos

- Describir los objetivos logrados durante cada una de las sesiones.
- Describir el desarrollo de las sesiones que se llevaron a cabo en una intervención psicológica bajo el enfoque cognitivo conductual.
- Describir las técnicas Cognitiva Conductuales empleadas durante una intervención psicológica.
- Mostrar los niveles de ansiedad y depresión presentes en la usuaria pre y post a la atención psicológica brindada.

Hipótesis

La Atención psicológica bajo el Cognitivo Conductual que se brindará a la usuaria le beneficiará mediante el aprendizaje y desarrollo de estrategias de asertividad, conductas y pensamientos funcionales que le permitirán reducir considerablemente su sintomatología depresiva.

METODOLOGÍA

La Participante

Debido a que se refiere a un estudio de caso, se enfocó a una única mujer, de quien se buscó obtener información de las variables que influyeron a que presentara una sintomatología depresiva.

Tipo de Investigación

Investigación de corte cualitativo que pretendió explicar la atención psicológica que se brindó a una usuaria con indicadores de depresión y ansiedad en el Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED), mediante técnicas- como la relajación muscular progresiva de Jacobson, psicoeducación, reestructuración cognitiva, asertividad mediante el entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaídas orientadas al aprendizaje de estrategias de afrontamiento a sus problemas cotidianos.

Diseño de Investigación

El diseño de investigación más pertinente de acuerdo al objetivo planeado resultó ser el fenomenológico, mismo que supone según sus premisas en responder a planteamientos de índole subjetivas

CAPÍTULO 3. PRESENTACIÓN DE CASO CAPED

La terapia psicológica a distancia tiene sus orígenes más remotos en 1960, cuando se emplearon en el ámbito de la salud las nuevas tecnologías de la información con el fin de enviar imágenes radiográficas, por su parte las terapias cognitivas y conductuales se han integrado fuertemente en el mundo de la psicoterapia en línea, desde terapias individuales hasta terapias grupales (Hopps, 2003) en las que se ha demostrado eficientes resultados respecto a la aceptación de nuevas tecnologías, formación de alianza terapéutica, generación de adherencia al tratamiento y resultados. Es una intervención psicológica a distancia mediante videollamadas o cualquier otro recurso tecnológico que facilite la comunicación e interacción clara y eficaz entre psicólogo y paciente. Esta modalidad es flexible y se adapta a diversas necesidades del paciente como mayor comodidad privacidad y menor costo al momento de trasladarse (Botella, Quero, Serrano, Baños &García, 2019).

El Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia tiene como objetivo brindar asesoría psicológica y educativa en línea a la comunidad estudiantil de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. La atención está mediada por tecnología con la oportunidad de franquear las barreras físicas o relativas a la distancia, logrando la igualdad de acceso a los servicios de salud mental y asesoría educativa a estudiantes que no pudiesen asistir a los servicios de atención presenciales o que por sus actividades encuentran practicidad en esta modalidad de atención.

El apoyo psicológico se centra en la asesoría psicológica basada en un modelo de terapia breve cognitivo conductual para aquellos alumnos que presentan mayor malestar emocional que afecten algunos ámbitos de su vida. El servicio ofrece asesoría de apoyo a corto plazo que puede ir de dos a ocho sesiones, dependiendo del caso y acorde al tipo de intervención que se requiera. En caso de ser necesario o requerir mayor seguimiento se realiza la canalización pertinente a instituciones especializadas.

El apoyo educativo se dirige en atender las necesidades educativas de los alumnos en cuanto habilidades de aprendizaje y hábitos de estudio, proporcionando estrategias que faciliten el estudio de sus asignaturas, así mismo se brinda información sobre sus hábitos de estudio que favorezcan la planeación y organización del trabajo académico.

El equipo de asesores CAPED se encuentra en constante capacitación y supervisión por parte de los profesores de SUAYED Psicología, siempre apegados a lineamientos del código ético del ejercicio profesional del psicólogo, así cuidado de la confidencialidad y protección de datos. La responsable e impulsora del proyecto CAPED es la Dra. Anabel de la Rosa Gómez

En el presente capítulo se detalla el objetivo de cada una de las sesiones, el plan de trabajo, el desarrollo de la sesión y las técnicas empleadas durante la intervención:

Escenario.

El caso clínico se llevó a cabo en las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala específicamente en el edificio de Coordinación de Educación a Distancia dentro de unos cubículos que pertenecen al Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED) el cual, es un servicio que brinda consejería psicológica y orientación educativa a alumnos del SUAyED Psicología con el propósito atender y disminuir el malestar emocional así como su impacto en el rendimiento académico, y de ser necesario canalizar al estudiante a la instancia correspondiente que le ofrezca un servicio especializado acorde a su motivo de consulta.

Usuaría

M, de 39 años. Casada, madre de 2 hijos y docente de primaria como ocupación.

Motivo de consulta

La usuaria envió solicitud de atención psicológica a CAPED por voluntad propia refiriendo: “me siento con mucha depresión, ansiedad debido a que no logro resolver cuestiones emocionales”.

Evaluación y diagnóstico

Acorde a la logística del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED) se emplearon dos instrumentos de evaluación los cuales se aplicaron a la usuaria previamente a la intervención, con el propósito de determinar sus niveles de ansiedad y depresión, así como analizar su conducta problema desde la lógica del análisis funcional. Los instrumentos que se aplicaron fueron:

- Inventario de ansiedad y depresión de Beck aplicado por CAPED
- Screening (entrevista inicial) aplicado por asesor

Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck aplicado por CAPED

Es un instrumento de evaluación que tiene el objetivo de valorar los síntomas somáticos de la ansiedad y la depresión y obtener indicadores de la presencia de elementos asociados a estados de depresión y ansiedad. El cuestionario consta de 21 preguntas, dando un rango de puntuación entre 0 y 63.

Los rangos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- 21 ansiedad muy baja
- 22- 35 ansiedad moderada
- Más de 36 ansiedad severa

Los ítems se puntúan de 0 a 3. “0” se interpreta como “en absoluto”, “1” como “levemente, no me molesta mucho”, “2” “moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo” y “3” “severamente, casi no podía soportarlo”. Los síntomas aluden a la última semana y el momento actual (Beck, Steer & Brown, 2006).

Al responder el Instrumento de Depresión y Ansiedad de Beck previamente al proceso terapéutico la usuaria obtuvo los siguientes puntajes: Depresión (17) y Ansiedad (18) lo que según esta escala nos indica, presentaba un nivel moderado para ambas problemáticas psicológicas.

