



# 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

**Nombre del trabajo**

“Ansiedad y Depresión en Mujer de 47 años, atendida en  
CAPED”

**Tipo de investigación**

Estudio de Caso

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Nombre del alumno

Marina Mejía Pérez

Director: Gabriela Leticia Sánchez Martínez

Secretario: Giovanni García Yedra

Vocal: Evelin Alejandra Galicia Gómez



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 8 de febrero del 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.

# Índice

Introducción .....	1
Capítulo 1 Ansiedad y Depresión.....	3
1.1 Definición y Características.....	6
1.1.1 Depresión.....	6
1.1.2 Ansiedad.....	9
1.2 Prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres.....	11
1.2 Criterios de Diagnósticos .....	12
Capítulo 2 Técnicas y Formas de intervención en Ansiedad y Depresión.....	16
2.1 Terapia Cognitivo Conductual .....	18
2.1.1 Técnicas empleadas dentro de la TCC para Ansiedad y Depresión .....	18
2.1.1.2 Diálogo Socrático .....	19
2.1.1.3 Reestructuración Cognitiva .....	20
2.1.1.4 Autorregistro.....	20
2.1.1.5 Asertividad .....	21
2.1.1.6 Role Playing .....	22
Capítulo 3 Intervención en Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a(CAPED).....	23
3.1 Organización del CAPED.....	23
3.2 Funciones del asesor .....	24
3.3 Asesoría psicológica en el CAPED .....	24
2.2 Terapia Breve .....	25
Capítulo 4 Caso Clínico .....	27
4.1 Método.....	32
4.2 Desarrollo las sesiones .....	32
4.3 Resultados .....	34
Discusión .....	35
Conclusiones .....	38
Referencias.....	41

## **Introducción**

El objetivo de este documento es informar sobre el proceso de la asesoría llevada a cabo en las instalaciones del Centro de Atención Psicológica y Educativa a Distancia (CAPED), referente al caso de una mujer que presenta síntomas de ansiedad y depresión.

El ser humano desde su nacimiento requiere de un estado físico y mental sano, que influirá en un desarrollo funcional en su vida, por ello la Organización Mundial de la Salud menciona que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2018, párr.1), por lo anterior se puede remarcar que es el bienestar de tener una salud integral; sin embargo, hoy por hoy, en gran parte de la población a nivel mundial existen trastornos mentales que afectan la salud, como es el caso de la ansiedad y la depresión, presentes de manera significativa en las últimas décadas.

De igual manera, habría que considerar que en la actualidad diversos grupos sociales tienden a realizar actividades dentro y fuera del hogar de manera grupal o individual, dependiendo de diversos contextos (educativos, sociales, económicos, laborales, etc.) y que presentan cambios constantes. Ello suele repercutir en la salud mental de los individuos y en consecuencia también afectar la salud física de los mismos (Secretaría de Salud, s.f., p.1).

Aunado a lo anterior, conviene mencionar que en estos tiempos la mujer, con el afán de superación, ha incluido diferentes actividades y responsabilidades a su vida (como el continuar o realizar estudios en diferentes niveles educativos), por lo cual, se vuelve común que se presenten trastornos como la depresión y la ansiedad,

pudiendo estar ambas presentes de forma comórbida.

De tal modo que los anteriores trastornos suelen presentarse de manera conjunta algunas veces, sin embargo, se mencionan de forma individual en este documento, ya que, dichos trastornos, desde el inicio son identificados mediante la evaluación, aplicada a la usuaria, con instrumentos diferentes, uno para ansiedad y otro para la depresión, de la misma manera sus las definiciones, características, síntomas, prevalencia y el diagnóstico difieren entre sí.

En cuanto a la presencia de los síntomas de ansiedad y depresión, la psicología ofrece diferentes herramientas y estrategias como parte de las terapias psicológicas, incluso sin necesidad de llevar un tratamiento farmacológico, como es el caso de la terapia cognitivo conductual (TCC), que ha resultado ser eficaz y económica (Consejo General de la Psicología, 2012).

En este caso se señalan, las terapias de intervención, algunos de los antecedentes de la psicología clínica, la teoría del modelo cognitivo conductual sus técnicas y herramientas, así como, el desarrollo en la intervención en la asesoría proporcionada desde el modelo de Terapia Cognitivo Conductual (TCC), en el caso de una mujer de 47 años cuyas actividades van desde ser ama de casa, hasta ser empleada, estudiante, entre otras. La mujer presentó síntomas de depresión y ansiedad y fue atendida en el servicio del Centro de Atención Psicológica y Educativa a Distancia (CAPED), perteneciente al Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED), de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala, perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

## Capítulo 1 Ansiedad y Depresión

Dentro de los trastornos mentales más frecuentes, se encuentran la ansiedad y la depresión, además se podría considerar como un factor común en éstos la vertiginosidad que se vive en el mundo actual.

En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud a través de un comunicado menciona que el número de personas con depresión o ansiedad:

Entre 1990-2013 ha aumentado aproximadamente en un 50%, de 416 millones a 615 millones, lo que se traduce en que el 10% de la población a nivel mundial se encuentra afectada, siendo entonces éstos junto con otros trastornos mentales, los que representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal (2016, párr. 4).

Por otro lado, Fernández, subdirector de Información de la Dirección General de Divulgación de la Ciencia (DGDC) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), indicó que:

En México, 15 de cada 100 habitantes sufre depresión, considerando que la cifra podría ser mayor, ya que algunas personas jamás han sido diagnosticadas y viven hasta 15 años sin enterarse que tienen este trastorno, el cual se manifiesta por un estado anímico de nostalgia profunda (2019, párr. 2).

Los efectos de la depresión repercuten en la salud integral, volviendo la situación preocupante, dado que requiere ser atendida por especialistas de la salud mental. Esto no sólo afecta al individuo que presenta dicho trastorno, sino a todo su entorno ya sea a nivel familiar, educativo y/o laboral.