Screening (entrevista inicial)

Durante la primera sesión se le aplicó el “screening o entrevista inicial” con el propósito de analizar su conducta problema desde la lógica del análisis funcional. La entrevista siguió un guión que fue desde el registro de los datos personales hasta la delimitación de la conducta problema. En ese momento refirió que no lograba controlar sus emociones principalmente el enojo, lo que a su vez le generaba ansiedad y terminaba encerrándose en su cuarto a llorar y dormir. A partir de este dato, se diagnosticó que la usuaria presentaba sintomatología depresiva y ansiosa derivada de la carencia de estrategias de afrontamiento ante los problemas cotidianos que la aquejan.

El instrumento sirvió como base analizar las variables a trabajar, determinar las técnicas de intervención y poder describir el problema de la usuaria en términos de conductas específicas, las cuales fueron:

- Motoras: Encerrarse en su cuarto, llorar, dormir por prolongado tiempo
- Fisiológica: Dolor de estómago, dolor de espalda, infección intestinal.
- Cognitivas: Distorsiones cognitivas de tipo sobre generalización como: “Nadie se preocupa por mí”, “A nadie le importo”.

Objetivo general de la intervención

La usuaria llegó con la solicitud de “controlar sus niveles de ansiedad y depresión para afrontar de manera asertiva sus problemas personales y laborales”, lo cual sumado al análisis de las variables antes mencionadas y aplicación de los instrumentos se llegó a la conclusión de que se debía brindar herramientas a la usuaria que le permitieran afrontar sus problemas y extinguir su sintomatología depresiva. Por lo tanto, el objetivo de la intervención fue:

Promover la autorregulación emocional mediante la adquisición de estrategias de afrontamiento que le permitan controlar los niveles de ansiedad y depresión.

Desarrollo de las sesiones

En el siguiente apartado se enlistan las sesiones y el nombre de las mismas que se llevaron a cabo en la intervención, así mismo se incluye el desarrollo de cada sesión y las tareas que se encargaron realizar a la usuaria finalizando las sesiones.

Sesión 1. Entrevista inicial

El objetivo fue analizar la conducta problema desde la lógica del análisis funcional, mediante la aplicación de una entrevista inicial.

El desarrollo de las sesiones y técnicas fue el siguiente:

1. Se le dio la bienvenida a la usuaria, cada uno se presentó, se le explicó el funcionamiento del servicio y la finalidad de la entrevista inicial que se le iba a realizar haciendo hincapié en la sinceridad de sus respuestas y la confidencialidad de La información.
2. Comentó que había solicitado el servicio porque “Se sentía muy triste, desmotivada y estresada por la carga laboral y la falta de apoyo de sus compañeros de trabajo especialmente del director”. Ante los problemas presentados en su vida cotidiana tanto en su entorno laboral como en su entorno familiar me contó que “Llegando a su hogar se encerraba en su habitación por dos o tres horas, descuidando a su familia, y convirtiéndose en un foco de preocupación para su pareja e hijos”

3. Una vez concluido el screening, se le agradeció el tiempo brindado a la misma, se le indicó la fecha y hora de la próxima sesión en la cual daba comienzo la intervención psicológica y se le explicó un autorregistro (**ANEXO 1**) donde debía anotar los eventos activadores de la problemática presentada (depresión e inestabilidad de sus emociones), y lo que pensaba y hacía ante ellos (consecuencias); el cual se le mandó terminando la sesión vía correo electrónico.

Sesión 2: Técnicas de relajación

El objetivo fue que la usuaria disminuyera sus niveles de activación fisiológica para que afrontara de mejor manera sus situaciones problemáticas, mediante la aplicación de la Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.

El desarrollo de las sesiones y técnicas fue el siguiente:

1. Se le dio la bienvenida a la sesión, se hizo un breve repaso de la primera sesión y de la tarea llevada a casa la sesión pasada. Comentó que hubo 4 situaciones en las que se sintió triste y enojada. Una de ellas fue, por ejemplo: “Durante la semana estuve muy estresada por una situación de trabajo donde el director de la escuela me asignó otro cargo y por ende nuevas tareas, lo que generó que al momento de llegar a mi hogar tuviera una discusión con mi pareja al verlo sentado viendo la televisión”.
2. Se le comentó que posteriormente se le enseñaría una técnica de relajación para que la realizara en situaciones estresantes como la que aconteció en la semana.
3. Se le enseñó la conformación del Sistema Nervioso Central (SNC), la dinámica y los procesos que interviene en el mismo para el desarrollo del estrés y ansiedad.
4. Se le enseñó una forma de disminuir los niveles de activación fisiológica (ansiedad y estrés) para afrontar de mejor manera las situaciones problemáticas que se le presentan, mediante la aplicación de la Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.

Los pasos que implicó la realización de esta técnica fueron:

- Buscar un lugar cómodo para realizar la técnica.
- Sentarse en una silla con respaldo y mantener la postura recta.
- Inhalar y exhalar por diez segundos
- Tensar por cuatro segundos los siguientes grupos musculares y pasar inmediatamente a relajar el musculo quince segundos antes de pasar a uno nuevo
- Apretar el puño dominante.
- Apretar el codo contra el brazo del sillón
- Apretar el puño no dominante
- Apretar el codo contra el brazo del sillón
- Levantar las cejas con los ojos cerrados y arrugar la frente.
- Apretar los parpados y arrugar la nariz
- Apretar las mandíbulas, sacar la barbilla hacia afuera y presionar el paladar con la lengua
- Empujar la barbilla contra el pecho, pero hacer fuerza para que no la toque
- Arquear la espalda como si se fueran a unir los omoplatos entre si
- Poner el estómago duro y tenso
- Apretar el muslo contra el sillón
- Doblar los dedos del pie dominante hacia arriba
- Doblar los dedos hacia dentro sin levantar el pie del suelo
- Apretar el muslo contra el sillón
- Doblar los dedos del pie hacia arriba
- Doblar los dedos hacia dentro sin levantar el pie del suelo

- Hacer un paso mental de los grupos musculares, comenzando del final al principio de la secuencia para facilitar la autoexploración de los músculos que no se hayan podido relajar correctamente
- 5. Finalmente, se le agradeció el tiempo destinado a la sesión y se le pidió como tarea anotar en una tabla (**ANEXO 2**) que se le mandó terminando la sesión vía correo electrónico los sentimientos y sensaciones percibidas antes y después de realizar la técnica de relajación para que hiciera un comparativo y reconociera el cambio logrado.

Sesión 3: Psicoeducación y Reestructuración Cognitiva

El objetivo fue que la usuaria conociera información general sobre su problemática presentada (depresión y ansiedad), explicara el significado que tiene para ella padecer ese malestar, reconociera la importancia de su abordaje, así como que modificara el modo de interpretar sus pensamientos irracionales por pensamientos racionales mediante la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis y aprendiera cuáles son las principales distorsiones cognitivas que posee el ser humano (abstracción selectiva, filtración selectiva, sobregeneralización, etc.); ante los eventos que acontecen a su alrededor y como estos repercuten en sus conductas

El desarrollo de la sesión fue el siguiente:

1. Se le dio la bienvenida a la sesión, se le solicitó comentar su nivel de ansiedad y estrés presentado a lo largo de la semana una vez aplicada la técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.
2. Comentó que “Practicó la Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson toda la semana al concluir sus actividades laborales, académicas y domésticas y que estas la relajaron significativamente; así mismo reconoció haberlas practicado con sus alumnos al terminar sus clases durante la semana para reforzarlas y ver su efectividad”
3. Se le motivó a seguirla practicando y adoptarla como un hábito.

4. Se le explicó la dinámica de la tercera sesión y se le brindó psicoeducación sobre depresión y ansiedad, así como la importancia de su abordaje.
5. A través de diapositivas de Power Point se llevó a cabo una exposición sobre “Ansiedad y depresión” (**ANEXO 3**) donde se abordó el concepto, los tipos, factores de origen, factores de riesgo y las técnicas de intervención de cada uno
6. Se le explicó el Modelo ABC de Ellis y los diversos tipos de distorsiones cognitivas presentes en el ser humano mediante una diapositiva de Power Point (**ANEXO 4**)
7. Se le planteó un ejemplo de problemas emocionales que presentaban personas ante situaciones problemáticas con el fin de que ella debatiera las creencias irracionales que surgían a partir de estas y modificarlas por creencias racionales retomando la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis (ANEXO 5) Los ejercicios fueron:

Situación 1: “Saber que habrá un despido masivo en la empresa y que existe una posibilidad de que te toque a ti”

Pensamiento irracional: “Si perdiera mi trabajo sería lo peor que me pudiera pasar en la vida, nunca encontrare un trabajo igual de bueno.”

Emociones: Preocupación, Ansiedad

Debate de creencias: “¿Realmente no tengo posibilidades de encontrar un trabajo igual de bueno?”

Pensamiento racional: “Será mala suerte si me toca que me despidan, pero no es el fin del mundo. Tengo experiencia en la rama y las posibilidades de que encuentre un trabajo similar son altas”.

Nuevas emociones: inquietud e incluso tranquilidad.

Situación 2: “Encontrarse en una reunión social y no conocer a las personas que se encuentran junto a mí”

Pensamiento irracional: “Debo demostrar que soy socialmente competente para entablar una conversación sobre cualquier tema, si no es así claramente demostraré ser un ser inferior”

Emociones: Ansiedad

Debate de creencias: “¿Qué evidencia hay de que debo comportarme de forma natural y correcta?” “¿Qué prueba hay de que sentirme mal en grupo me convierta en un ser inferior?”

Pensamiento racional: “No es obligatorio que deba actuar siempre bien ya que soy un ser humano falible e imperfecto como el resto de la gente y nunca he sido una persona sociable.”

Nuevas emociones: relajación

Se le solicitó a la usuaria retomar el ejercicio realizado durante la sesión y la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis para que realizara uno similar de las situaciones problemáticas que acontecieran en su semana y se acordó mandarlo por correo un día antes y comentarlo en la siguiente sesión.

Sesión 4: Asertividad

Los objetivos de la sesión fueron: Que la usuaria conociera y desarrollara estrategias de asertividad que le permitieran afrontar de mejor manera sus problemas cotidianos, que mencionara cuales son las conductas pasivas, agresivas y asertivas que ella realiza, que conociera alternativas de acción para modificar las conductas pasivas y agresivas por conductas asertivas, que la usuaria conociera de un caso simulado similar a su situación donde planteara qué conductas asertivas practicaría en el mismo y que se llevara como tarea anotar en un cuadro las conductas asertivas que realizara ante las situaciones problemáticas que se le presentaron durante la semana y motivarle a adoptar las mismas y desaprender las conductas agresivas y pasivas.

El desarrollo de la sesión fue el siguiente:

1. Se le dio la bienvenida a la sesión, se le solicitó comentar sobre la tarea de la sesión anterior.

2. La usuaria explicó el ejercicio que realizó como tarea (**ANEXO 6**) y “reconoció haber sabido debatir mejor sus creencias irracionales a comparación de las semanas anteriores a la sesión 3”. Las creencias y el debate que hizo de las mismas fueron:

Situación 1: “Estaba viendo una película con mi hija pequeña, cuando mi esposo dijo vamos ir a una boda cámbiense y como nadie le hizo caso se fue solo”.

Creencia irracional: “Seguramente su intención fue no decirnos de la boda a tiempo para que no asistiéramos”

Emociones: Enojo y frustración

Debate de creencias: “¿Acaso yo no he olvidado avisarle de cosas importantes estos últimos meses?”

Creencia racional: “Mi esposo ha tenido mucho trabajo estas últimas semanas, es natural que olvide con frecuencia algunas cosas de menor importancia”.

Emociones nuevas: Tranquilidad

Situación 2: “Estaba grabando un video simulando una conferencia para un módulo de la universidad y lo tuve que repetir varias veces porque por una u otra situación se le paraba la grabación a mi esposo”.

Creencia irracional: “Mi esposo debería estar más familiarizado con la tecnología por ser Ingeniero y así no tendríamos dificultades para grabar el video”

Emociones: enojo y frustración

Debate de ideas: “¿Siempre nos pasara lo mismo, no hemos resuelto problemas más complejos en pareja?”

Creencia racional: “Si aprendemos mediante tutoriales sobre las tecnologías o pedimos apoyo de la gente, es muy probable que en las próximas actividades no tengamos problemas para grabar”

Emociones nuevas: Tranquilidad y optimismo

Situación 3: “Vi una publicación de mis amigas donde están pasando juntas un festejo del día de la maestra”.

Creencia irracional: “Seguramente no me invitaron porque soy una persona aburrida”

Emociones: Rabia y tristeza

Debate de ideas: “¿Si no me invitaron a la fiesta significa que soy una persona aburrida?”

“¿No pueden existir más motivos por los cuales no me invitaron?”

Creencia racional: “Si no me invitaron al festejo fue porque sabían que estaba en semana de exámenes en la Licenciatura y mi hija tenía varicela.”