Así mismo, Berenzon et al. mencionan diversos aspectos influenciados para la presencia de síntomas de depresión, en:

La población mexicana, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a las vicisitudes de la pobreza); c) estar desempleado (sobre todo en los hombres); d) el aislamiento social; e) tener problemas legales; f) tener experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, y h) la migración (2013, p.4).

La comorbilidad entre la ansiedad y la depresión puede incluir a su vez otros tipos de trastornos mentales o enfermedades de diferente índole.

Es conveniente mencionar que dichos trastornos suelen tener diferentes causas por ejemplo se puede considerar que dentro de esta etapa de la vida se las necesidades de ingresos económicos son importantes, además del ámbito afectivo y emocional debido a la crianza de los hijos, la concentración en el ámbito laboral requiere de igual manera sacrificios personales (Treguer, 1995, citado en Manjarrez, 2013, p. 12). Por otra parte, entre los 45-50 años, también se considera como el mejor momento tanto de los ingresos en la vida personal, para posteriormente caer progresivamente en la medida niveles inferiores del 40% del máximo alcanzado a los 50 años (Pérez, 1999, citado en Manjarrez, 2013). Recordemos que en esta etapa también los cambios físicos y psicobiológicos son influyentes para la presencia de los síntomas clásicos de la ansiedad y depresión.

De igual manera (Rohde et al., 1991, citado en González et al., 2011) señalan que la ansiedad aparece con mayor frecuencia antes que la depresión cuando existe comorbilidad. Por lo que la correlación es frecuente entre ambos trastornos, son mencionadas en diversas teorías y se ha reportado a lo largo de los años en la literatura científica (Clark y Watson, 1991; Clark y Watson, 1995; Brown et al., 2001; Lambert et al., 2004, Rohde et al., 1991, citados en González et al., 2011).

Respecto al tema, la OMS señala que:

Los trastornos por Depresión y Ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan la capacidad de trabajo y producción, más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión un trastorno que es la principal causa de discapacidad y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad (2017, párr. 3).

De igual forma, así como la OMS individualiza las estadísticas de los trastornos de ansiedad y depresión, es conveniente también señalar de forma particular su definición, prevalencia, síntomas, etc., para identificar cada uno de y establecer la terapia apropiada.

Asimismo, La revista saber vivir TVe especialidades (mayo, 2020) en su artículo, "El estrés y la depresión cada vez más mujeres lo viven" hace mención que, debido a que la mujer cada vez se exige demasiado, ha constatado que aunque tener un empleo fuera del hogar disminuye el riesgo de depresión, en realidad ocurre lo contrario ya que la mujer intenta cumplir con todo, buscando ser "La mejor" cumpliendo

con todas las exigencias que esto conlleva, ocasionando en ésta un estado de ansiedad permanente que incluso la coloca en las puertas de la depresión

Por lo que es conveniente mencionar cada uno de dichos trastornos de manera individual con la intención de identificar cuáles son sus particularidades.

## **1.1 Definición y Características**

### **1.1.1 Depresión**

De acuerdo con la OMS “La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (2017, p. 5).

Por otro lado, según el DSM V (2013) dicho trastorno se caracteriza por cinco (o más) de los síntomas siguientes los cuales han estado presentes en el mismo período de dos semanas y realizan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo (2013, p.158).

Por otro lado, la depresión podría definirse como un "hundimiento vital" según (Schneider, 1920, citado en Aguirre, 2008), además Aguirre (2008) subraya que la depresión pudiera ser, el único trastorno en el que se desea morir; incluso, el depresivo se tutea con la muerte, la desea como forma de poner fin a su sufrimiento.

Consideremos ahora a Alonso (1988, citado en Aguirre, 2008), el cual concluye, "La totalidad semiológica de la depresión se resume presentándola como una depresión [hundimiento] vital"; señala que lo "biológico y lo cultural se aúnan para manifestar el sufrimiento que padece el hombre" (p. 11).

Es conveniente subrayar que la depresión, puede llegar a ser inobservable para las personas que conviven con el portador, además de ser incapacitante y/o poder llevar hasta al suicidio (Pérez, 1999).

Asimismo, las características de la depresión, según la National Institute of Mental Health (2001) se puede identificar como pesimismo, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva.

Respecto a lo anterior, Caballo (1998,. citado en Velázquez et al., 2019) hace mención que la depresión es un:

Trastorno de tipo afectivo caracterizado por la presencia de diferentes síntomas que tienen que ver con el estado de ánimo, de tristeza, alteraciones cognitivas y síntomas somáticos, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado (p. 34).

De tal manera, la Organización Mundial de la Salud (2020) menciona que los individuos que han pasado por circunstancias trascendentemente adversas como son: desempleo, pérdidas de seres queridos, traumatismos físicos y/o psicológicos tienen más posibilidades de presentar depresión.

### 1.1.2 Ansiedad

Para Miguel-Tobal (1999 citado en Sierra, 2013)

“La ansiedad empieza a ser conceptualizada como una respuesta emocional que, a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos al propio individuo” (p. 12)

En cuanto a la ansiedad, Suárez Richards (1995; citado en Sierra, 2008) menciona que “En la actualidad, angustia se utiliza como sinónimo de ansiedad, ya que se considera a ambos como estados psicológicos displacenteros acompañados de síntomas fisiológicos de manera frecuente, describiéndose como expectación penosa o desasosiego ante un peligro impreciso” (p. 22).

Además, simultáneamente señalan Agudelo et al. (2007) que el afecto negativo se refiere al malestar subjetivo, variedad de estados de ánimo, y el afecto positivo son los sentimientos placenteros en relación con el ambiente (el entusiasmo, alerta mental, el interés y la capacidad para disfrutar), en relación con el bajo afecto positivo se relaciona con el letargo, la fatiga, además de la tristeza y soledad.

De igual manera las características de la ansiedad y depresión suelen presentarse de manera igualitaria, en cuanto a una alta afectividad negativa (AN) estado de ánimo displacentero. Por otro lado, la ansiedad presenta poca correlación con el afecto positivo (AP) estado anímico placentero, y respecto a la depresión el bajo afecto positivo, siendo el factor común la afectividad negativa (Agudelo et al., 2007). En ese sentido, el modelo tripartito menciona que la depresión queda caracterizada por un bajo nivel de afecto positivo y un alto grado de afecto negativo, mientras que la ansiedad lo estaría por altos niveles de afecto negativo y de

activaciones fisiológicas, lo que podría considerarse como características determinadas en cada uno de los trastornos mencionados (González et al., 2004).

Por lo que se refiere a la definición de la ansiedad, el Catálogo Maestro de Guía de Prácticas Clínicas, IMSS, (2010), lo señala como un "... estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos procedimientos médicos y psiquiátricos" (p. 8).

Desde otro punto de vista, según la teoría tridimensional de Lang (1968, citado en Sierra et al., 2003) "se considera a la ansiedad como un sistema triple de respuesta está en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras" (p. 6).

También cabe destacar que "La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante" (Sandín y Chorot, 1995; citado en Sierra et al., 2003, p.7).

De manera que, las características de la ansiedad tienen presencia de hiperactivación fisiológica y la depresión puede ser diferenciada del trastorno antes mencionado por la existencia de anhedonia, ya que el afecto negativo constituye un factor general, que se encuentra presente en ambos tipos de trastornos (Clark et. al., 1994, Clark y Watson, 1990; citado en González et al., 2004).

## **1.2 Prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres**

La prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en la población femenina, así como las causas y efectos que las producen, suelen ser perjudiciales tanto a nivel físico, como mental y emocional; incluso pueden causar un funcionamiento inadecuado en las actividades cotidianas.

Todas estas observaciones se relacionan con lo que se vive actualmente, donde se han incrementado de forma alarmante los índices de ansiedad y depresión a nivel mundial, tan es así, que estos trastornos se han señalado como primera causa en los casos de suicidio (Hernández-Bringas y Flores, 2011).

La prevalencia de los trastornos mentales como la ansiedad y depresión son muy recurrentes dentro de la población mundial, desde la adolescencia hasta edades adultas, en tal sentido la Organización Mundial de la Salud señala que en La asamblea mundial de la salud adopta en mayo 2013, que “La depresión y ansiedad entre otros trastornos mentales han ido en aumento por ello abogó para que los paísesdieran una respuesta integral y coordinada a la problemática de los trastornos mentales” (OMS, 2020, párr. 4).

Por otro lado, la prevalencia de la depresión, según el informe mundial sobre salud, ha aumentado de 3.2% y 9.5% para un periodo de 12 meses, a 5,8 y 9,5 % en las mujeres (OMS, 2003; Bello, et al., 2005; en Quintero, 2015).

Mientras tanto, la depresión en México según La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, realizada entre 2001 y 2002, informa que en los adultos se estimó la prevalencia de depresión de la población en México de 4.8% entre la población

general de 18 a 64 años (IC 95%=4.0-5.6), solamente superada por los trastornos de ansiedad, con una prevalencia anual de 6,8% (IC9%=5,6-7.9), también se hace referencia que en “El estudio de la OMS, comparativo entre países, encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres” (Wagner, et. al 2012).

Asimismo, la Academia Nacional de Medicina en México, menciona que la ansiedad se detecta muchas veces dentro de la consulta del médico general, con una prevalencia entre la población de alrededor de entre el 3% y el 5-7% entre los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria, siendo el trastorno que afecta dos veces más a las mujeres e incluso tiende a incrementarse conforme avanza la edad de éstas (ANMM, 2013).

Los datos cuantitativos sobre la prevalencia de ansiedad y depresión anteriormente expuestos, y considerando que la mujer actual en edad madura, presenta síntomas de ansiedad.

## **1.2 Criterios de Diagnósticos**

Según el DSM V (2013) citado en clínica de ansiedad especialista (s/f) señala los criterios para el diagnóstico de ansiedad generalizada son:

- A. Al individuo se le es difícil controlar la preocupación.
- B. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses (Nota en los niños, solamente se requiere de un ítem):
  - |. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

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

D) La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).

E) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Por otro lado, los criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE 10 citado en guía (2019) son los siguientes:

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
- B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico
- C. Síndrome somático: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial  
Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:
  - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
  - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
  - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
  - Empeoramiento matutino del humor depresivo
  - Presencia de enlentecimiento motor o agitación
  - Pérdida marcada del apetito
  - Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
  - Notable disminución del interés sexual

Adaptado del OMS (68)

Finalmente, el diagnóstico suele realizarse durante la primera entrevista, basado en los datos aportados por el usuario(a), la observación de ésta(e), además de los resultados obtenidos de la aplicación de alguno de los instrumentos utilizados como herramientas para la detección de ansiedad, por ejemplo:, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety inventory), Cuestionario de Ansiedad de Hamilton y Criterios de Ansiedad por DSM V, cada uno de los instrumentos anteriores tienen sus propios criterios para la evaluación del trastorno de ansiedad (Herrera et al., 2019).

## Capítulo 2 Técnicas y Formas de intervención en Ansiedad y Depresión

Existen diversos modelos de intervención para tratar los trastornos de ansiedad y depresión dentro de la Psicología; en este caso particular hablaremos de una de las ramas más significativas de esta ciencia: “La psicología Clínica” por lo que es importante mencionar de forma breve los orígenes de esta e incluso mencionar un poco las raíces de la Psicología ya como ciencia.

Asimismo, el modelo cognitivo conductual estructura diferentes técnicas y procedimientos, con el fin de no solo tratar los problemas que afecta al individuo, sino también puedan aplicarse, con el fin de desarrollar y favorecer las habilidades de la persona, generando un mayor nivel de aceptación de ésta con su entorno y, a la vez, suscitando una mayor calidad de vida según Ruiz et al. (2012, citados en Acevedo y Gévez, 2018).