Emociones nuevas: Tranquilidad

Situación 4: “Estaba cubriendo mi guardia en la puerta de mi trabajo cuando llegó mi amiga Alejandra a decirme que ella iba en estado alcohólico porque con mis otras dos amigas se fueron a festejar hasta la madrugada.”

Creencia irracional: “Seguramente me quiere presumir lo que hicieron ayer para hacerme sentir mal.”

Emociones: Enojo e indiferencia

Debate de ideas: “¿Contarme como les fue ayer significa que solo quieren presumirme que la pasaron bien?”

Creencia racional: “Si me cuenta lo que hicieron en el festejo de ayer fue porque lo disfrutaron y quieren que me motive para acompañarlas la siguiente ocasión.”

Emociones nuevas: Indiferencia y tranquilidad

3. Se le reconoció el esfuerzo a la usuaria por la tarea realizada y se le motivó a continuar aplicando el mismo ejercicio a su vida cotidiana.

4. Se le explicó la dinámica de la cuarta sesión y mediante una presentación de Power Point (**ANEXO 7**) se expuso a la usuaria el concepto de asertividad (características de personas asertivas y no asertivas), conductas pasivas y agresivas siguiendo el modelo de entrenamiento en habilidades sociales con el objetivo de que pudiera identificar los tres tipos de conductas de asertividad presentes en ella.
5. Se le presentó un caso simulado (**ANEXO 8**) y similar a su situación según la información recabada en la entrevista inicial donde se le solicitó plantear qué conducta asertiva practicaría en el mismo. El ejercicio fue el siguiente:

Esposa: “Amor ¿podrías ir a recoger a los niños al colegio?, tengo aún que preparar la lección para mañana y creo no me dará tiempo.”

Esposo: “Lo siento amor, pero acabo de volver del trabajo y estoy muy cansado, ve tú.”

Lo que se acordó con la usuaria sería actuar asertivamente fue: “Sé que estás muy cansado porque te esfuerzas mucho en tu trabajo. Tu jefe debería darse cuenta de eso y no cargarte con tantas tareas. Pero te pido el favor de que recojas los niños, ya que tengo que hacer este trabajo para mañana. Luego podremos descansar”.

Se le solicitó como tarea registrar todas aquellas conductas asertivas que realizara ante situaciones problemáticas y se acordó comentarlas la próxima sesión

Sesión 5: Activación Conductual

Los objetivos de la sesión fueron que la usuaria restableciera las dinámicas conductuales previas a la aparición de la depresión, detallara las dinámicas conductuales previas y posteriores a la depresión y se llevara como tarea la restauración progresiva de las dinámicas conductuales previas a la depresión y anotara en un cuadro el tiempo que se dedicó a cada actividad y el grado de placer.

El desarrollo de la sesión fue el siguiente:

1. Se le dio la bienvenida a la sesión, se le solicitó comentar sobre la tarea de la sesión anterior y se le explicó la dinámica de la quinta sesión.
2. La usuaria comentó que llevar a cabo conductas asertivas ante los eventos problemáticos presentados durante la semana le ayudaron a mejorar la relación que se venía deteriorando con su entorno laboral pero principalmente con su esposo. Anteriormente ella “no se consideraba una persona totalmente asertiva, sin embargo, reconoció que a partir de la sesión 3 empezó a dirigirse de manera más asertiva con la gente, dejando de acceder a las peticiones de los otros y anteponiendo sus intereses personales, lo cual la relajaba bastante.”
3. La situación que registró en la cual presentó una conducta asertiva fue **(ANEXO 9)**
 - **Situación:** “Profesora, puede apoyarme quedándose a explicar a los padres de familia cómo se llevará cabo la excursión al Museo, debo de ir al banco”
 - **Respuesta:** “Me gustaría poderlo apoyar, pero esta vez realmente no puedo, mi hija me ha esperado mucho en la estancia últimamente y no quiero que se convierta en una costumbre para ella el esperarme, mi horario de trabajo ha terminado”. Lo cual “evitó gran parte del estrés que vive cada semana y el resto del día se sintió tranquila y sin ningún tipo de remordimiento”. Finalmente, se le motivó a seguir aplicando conductas asertivas a su vida cotidiana.
4. Posteriormente, se le enseñó el concepto de la activación conductual y rastrearon las dinámicas conductuales llevadas por la usuaria previa a la depresión. Las cuales fueron: “salir con mi esposo, mis amigas, hacer postres y hacer ejercicio.”
5. Se le solicitó como tarea retomar gradualmente dichas actividades que le provocan placer y agrado de tal modo que a la semana fueran dos actividades como mínimo, dedicarle 120 minutos a cada una por semana y finalmente anotar en una lista el grado de placer de la actividad realizada para poderlas comentar en la última sesión

Sesión 6: Prevención de recaídas

El objetivo de la sesión fue dar por concluido el proceso terapéutico y que la usuaria conociera las acciones que pudiera tomar para la prevención de recaídas.

El desarrollo de la sesión fue el siguiente:

1. Se le dio la bienvenida a la sexta sesión, se le solicitó comentar cómo se sintió realizando la tarea de la sesión anterior que consistió en retomar gradualmente la realización de aquellas actividades placenteras y agradables y la importancia de poderlas llevarla a cabo.
2. La usuaria enlistó la serie de actividades que retomó y realizó durante la semana y el tiempo que destinó a cada una de ellas las cuales siguieron ayudando a mejorar su estado de ánimo y le causaron mucho placer **(ANEXO 10)**.

Empezó haciendo ejercicio 30 minutos el día viernes lo cual le provoco una sensación de relajación, el sábado salió con su esposo a caminar al parque por treinta minutos lo cual le causó mucha satisfacción, posteriormente ambas actividades las realizó el día domingo, el día Lunes hizo postres para su familia por una hora y media y finalmente el martes fue con su amiga a tomar café

3. Comentó que “modificar las distorsiones cognitivas por creencias racionales significó el primero paso para modificar su estado de ánimo y empezar a recuperar la motivación que había perdido para continuar estudiando la Licenciatura, sin embargo, retomar las actividades previas a la depresión resultó el último paso para sentirse en sintonía.”

4. Posteriormente, se abordó el tema “Prevención de recaídas” (ANEXO 11) y se hizo una recapitulación de lo visto a lo largo de las sesiones.
5. Se le hizo un reconocimiento al esfuerzo realizado por lograr el objetivo terapéutico.
6. Finalmente, se le mostraron los alcances logrado en base a los indicadores del Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck y se le agradeció permitirle ser partícipe del proceso terapéutico y salvaguardar su información.