“La Psicología tiene un largo pasado pero una breve historia” (Ebbinghaus, 1908; citado en Konuk y Epozdemir, 2011, p. 2).

Llama la atención que la Psicología ha sido influenciada por otras ciencias, entre ellas, está la medicina que tiene sus orígenes en la antigua Grecia. Hipócrates y Galeno sostenían que, la vida psíquica está en el cerebro, mientras que Aristóteles afirmaba que está en el corazón. Galeno, además propuso la red neumática de tubos huecos, la distinción de los nervios en sensitivos y motores, y los espíritus animales que circulan por la red (Tortosa, 1998).

Es así como a mediados del siglo XVII, Descartes retoma la versión hidráulica del modelo galénico añadiendo la hipótesis ondulatoria, que se refiere al cerebro como

centro de reflexión reforzando el automatismo y el mecanicismo de la sensación y los movimientos involuntarios (Tortosa, 1998).

En consecuencia, según Tortosa (1998), los resultados psicofisiológicos obtenidos en la primera mitad del XIX iban a constituir una de las dimensiones fundamentales del pasado inmediato de la posterior psicología científica. Todo lo anterior es una pequeña muestra de la diversidad de teorías, donde algunas fueron seleccionadas, reformadas y/o adaptadas por algún o algunos personajes, lo cual provocó la reflexión de la importancia de todas las aportaciones para ir formando la psicología.

La psicología clínica se origina de forma paralela al inicio de la aceptación de la psicología ya como una ciencia en el siglo XIX. Sus fundamentos se relacionan con el inicio de la medición de algunos aspectos mentales, “buscando la relación entre la mente y el cuerpo según la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos” (EFPA, 2003, p. 10).

La Psicología como ciencia se define por “el estudio del comportamiento, sus manifestaciones y sus contextos” (EFPA, 2003, p. 2). Por su parte, en un artículo de la American Psychological Association menciona que es "el estudio de individuos, por observación o experimentación, con la intención de promover el cambio" (Compas y Gotlib; 2002 citado en Association, s.f. párr. 2). Debido a lo anterior, se resumiría que la Psicología ofrece la posibilidad de que, por medio de la observación y experimentación, se logren identificar comportamientos que se manifiestan en diferentes ámbitos o circunstancias, y que cuando éstos afectan de algún modo al individuo, éste puede lograr reemplazarlos en su propio beneficio.

Dentro de la psicología se han desarrollado diferentes modelos de intervención. De manera particular nos enfocaremos al Modelos Cognitivo Conductual y el de terapia breve que son los que se emplean dentro de CAPED.

## **2.1 Terapia Cognitivo Conductual**

Puerta y Padilla (2011) mencionan que, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es una forma de intervención para tratar diversos trastornos mentales, que apoya al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas, disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas.

Por otro lado, la Clínica Mayo (2019) señala que la terapia cognitiva conductual se utiliza para tratar una amplia diversidad de trastornos e incluso es la más usada debido a su eficacia y rapidez para la identificación y afrontamiento, además del requerimiento de menor cantidad de sesiones, a diferencia de otros tipos de terapia, así como el empleo de una forma estructurada de trabajo.

### **2.1.1 Técnicas empleadas dentro de la TCC para Ansiedad y Depresión**

De acuerdo con Ruíz et al. (2012), dentro de la Terapia CognitivoConductual (TCC) hay diferentes terapias que se clasifican como: primera generación, segunda y tercera generación; dentro de estas terapias se encuentran diversas técnicas, por ello es importante señalar algunas ideas del manejo de las mismas.

En el caso terapias de primera generación, Martín y Pear mencionan “La conducta del individuo como resultado de una reacción estímulos derivados del condicionamiento clásico y operante” (2008, citado en Obando y Parrado, 2015, p.

56). A su vez, las terapias de segunda generación, “incluyen constructos y procesos tales como pensamientos, creencias, actitudes, ideas, atribuciones expectativas, distorsiones cognitivas, reglas de vida esquemas” (Uribe-Escobar, 2012 citado en Obando y Parrado 2015, p. 56).

Por otro lado, las terapias de tercera generación según se caracterizan por el “desarrollo del análisis funcional de la conducta clínica y de la conducta verbal, en lugar de tratar de eliminar eventos privados”, además “se focaliza en la alteración de la función psicológica por medio de la modificación de los contextos verbales” según (Pérez 2006, en Orlando y Parrado 2015, p. 56).

Teniendo en cuenta a Parterrieu (2011) quien señala que, Albert Ellis llamó a la manera disfuncional de procesar cognitivamente la realidad, creencias irracionales mismas que se repiten sistemáticamente instaurando una cosmovisión negativa. También es conveniente señalar que las aportaciones de la terapia de Albert Ellis están dentro de la segunda generación según la clasificación en (Obando y Parrado 2015, p.56).

Así es como Partarrieu (2011, p. 3), hace mención del trabajo del terapeuta cognitivo, que considera apoyar a los pacientes por medio de la mayéutica, a dudar de sus pensamiento y creencias disfuncionales, rígidas e idiosincrásicas que cubren la realidad y pueda ser más manejable con ellas para alcanzar un cambio saludable en la visión de su experiencia como individuo.

### **2.1.1.2 Diálogo Socrático**

Las anteriores observaciones se relacionan con como el dialogo socrático o mayéutica, es introducida como una de las técnicas específicas de la terapia cognitiva, la cual influye en la cognición para poder producir los cambios emocionales

y de conducta en aquellos individuos que presentan un trastorno como la depresión, así mismo menciona que con el empleo de la técnica socrática el terapeuta cognitivo no debe afirmar nada, solo guiar el debate (Partarrieu, 2011).

Hay que recordar que la técnica socrática en el tratamiento consiste en guiar al cliente a descubrir a través de preguntas inductivas, que el mismo descubra sus propias respuestas (Partarrieu, 2011).

### **2.1.1.3 Reestructuración Cognitiva**

El siguiente aspecto trata de la Reestructuración Cognitiva (RC) de Beck, la cual tiene como objetivo que la usuaria identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos y los sustituya por otros más apropiados, de tal manera que se elimine la perturbación emocional y/o conductual (Clarck, 1989 en Bados y García, 2010), por lo que dentro a RC de Beck existen las técnicas tanto del ya mencionado Dialogo Socrático y el juego de roles trabajado en la asesoría psicológica del caso que nos ocupa.

Por su parte, las técnicas Reestructuración Cognitiva en combinación con otras técnicas consideradas dentro de la terapia cognitivo conductual, han mostrado una eficacia positiva para tratar tanto los trastornos de ansiedad y depresión como muchos otros (Bados y García, 2010).

### **2.1.1.4 Autorregistro**

En relación con el autorregistro Ellis “incluye la situación activadora; cogniciones; consecuencias emocionales y conductuales; y durante el tratamiento evaluación de las cogniciones; y efectos cognitivos, emocionales y conductuales de esta evaluación” (1979b, citado en Bados y García 2010), la técnica de autorregistro

antes mencionada fue utilizada dentro de la asesoría que se brindó a la usuaria del caso que trabajamos en este informe. También existen otras técnicas de autorregistro con ciertas variables, como el autorregistro de Clark 1989 y el autorregistro propuesto por Wells (1977).

#### **2.1.1.5 Asertividad**

Por lo que se refiere a asertividad, según (Wolpe, 1980, en Reditor.com, 2011), indica que es la expresión directa y abierta de todos los sentimientos distintos a la ansiedad, de igual manera (Ferseheim y Baer 1975, en Reditor.com, 2011) definen a la Asertividad como un enfoque activo de la vida en el que se expresan de manera directa los sentimientos y las emociones.

Con lo que respecta a las técnicas de asertividad existe cierta variedad, en el tratamiento de diferentes trastornos, siendo un apoyo para que el usuario pueda comunicar sus pensamientos, sentimientos, emociones de manera asertiva.

Dentro de las técnicas asertivas están: el disco rayado, esta consiste en ser persistente repitiendo una y otra vez lo que deseamos comunicar sin irritarse o alzar la voz. Utilizando determinadas palabras de manera repetitiva, en diferentes frases, evitando que se desvíe el mensaje que se quiere transmitir, una técnica más de este grupo es la "Pregunta Asertiva", que consiste en preguntar al usuario con el fin de obtener información y utilizarla para que éste argumente, esta técnica también fue utilizada en el caso que nos atañe.

### **2.1.1.6 Role Playing**

Según Martín (1992), la técnica de role playing pretende facilitar la adquisición de capacidades tales como la perspectiva social, el role-Taking, en ella se trabajan conjuntamente los aspectos tales como la dirección de las relaciones interpersonales, o las motivacionales racionales y emocionales que actúan en la toma de decisiones, siendo todo ello objeto de análisis posterior.

## **Capítulo 3 Intervención en Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a (CAPED)**

Dentro de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, como parte del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED), surge el Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED), el cual ofrece atención en psicología clínica y educativa a los mismos estudiantes del sistema y de la facultad.

Dentro del CAPED se maneja un modelo de terapia breve, que va de 6 a 10 sesiones con una duración de 60 minutos cada una. Se ofrece el servicio de asesoría psicológica y educativa a distancia desde un enfoque Cognitivo Conductual, empleando herramientas como Skype y Meet para realizar las asesorías a través de videoconferencia de manera semanal.

### **3.1 Organización del CAPED**

El CAPED está organizado de la siguiente manera: 1) coordinación operativa, la cual da inicio con el recibimiento de las solicitudes, el llenado de los formatos oficiales, evaluar si es posible aceptar el caso, y agendar los casos aceptados con los respectivos asesores; 2) los asesores, serán los responsables de dar la atención al usuario, con quien mantendrán sesiones semanales en el horario establecido a través de Skype o Meet haciendo uso del correo electrónico para mantener contacto adicional a las sesiones de trabajo a distancia; y 3) los supervisores, quienes con los responsables de los asesores, así como de dar seguimiento a las diferentes sesiones de los asesores con los usuarios, supervisando la atención brindada, manteniendo contacto con el asesor desde antes del inicio de la atención, durante todo el proceso y hasta el alta o baja del servicio del usuario en cuestión.

### **3.2 Funciones del asesor**

Dentro de las actividades del asesor están: el preparar material para las sesiones como técnicas apropiadas para el caso, revisar literatura referente a la problemática, realizar una breve remembranza de la sesión anterior, revisar la tarea, trabajar con el usuario y llenar el reporte de sesión. Las propuestas de tratamiento para cada sesión se revisarán en conjunto con el supervisor asignado.

### **3.3 Asesoría psicológica en el CAPED**

El CAPED considera, dar atención, tanto de forma preventiva como, correctiva, centrándose en una asesoría basada en el modelo de terapia breve cognitivo conductual, dirigida a aquellos alumnos que presenten malestares emocionales que puedan afectar algunos ámbitos de su vida; además de ofrecer atención en necesidades educativas en cuanto habilidades de aprendizaje y estrategias. Como ejemplo es el caso de aquellas personas que son propensas a presentar síntomas de trastornos de ansiedad y depresión, al igual que quienes ya cuentan con un diagnóstico obtenido por medio de la evaluación, observación y entrevista, para la detección de dichos trastornos, precisamente ese es el interés de las autoridades de (SUAYED), el de proporcionar atención a la comunidad estudiantil perteneciente a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, por medio (CAPED). Es importante subrayar que la Organización Mundial de la Salud, mantiene la preocupación por los millones de personas que padecen los trastornos anteriormente mencionados.