RESULTADOS

La presentación de los resultados está organizada en cuantitativos y cualitativos en donde se describe los índices en depresión y ansiedad pre y post a la intervención psicológica.

ii) Cuantitativos

Al responder el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck previamente al proceso terapéutico obtuvo los siguientes puntajes: Depresión (17) y Ansiedad (18) lo que según esta escala nos indica que presentaba un nivel moderado para ambas problemáticas psicológicas. Posteriormente, se llevó a cabo el proceso terapéutico y al finalizar se aplicó nuevamente los mismos inventarios obteniendo los siguientes puntajes: Depresión (0) y Ansiedad (2), lo que según esta escala nos indica, presenta un nivel normal para ambas problemáticas psicológicas, lo cual indica que hubo una reducción considerable de la sintomatología depresiva y ansiosa.

ii) Cualitativos

Durante el proceso terapéutico la usuaria refirió sentirse cada vez mejor con el transcurrir de las sesiones, haciendo especial énfasis en la manera de interpretar y sentirse ante los eventos que acontecían en su vida, así como el actuar ante las situaciones problemáticas que debía enfrentar en su entorno laboral y familiar comentaba que, como resultado de la elaboración de las tareas encargadas durante las sesiones, de las herramientas brindadas (enseñanza de las técnicas de intervención en las sesiones) y el aplicarlas de manera correcta a su vida cotidiana había recuperado la motivación que había perdido las semanas anteriores para cumplir con sus compromisos de trabajo, así mismo reconoció haber modificado su estado de ánimo de “tristeza y de irritabilidad” por un estado de ánimo de “calma y optimismo”. La usuaria comentó que fue a partir de las sesiones 3 y 4 cuando empezó a buscar la mayor parte de las ocasiones extinguir los patrones de conducta que le llevaban a un estado de “vacío emocional”, de realización de conductas disfuncionales y de pensamientos disfuncionales.

Finalmente considero en haber conseguido el objetivo del proceso terapéutico ya que los recursos que se le brindaron reforzaron su repertorio de conductas funcionales tales como practicar técnicas de relajación, modificar sus creencias irracionales y actuar asertivamente.

DISCUSIÓN

Albert Ellis (1990) decía que el sujeto interpreta las situaciones y eventos según su percepción, la cual está influenciada por sus creencias y son derivadas de sus aprendizajes previos; esto se comprobó en la usuaria, ya que interpretaba erróneamente lo que acontecía a su alrededor y a lo largo de su vida aprendió a que encerrarse en su cuarto a llorar le ayudaría a olvidarse del problema por un momento, sin embargo este comportamiento no le permitía resolver de manera funcional sus problemas y estos cada vez se volvían más complejos.

González y Hernández (2012) dice que la importancia de abordar la desesperanza desde un enfoque Cognitivo Conductual, implica emplear un conjunto de estrategias que permitan activarse nuevamente, consiguiendo reforzamiento que le permita mantener e incrementar los cambios hasta ser nuevamente funcional, lo cual se conoce como “activación conductual” y consiste en incentivar a las personas con conductas funcionales que le sirvan para mejorar su estado de ánimo y reducir las conductas disfuncionales que están originando el mantenimiento de un estado depresivo (González & Hernández, 2012), lo cual pudo observarse en la usuaria, ya que a partir de que se le planteó retomar las actividades previas a su sintomatología depresiva, su estado de ánimo mejoró notablemente y el tiempo que dedicaba a encerrarse en su cuarto disminuyó significativamente.

Beck (2010) asume que los pacientes depresivos poseen errores cognitivos, los cuales afectan su funcionalidad. Algunos de los más frecuentes son: inferencia arbitraria, abstracción selectiva y pensamiento absolutista, lo cual fue visto con la usuaria, ya que poseía creencias irracionales sobre los eventos que acontecían a su alrededor como “Debo estar siempre a la disposición de los demás, de lo contrario me convertirá en una mala persona”, por lo que en la sesión 3 “Reestructuración cognitiva” se debatió la veracidad de su creencias y la usuaria reconoció que se trataba de una creencia irracional que “no le permitía anteponer sus intereses personales y sentirse bien consigo mismo.”

Peter Lewisohn (1997) sugiere que los individuos deprimidos no cuentan con las habilidades sociales necesarias, y por ende les era complicado obtener refuerzos de su ambiente social, lo que originaba que experimenten una disminución de la tasa de refuerzo positivo; esto pudo comprobarse en la usuaria, ya que previamente al proceso terapéutico no pedía apoyo de sus compañeros de trabajo y por ende le era complicado resolver sus problemas por si misma lo que ocasionaba que empezara a sentirse triste y ansiosa, por lo que en el proceso terapéutico se llevó a cabo en la sesión 3 un entrenamiento en habilidades sociales y asertividad donde se le planteó a la usuaria pedir apoyo cuando fuera necesario y la adquisición de conductas asertivas al momento de comunicarse con su entorno.

Albert Ellis (1990) proponía la Terapia Racional Emotiva Conductual para cambiar creencias irracionales y comportamientos autoderrotistas, contraproducentes y rígidos del individuo, Refería que, trabajando en ellos a través de un análisis racional, era posible que el individuo los entendiera y modificara por otros más racionales, una técnica cognitivo conductual que hoy se conoce como “reestructuración cognitiva”, esto se pudo comprobar con la usuaria ya que a partir de que reconoció que las pensamientos irracionales le provocaban conductas disfuncionales y emociones negativas empezó a trabajar en la modificación de ellos y esto le ayudó a actuar más asertiva y funcionalmente y por ende tener emociones más positivas como tranquilidad y optimismo ante los eventos problemáticos.

CONCLUSIÓN

Estudiar la problemática de la depresión siempre ha significado para mí la razón principal por la cual decidí adentrarme en el abordaje de la salud mental, y por la cual me siento muy comprometido en poder aportar de mi conocimiento, aptitudes y humanidad para contribuir a la reducción de las tasas de incidencia y favorecer la buena calidad de vida en las poblaciones más vulnerables de mi entorno.

Ser partícipe de esta intervención psicológica representó para mí un compromiso y un primer acercamiento al empleo de técnicas de evaluación e intervención psicológica y en general a la psicoterapia bajo el enfoque Cognitivo Conductual, además de un gran reto por el hecho de poner en práctica todo lo aprendido y visto durante la Licenciatura en Psicología SUAYED.

Durante la intervención psicológica me sentí identificado con las conductas y pensamientos disfuncionales presentadas por la usuaria, ya que en la primera ocasión en que yo solicité apoyo Psicológico me plantearon el mismo objetivo terapéutico, lo cual considero fortaleció mi compromiso por atender su queja y brindarle un cuidadoso acompañamiento para resolverla.