La atención en el CAPED inicia brindando el encuadre, donde se informa a los usuarios sobre el tipo de atención que se brinda en el servicio. Se explica que se trata de un modelo de terapia breve basada en la TCC como se menciona anteriormente, se establecen los horarios, las vías de comunicación y los

lineamientos para el trabajo. Posteriormente, se aplica el screening, en donde se realiza una entrevista, partiendo de sus datos personales y el motivo de consulta, así como otros cuestionamientos que permiten recuperar información relevante para el caso en cuestión.

Se revisa la información y se establecen los objetivos de la intervención, así como las estrategias a emplear en cada caso, con ayuda de los supervisores.

Se da seguimiento a las sesiones de trabajo mediante el llenado del expediente y la revisión de cada sesión en conjunto con el supervisor del caso.

Conforme se avanza en el tratamiento se van revisando los avances en cada caso, y en conjunto con el supervisor se revisan las posibilidades de alta de cada usuario.

El procedimiento para el alta implica la reaplicación de los inventarios para ver de manera objetiva si existieron cambios cuantificables y observables en los puntajes de ellos. Se revisan los puntajes y se define el alta en donde se le reiteran al usuario sus avances y las metas alcanzadas, así como que puede volver a solicitar el servicio más adelante si lo considera pertinente.

Considerando que, la ansiedad y la depresión suelen presentarse con mayor regularidad de lo que imaginamos, no es de extrañar que el caso que se presenta en este trabajo haya presentado ambos.

## **2.2 Terapia Breve**

Hewitt y Gantiva mencionan que, “la terapia breve surge como una alternativa de intervención de costos reducidos y de resultados favorables en la práctica clínica”

(2009, párr. 3). Al mismo tiempo, esta una estructura de terapia orientada a sumar la conciencia de los usuarios acerca de sus comportamientos problemáticos, teniendo la capacidad de motivar, para iniciar a hacer algo al respecto, además de considerarse como una intervención primaria para la atención de problemas psicológicos, con la finalidad de brindar a los usuarios herramientas para el cambio de actitudes básicas y manejar los problemas profundos (Hewitt y Gantiva, 2009).

La terapia breve debe considerar:

La perspectiva clínica cognitivo conductual de la terapia breve, la cual representa la integración de los principios derivados de las teorías del comportamiento, del aprendizaje social y de la terapia cognitiva (Hewitt y Gantiva, 2009, p. 47).

A propósito de las características de la terapia breve según Hewitt y Gantiva (2009).

- ✓ Terapia de tiempo limitado y corta duración: máximo cinco sesiones de cuarenta y cinco a sesenta minutos
- ✓ Se centra particularmente en el presente más que en la historia lejana de la persona.
- ✓ Pretende incrementar la motivación y disponibilidad hacia el cambio
- ✓ La terapia breve *trabaja la cognición y la emoción* para lograr el cambio
- ✓ La terapia breve tiene como objetivo la toma de decisiones y el inicio del cambio comportamental.

## Capítulo 4 Caso Clínico

La intervención gira en torno al caso clínico, en el cual se trata a una mujer de 47 años, que vive en unión libre; madre de tres hijos, el mayor varón de 20 años, la segunda mujer de 18 años, y el menor de sus hijos varón de 13 años, dedicada a las actividades del hogar, también labora como cajera, además de estudiar el octavo semestre de la Licenciatura en Psicología a través del SUAyED, de la FES Iztacala perteneciente a la UNAM.

Se inició con la evaluación previa a la atención, utilizando los instrumentos: de Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario para la Depresión de Beck 2 (BDI-2). Obtuvo los siguientes puntajes: Ansiedad 28 (severa) y Depresión 20 (moderada) con base en lo cual se consideró presencia de síntomas tanto de ansiedad como de depresión. Todas las sesiones de intervención se realizaron a través de Skype.

En el primer contacto de la asesora con la usuaria, se realizó el encuadre informando sobre los lineamientos a seguir dentro de la asesoría, además de la aplicación del screening, al término, la usuaria mencionó que el motivo de la solicitud de consulta se refería a las discusiones con su esposo e hija (18). Refiere que su esposo no está de acuerdo en que la usuaria vea a su familia de origen (su hermana presenta problemas serios de salud, en el riñón (insuficiencia renal) también tiene un medio hermano (joven) el cual vive con su hermana y su familia nuclear no mantiene buena relación con la familia de origen. La usuaria menciona que los problemas familiares, la mala comunicación entre ella, su esposo e hija, le están afectando. Manifiesta tener problemas para conciliar el sueño (duerme alrededor de 4 horas), se siente incomprendida, y se presiona a sí misma. Del mismo modo, se observan

problemas en el manejo de sus emociones, además, menciona síntomas físicos como cansancio exagerado, presión en el pecho, insomnio, aumento de apetito, dolores en rodillas y piernas por las varices. Dice sentir tristeza, desesperación y sentimientos de culpa, repitiéndose constantemente que ella no sabe tratar a su familia.

Debido a lo anterior, se planteó lo siguiente para iniciar el proceso de intervención:

- Analizar los síntomas de ansiedad y depresión, así como las causas que los provocan.
- Identificar las conductas y cogniciones que presenta antes, durante y después de las causas detonantes.

A partir de ello, se establecieron las metas a corto plazo como fueron: la autoobservación, con la finalidad de identificar conductas, pensamientos y reacciones fisiológicas que le están ocasionado malestar, antes, durante y después de los momentos de conflicto. De igual manera, se formularon las de mediano plazo, con la aplicación de las técnicas apropiadas para trabajar las conductas, pensamientos y reacciones fisiológicas; y a largo plazo utilizar las herramientas aprendidas para no recaer en la problemática.

Todo lo anterior con la intención de que la usuaria logre modificar aquellas conductas o cogniciones que le afectan y producen síntomas de ansiedad y depresión.