El hecho de tener que brindarle contención emocional a la usuaria en las sesiones donde presentaba fuertes crisis emocionales representó para mí un gran reto por desarrollar y emplear habilidades que no estaban presentes en mi repertorio de habilidades de un psicólogo como lo es la tenacidad y por el hecho de no haber revisado literatura suficiente sobre crisis emocionales en sesiones de terapia el reto fue aún mayor, sin embargo gracias al apoyo que me brindó CAPED y mi director del Manuscrito logré dirigirme a la usuaria con ética en cada una de las sesiones.

Del mismo modo, el poder generar un rapport con la usuaria a partir de las primeras dos sesiones significó de la misma manera una satisfacción personal y aspecto a mi favor debido a la confianza que me tuvo para darme detalles de sus problemas personales. Concretamente, esto se logró realizándole preguntas por ejemplo sobre cómo estuvo su semana, qué temas estaba viendo en sus módulos, abordando temas de interés en común por ejemplo deportes y repostería y fomentando sesiones dinámicas.

En general, me sentí satisfecho con que se haya cumplido con el objetivo terapéutico con el apoyo de la usuaria la cual desde un comienzo demostró su disposición a cambiar y mejorar su estado de ánimo el cual se estaba decayendo y la estaba llevando a un estado depresivo mayor.

Finalmente, este objetivo terapéutico conseguido me motivó a continuar con mi preparación profesional adquiriendo y actualizándome de nuevos conocimientos, fortaleciendo mis habilidades terapéuticas, para atender una diversidad de casos clínicos que requieran de mis aptitudes como futuro Psicólogo comprometiéndome a demostrar siempre una actitud profesional y ética.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association, APA. (2013). *Dimensiones de clasificación clínica de la gravedad de los síntomas de la psicosis. Publicación Psiquiátrica Americana*. Recuperado de: <https://www.dsm5.org/Pages/Feedback-Form.aspx>

American Psychiatric Association, APA. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V, American Psychiatric Publishing, Washington, D.C. Recuperado de: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Antón, V., García, P & García, J. (2016). *Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescencia tardía*, Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes, 3(1), pp. 45-52. Recuperado de: https://www.revistapcna.com/sites/default/files/anton-menarguez_et_al_2016_tcc_depresion_adolescente_tardia.pdf

Ardilla, R. (2013). *Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913*. Revista Latinoamericana de Psicología, 45 (2),

Bados, A & García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva, Ed. Universidad de Barcelona, pp.316. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80528401013.pdf>

- Bados, A & García, E. (2011). Técnicas operantes, Ed. Universidad de Barcelona, pp.25.
- Barraca, J. (2009). *Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual Tercera Generación*, Clínica y Salud, Madrid España, 20 (2), pp. 109-117.
- Beck, A. (2010). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée De Brower, pp.19.
- Beck, A; Steer, R & Brown, G. (2006).BDI-II. Inventario de Depresión de Beck. Manual. Buenos Aires: Paidós.
- Berenzon S., Lara M., Robles, R. y Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex*, 55 (1), 74-80.
- Bianchi, J & Henao, A. (2015). *Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica*, Terapia psicológica, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia, 33 (2).
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R & García, P. (2019). Avances en los tratamientos psicológicos: La utilización de las nuevas tecnologías de información y la comunicación. *Anuario de Psicología*, 20(2). Recuperado de:
<https://www.sciencedaily.com/releases/2015/11/151102125440.htm>
- Caballo, V. (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, Siglo XXI España, ed. 1, pp. 493.
- Chávez, E., Benítez, E & Ontiveros, M. (2014). *La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar 1*, *Salud Mental*, 37 (2).
- Dahab, J., Rivadeneira, C & Minici, A. (2002). *La depresión desde la perspectiva cognitivo conductual*, *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, Centro de Terapia Cognitivo Conductual, 3.
- Recuperado de: <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>

Díaz, M., Ruíz, M & Villalobos, A. (2013). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales, Ed. Descleé de Brouwer, pp. 323-324.

Ekers, D. (2011). Activación conductual para la depresión: revisión sistemática y ensayo clínico controlado (tesis presentada para el grado de doctorado), La Universidad de Nueva York, Ciencias de la Salud.

Ellis, A & Grieger, R. (1990). Manual de terapia racional emotiva conductual, Bilbao, ed. Descleé de Brouwer.

Fernández, Baptista & Hernández. (2014). Metodología de la Investigación, Mc Graw Hill Education, 6 ed.

González, J & Hernández, A. (2012). *La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: análisis desde el modelo de Beck, Enseñanza e Investigación en Psicología, 17 (2)*.

González, K. (2018). Diseño de análisis funcional. *Unidades de Apoyo para el aprendizaje*. CUAED/FES Iztacala-UNAM. Recuperado de: http://132.248.48.64/repositorio/moodle/pluginfile.php/1739/mod_resource/content/4/contenido/index.html

Hayes, S. (2004). Una guía práctica para la terapia de aceptación y compromiso, Nueva York: Springer.

Heinze, G. y Camacho, P. (2010). Guía clínica para el manejo de la Depresión. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.

Hernández, R & Romero, D. (2017). *Intervención cognitivo conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla*, Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales, 8(1). Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-18332017000100015

Hopps, S. (2003). La eficiencia de terapias cognitivo conductuales por vía telefónica para personas con discapacidades físicas, *Psicoterapia: Teoría, Búsqueda, Práctica y Entrenamiento*, pp. 136.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). Encuesta Nacional de los Hogares. Recuperado de www.inegi.org.mx/datos/

Lewisohn. (1997). Tratamiento conductual de la depresión unipolar, Madrid: Siglo XXI, 1ª ed., pp.325

Libert, J & Lewinsohn, P. (1973). El concepto de habilidad social con especial referencia al comportamiento de personas depresivas, *Revista de Consultoría en Psicología Clínica*, 40, pp. 304-312.

Martín & Pear, (2008). *Modificación de conducta: Qué es y cómo aplicarla*, México, Ed. Pearson Education.

Mejía, A. (2011). *El condicionamiento operante y su influencia en el ámbito educativo*, *Temas de ciencia y tecnología*, 43 (15), pp. 52.

Recuperado de: http://www.utm.mx/edi_anteriores/temas43/2NOTAS_43_4.pdf

Morris, C & Maisto, A. (2005). *Introducción a la Psicología*, Pearson Education, 12 ed., pp.46.