Por otro lado, respecto a la necesidad de relacionarse sanamente con su esposo e hija, se buscó proporcionar herramientas y desarrollar habilidades que le permitan manifestar sus propios requerimientos en el momento de la o las

discusiones, sin llegar a los gritos, ni a la desesperación, ni al llanto, así como dejar de sentir tristeza y culpabilidad. Para ello se procedió a delimitar los objetivos a alcanzar:

- Modificar de manera asertiva su comunicación con los demás.
- Realizar cambios positivos conductuales, eliminando las conductas negativas (gritos, llantos, enojos, etc.),
- Evitar pensamientos de culpabilidad, desesperanza, tristeza, etc.

Sin embargo, era necesario proporcionar a la usuaria información para la identificación de la causa del problema, lo que implicó iniciar con la autoobservación y el autorregistro de aquellas conductas y/o pensamientos que se manifiestan como sus respuestas al detonante (conflicto), además brindar psicoeducación con relación a las técnicas apropiadas para alcanzar los objetivos anteriormente mencionados.

Por lo consiguiente se inició con un autorregistro en donde la usuaria anotó, durante la semana y antes de la siguiente sesión, tanto la cantidad como la intensidad de los eventos de discusión que se llegaron a presentar con su esposo y/o hija; se le invitó a reflexionar sobre: ¿Qué quiere?, ¿Para ella qué significa no sentirse comprendida? y ¿qué le gustaría cambiar?

Respecto a otra técnica utilizada dentro de la intervención en este caso, y la cual no pertenece a la TCC fue “La escalera de las emociones”.

La técnica anterior fue utilizada con la finalidad de que la usuaria, se concientice de lo que pasa, lo que siente, lo que piensa, lo que hace y el resultado que obtiene al final, cuando algún acontecimiento le provoca una emoción. Así mismo al hablar de su sentir durante la presencia de aquella emoción que le produce displacer, podrá ir adaptando las acciones y pensamientos al igual que los resultados serán

diferentes.

#### **4.1 Método**

El estudio de caso se realizó desde un método de investigación cualitativa, caracterizada por el proceso de búsqueda e indagación, además del análisis sistemático del caso.

El análisis fue realizado de manera secuencial, sesión por sesión, a partir del modelo cognitivo conductual.

#### **4.2 Desarrollo las sesiones**

El proceso de intervención duró 8 sesiones con una duración máxima de 60 minutos cada una, realizadas 1 vez por semana; de las cuales, la primera sesión se utilizó para la aplicación del screening y encuadre, las siguientes seis fueron de intervención y la última de cierre para darle de alta del servicio de CAPED.

A lo largo de la primera sesión, como se mencionó anteriormente, se realizaron el screening y el encuadre; en la segunda sesión se inició trabajando con la técnica del diálogo socrático, la cual permite adquirir información de primera mano sobre la situación que vive la usuaria y que la lleva a asistir a asesoría psicológica. Manifestó cierto nerviosismo, llanto inesperado y frustración debido a que no logra una comunicación cordial con los su esposo e hija. De tal manera se le pide llevar un

autorregistro de las situaciones conflicto que le ocasionan los malestares que refiere, teniendo en cuenta el antes, durante y después de los pensamientos y/o conductas que provocan en ella dicha problemática.

La tercera sesión, da inicio con la revisión del autorregistro donde la usuaria menciona la identificación en particular de las causas de los problemas, así como en la forma en que se conduce ante los enfrentamientos y las repercusiones que éstos tienen en sus pensamientos, así como los efectos en su organismo durante y después de algún evento. De igual forma, el autorregistro le sirvió para identificar a los miembros de su familia (hijo de 20 años y su hijo pequeño 13) con los que tiene una relación de armonía. Se le sugirió continuar trabajando con el autorregistro, identificando tanto la cantidad como la intensidad de la presencia de nuevos eventos conflictivos, también se sugiere a la usuaria buscar “el violentómetro” (IPN) con la finalidad de observar los niveles de violencia que existen.

En la cuarta sesión se procedió a la revisión de manera conjunta, de las actividades realizadas. En el autorregistro se observó una disminución en la cantidad y la intensidad de los enfrentamientos durante el transcurso de la semana en cuestión. Se sugirió trabajar con la técnica del disco rayado consiste en ser persistente repitiendo una y otra vez lo que queremos sin enfadarnos, irritarnos o levantar la voz pertenece a la TCC y a su vez al grupo de las técnicas asertivas. Hasta la próxima sesión, dicha técnica se realiza con el fin de que la usuaria mantenga su posición ante sus requerimientos siendo firme en su postura.

Durante la quinta sesión se practicó la técnica del role playing, consiste en que dos o más personas representen una situación o caso concreto de la vida real, actuando según el papel que se les ha asignado y de tal forma que se haga más vívido y auténtico, obteniendo resultados positivos que sirvieron a la usuaria para que

identificara cuales son las actitudes y reacciones que tiene ella, y las respuestas que produce en los demás. Se recomendó a la usuaria trabajar en casa la técnica de la pregunta asertiva, la cual consiste en aprender a preguntar de manera amable lo que desea saber; también se comentó la importancia de saber poner límites.

Para la sexta sesión, se dio contención a la usuaria, quien manifestó temor ante las negativas hacia ella por otras personas y/o a los enfrentamientos, surgiendo inseguridades. Ahora ya mantiene sus decisiones y las lleva a cabo. Se trabajó una sencilla técnica llamada “la escalera de las emociones” utilizada con la finalidad de que la usuaria identifique cuales son las emociones, y pensamientos que presenta ante un evento considerado por ella misma como conflicto y que respuesta conductual tiene ante dichos eventos, En cuanto a la técnica anteriormente se señaló que no pertenece a la TCC, pero se empleó en esta asesoría siendo de utilidad. Se le solicitó practicar esta técnica al menos una vez durante el día hasta la próxima semana, en especial cuando identifique una situación conflictiva que le afecte.