Muriana, E., Pettenó, L., Verbitz, T. (2007). *Las caras de la depresión. Abandonar el rol de la víctima: curarse con la psicoterapia*, Ed. Herder, Barcelona, pp, 11.

Núñez, C; Marián, S., Morillas, A; Muñoz, D. (2015). *Principios de condicionamiento clásico de Pavlov en la estrategia creativa publicitaria*, *Universidad de Zulia Maracaibo, Venezuela*, 31(2), pp. 819. Recuperado de: http

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Depresión*.

Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Ortega, M., Kendzierski, M. & Rubio, M. (2015). Intervención Conductual en un Caso de Bajo Estado de Ánimo. *Revista Psicoterapia*, 26 (102), 175-188.

Pérez, M. (2006). *La terapia de conducta de tercera generación*, Universidad de Oviedo, Ed. Psique, 5(2), pp.159-172.

Puspitasari, A., Kanter, J., Koerner, K., Murphy, J & Crowe (2013). Desarrollador de un programa de capacitación de aprendizaje activo, modular y en línea para la activación conductual, *Psicoterapia*, pp. 256.

Quiroga, E. (1995). *De Darwin a Skinner: génesis histórica de la psicología del aprendizaje y del condicionamiento operante*, *Psicothema*, Universidad de Oviedo España, 7(3), pp. 543-556.

Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Bilbao: Desclée de Brouwer, pp.324-326.

Sarason, I. (1981). *Psicología de la conducta anormal*, México, ed. Thrillas, p.574.

Secretaría de Salud. (2020). La salud mental en México. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>

Sociedad Mexicana de Psicología, (2014). Código ético del Psicólogo, México. Ed. Thrillas. 5 ed., pp. 31-32.

Tintaya, P. (2015). *Operacionalización de las variables psicológicas, Aportes metodológicos, filosóficos y culturales en Psicología*, pp.63-78.

ANEXOS

ANEXO 1: AUTORREGISTRO (SESIÓN 2)

Lugar	Situación (lo que ha pasado, lo que estaba haciendo, pensando o imaginando)	Dimensión cognitiva (qué pensamientos ha tenido una vez ocurrida la situación)	Dimensión Conductual (qué se hace una vez ocurrida la situación)	Dimensión fisiológica (qué se siente una vez ocurrida la situación)
En mi casa	Estaba viendo una película con mi hija pequeña, cuando mi esposo dijo vamos ir a una boda cámbiense y como nadie le hizo caso se fue solo.	Enojo y frustración	Seguir viendo la película con mis hijas y no ir a la fiesta.	Dolor de cabeza.
En mi casa	Estaba grabando un video simulando una conferencia para un módulo de la universidad y lo tuve que repetir varias veces porque por una u otra situación se le paraba la grabación a mi esposo.	Enojo	Seguí realizando el video hasta que quedo.	Dolor de cabeza.
En el hospital revisando mi Facebook.	Vi una publicación de mis amigas donde están pasando juntas un festejo del día de la madre maestra.	Tristeza, decepción y ganas de llorar.	Continúe platicando con mi hermano como si no hubiera visto nada.	Inflamación en el estómago.

En mi trabajo .	Estaba cubriendo mi guardia en la puerta de mi trabajo cuando llego me amiga Alejandra a decirme que iba mal porque con mis otras dos amigas se fueron a festejar hasta la madrugada.	Enojo e indiferencia.	Continúe cubriendo mi guardia con mi compañera y trate de ignorar a mi amiga así que ella se retiró.	Ninguna
-----------------	---	-----------------------	--	---------

ANEXO 2: REGISTRO TÉCNICA DE RELAJACIÓN (SESIÓN 3)

Registro técnica de relajación M

Situación (lo que ha pasado, lo que estaba haciendo)	Sensación percibida	Sensación percibida después realizada la técnica
Mis alumnos nunca dejaron de gritar al momento de que yo estuve revisando sus exámenes	Coraje, estrés, impotencia	Tranquilidad, relajación
El director me asignó como la nueva profesora de inglés tras la renuncia de la profesora Betty	Ansiedad, dolor de cabeza e impotencia	Relajación, descanso

ANEXO 3: PRESENTACIÓN EN POWER POINT SOBRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (SESIÓN 3)



DEPRESIÓN

RESULTADO

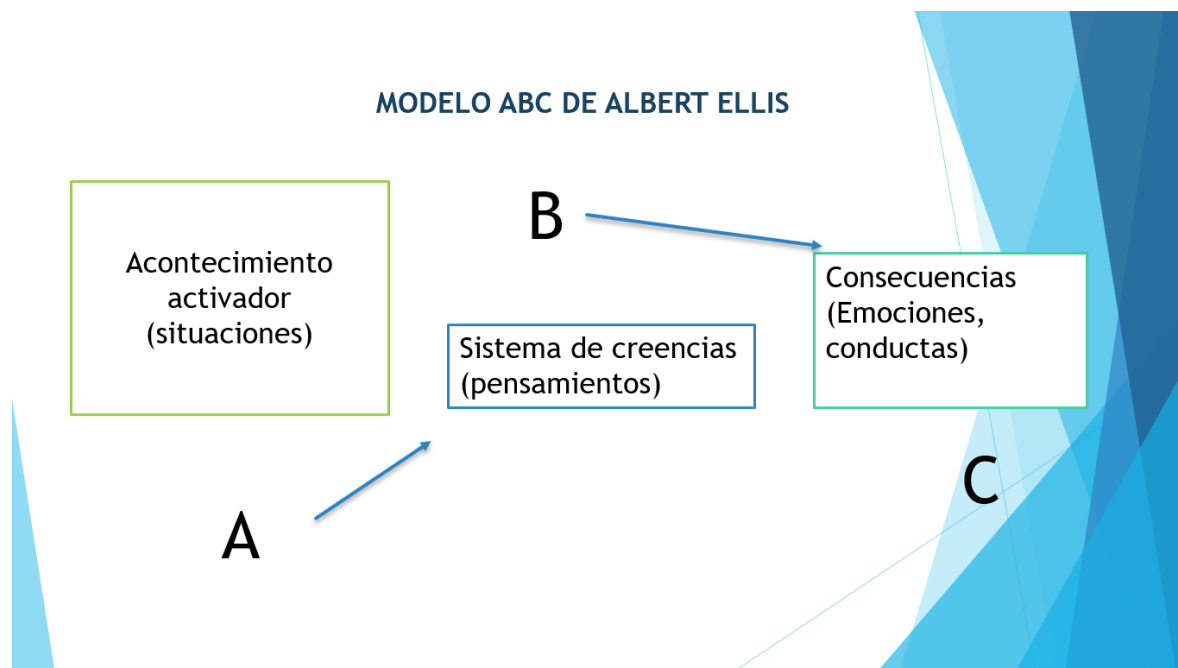


REDUCCIÓN DEL REFUERZO POSITIVO
CONTINGENTE A CONDUCTAS DEL PACIENTE

EXISTEN 4
PROCESOS QUE
EXPLICAN LA
PATOLOGÍA:

- PÉRDIDA REFUERZOS O ESTÍMULOS
DISCRIMINATIVOS
- PROGRAMAS DE REFUERZO DE GRAN COSTO
- IMPOSIBILIDAD DE DESARROLLAR REPERTORIOS
CONDUCTUALES
- REPERTORIOS DE OBSERVACIÓN LIMITADOS

ANEXO 4: MODELO ABC DE ALBERT ELLIS Y TIPOS DE DISTORSIONES COGNITIVA (SESIÓN 3)



DISTORSIONES COGNITIVAS

 POR MI CULPA PATY ES INFELIZ... PERSONALIZACIÓN	 ¿Y SI VOY DE VIAJE, PERO ME PASA ALGO? VISIÓN CATASTRÓFICA	 SIEMPRE SUFRO POR AMOR SOBREGENERALIZACIÓN	 "SI ME ASCIENDEN MI JEFE ME TRATARÁ MEJOR" FALACIA DE CAMBIO
 "SIENTO QUE MI JEFE TIENE ALGO CONTRA MI" RAZONAMIENTO EMOCIONAL	 "SOY UNA TONTA" ETIQUETACIÓN	 "DEBO SER EL MEJOR SIEMPRE" LOS DEBERÍAS	 "SI HAGO EL TRABAJO MIS AMIGOS LUEGO ME AYUDARÁN" RECOMPENSA DIVINA
 "NO ME INVITAN A SU EQUIPO PORQUE LES CAIGO MAL" INFERENCIA ARBITRARIA	 "SOLAMENTE PASAN COSAS MALAS" PENSAMIENTO POLARIZADO	10 DISTORSIONES COGNITIVAS	

ANEXO 5: EJERCICIO DE DEBATE DE CREENCIAS (SESIÓN 3)

EJEMPLO 1

Situación 1: "Saber que habrá un despido masivo en la empresa y que existe una posibilidad de que te toque a ti"

Pensamiento irracional: "Si perdiera mi trabajo seria lo peor que me pudiera pasar en la vida, nunca encontrare un trabajo igual de bueno"

Emociones: Preocupación, Ansiedad

Debate de creencias: "¿Realmente no tengo posibilidades de encontrar un trabajo igual de bueno?"

Pensamiento racional: "Sera mala suerte si me toca que me despidan, pero no es el fin del mundo. Tengo experiencia en la rama y las posibilidades de que encuentre un trabajo similar son altas".

Nuevas emociones: inquietud e incluso tranquilidad

ANEXO 6: TAREA “DEBATE DE CREENCIAS” (SESIÓN 4)

SITUACIÓN 1

Situación 1: “Estaba viendo una película con mi hija pequeña, cuando mi esposo dijo vamos ir a una boda cámbiense y como nadie le hizo caso se fue solo”.

Creencia irracional: “Seguramente su intención fue no decirnos de la boda a tiempo para que no asistiéramos”

Emociones: Enojo y frustración

Debate de creencias: “¿Acaso yo no he olvidado avisarle de cosas importantes estos últimos meses?”

Creencia racional: “Mi esposo ha tenido mucho trabajo estas últimas semanas, es natural que olvide con frecuencia algunas cosas de menor importancia”.

ANEXO 7: PRESENTACIÓN EN POWER POINT SOBRE “ASERTIVIDAD” (SESIÓN 4)

ASERTIVIDAD

AGRESIVA

- NO APRECIA A LAS DEMÁS
- NO ESCUCHAR
- IMPONER SU PUNTO DE VISTA EN CUALQUIER SITUACIÓN

ASERTIVA

- ESCUCHA A LOS DEMÁS
- EXPRESA TU PUNTO DE VISTA
- CLARIDAD Y HONESTIDAD

PASIVA

- AGRADAR A LOS DEMÁS
- COMPLACER A TODOS
- LA RESPONSABILIDAD ESTÁ EN LA MANO DE OTROS

ANEXO 8: EJERCICIO ASERTIVIDAD (SESIÓN 4)

EJERCICIO ASERTIVIDAD

Esposa: "Amor ¿podrías ir a recoger a los niños al colegio?, tengo aún que preparar la lección para mañana y creo no me dará tiempo."

Esposo: "Lo siento amor, pero acabo de volver del trabajo y estoy muy cansado, ve tú."

Conclusión: "Se que estás muy cansado porque te esfuerzas mucho en tu trabajo. Tu jefe debería de darse cuenta de ello y no cargarte con tantas tareas. Pero te pido el favor de que recojas a los niños, ya que tengo que hacer este trabajo para mañana. Luego podremos descansar."

ANEXO 9: CONDUCTAS ASERTIVAS (SESIÓN 5)

Situación	Conducta asertiva
"Profesora, puede apoyarme quedándose a explicar a los padres de familia cómo se llevará cabo la excursión al Museo, debo de ir al banco"	"Me gustaría poderlo apoyar, pero esta vez realmente no puedo, mi hija me ha esperado mucho en la estancia últimamente y no quiero que se convierta en una costumbre para ella el esperarme, mi horario de trabajo ha terminado".

ANEXO 10. TAREA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL (SESIÓN 6)

Registro de actividades. Semana del 06/Junio/2019 al 12/Junio/2019

Actividades agradables:

Hacer ejercicio, Convivir con mis amigas, Salir con mi esposo, hacer postres

	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB
8-9						
9-10						
10-11						
11-12						
12-13						
13-14						
14-15						
15-16						Convivir con mis amigas R3 A3
16-17						
17-18						
18-19	Hacer ejercicio R3 A4		Hacer ejercicio R3 A4		Hacer ejercicio R4 A4	
19-20		Salir con mi esposo R4 A4		Salir con mi esposo	Hacer postres	

ANEXO 11. EXPOSICIÓN “PREVENCIÓN DE RECAÍDAS” (SESIÓN 6)

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

ES UN REGRESO A PATRONES DE CONDUCTAS Y PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES, SIMILARES A LA ETAPA ANTERIOR AL PROCESO TERAPEÚTICO.



LA INTENSIDAD NO ES LA MISMA AL POSEER HERRAMIENTAS ÚTILES PARA AFRONTAR SITUACIONES PROBLEMÁTICAS