En la séptima sesión se trabajó con lo recopilado por la usuaria durante la semana con su práctica de la técnica “la escalera de las emociones”, se recomendó continuar con la anterior técnica. Considerando que estamos por finalizar la asesoría psicológica, se comentó a la usuaria que en la próxima sesión se realizaría el cierre de la asesoría, por lo que se le solicita identifique aquellas técnicas que le pudieran servir como apoyo en caso de una recaída. Se le enviaron los inventarios para que los volviera a responder como parte de la post-evaluación.

Para finalizar la asesoría psicológica en la octava sesión, se recapituló con la usuaria cómo se sentía cuando llegó a la primera sesión y cómo se siente ahora al finalizar la asesoría. La usuaria menciona de forma breve como fue presentando

avances en la modificación de su conducta y pensamientos, los cuales se fueron sustituyendo por ideas y conductas positivas en el manejo de determinadas situaciones durante todo el proceso.

### 4.3 Resultados

Es conveniente realizar un comparativo de los índices cuantitativos que presentaba la usuaria antes del inicio de la asesoría psicológica; y al finalizar ésta.

Para ello a continuación se presentan los datos obtenidos

Tabla. 1

*Resultados de Pre y Post evaluación Inventarios de Ansiedad y Depresión*

Pre-evaluación	Post-evaluación
20 Depresión moderada	4 Depresión normal
28 Ansiedad severa	7 Ansiedad mínima

Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, los avances cualitativos de la asesoría psicológica en el caso, fueron los siguientes: la usuaria disminuyó significativamente los eventos de angustia que presentaba durante los conflictos familiares, también presentó un cambio en sus relaciones laborales aprendiendo a poner límites. Comentó manifestar sus requerimientos dentro de su familia y en su ámbito laboral; del mismo modo, la presencia de llanto disminuyó al hablar de sus problemas y exponer sus necesidades de forma asertiva evitando el conflicto sin que esto afectara a su persona y a la vez aprendió a escuchar las necesidades de los demás llegando a acuerdos.

Con base en lo anterior, se puede observar que la usuaria disminuyó la sintomatología depresiva y ansiosa y mejoró sus relaciones familiares.

## Discusión

Acerca de la terapia breve desde el modelo cognitivo conductual, utilizado para la asesoría psicológica en este caso, enfocada en apoyar reducción de los síntomas de ansiedad y depresión de la usuaria, podemos decir que resultó funcional y eficaz. Esto nos llevó a constatar que la TCC cuenta con una teoría sólida, con las técnicas y herramientas para su aplicación para brindar el apoyo del asesoramiento en CAPED. Podemos concluir que la TCC es efectiva, sin embargo, el asesor debe prepararse constantemente, tratando de conocer muy bien el manejo y proceso de las técnicas y herramientas, estudiando y organizándose antes de cada sesión y ya concluía la sesión, dedicar unos minutos para realizar de forma inmediata las anotaciones, ya que algunas veces no lo hacemos y esto nos puede dejar recovecos no analizados.

De igual manera es importante subrayar que trabajar la terapia breve da resultados positivos, aunque algunas veces se tiene que ser flexible respecto a tiempos ya que la usuaria suele llegar muy afectada y hay que dar tiempo para la contención. Debido a esto, se mueve la programación de la sesión y las actividades previstas, sobre todo durante las sesiones de inicio, además de que las técnicas deben trabajarse en la sesión explicando a la usuaria de manera concreta. Esto también requiere de tiempo, es ahí cuando la duración de la terapia suele alargarse, extendiéndose una o dos sesiones más de lo previsto.

Por otro lado, aunque la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en mujeres, son datos que se informan de manera generalizada en algunas investigaciones o como un comparativo estadístico solamente; debido a esto, es complicado encontrar datos específicos sobre esta población, por lo que creo es necesario se realicen investigaciones enfocadas a este grupo, ya que encontrar esta información en la literatura es escasa, creo que es necesario realizar una investigación sobre mujeres que tienen entre 40 y 50, dedicadas al hogar, laboran fuera del hogar y estudian una carrera universitaria; realizando todas las actividades que todo esto requiere y las repercusiones que pueden tener, como es el caso de los síntomas de ansiedad y depresión. A raíz de ello, sentí cierta limitación al momento de aportar más al marco teórico de este trabajo.

Con respecto a la asesoría efectuada, considero que la existencia de la comorbilidad de los trastornos de ansiedad y depresión deben ser identificados, no sólo con una evaluación por medio de instrumentos, también durante la entrevista, con la observación, la información y el desarrollo durante las primeras sesiones de asesoría.

De la misma forma, las herramientas para evitar y/o combatir los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión son bastas, y diversas, por lo que es necesario estudiarlas constantemente, para poder identificar cuándo y bajo qué circunstancias es propicio utilizarlas para que la usuaria las practique y obtenga los cambios cognitivos conductuales que desea.

Es necesario recalcar que trabajar en CAPED, si bien es una oportunidad de práctica para los que tenemos la suerte de colaborar en las asesorías, debería tener más vacantes para que todos los estudiantes tuvieran la oportunidad de vivir esta experiencia, e incluso desde los primeros semestres, además de prácticas simuladas para ir aprendiendo el manejo de la asesoría psicológica.

## Conclusiones

A partir de este informe me he percatado de que el aprendizaje adquirido sobre la terapia breve, desde un modelo cognitivo conductual, si bien tiene una duración corta durante la terapia la preparación tiene que ser constante; que con la realización de este trabajo pude formarme una idea más precisa de la responsabilidad de lo que representa el trabajo de asesoramiento psicológico,

Al concluir la realización de este trabajo pude generarme una idea más precisa de la responsabilidad de lo que representa el trabajo de asesoramiento psicológico. Por otro lado, en el caso la usuaria, y siendo la primera vez que brindé asesoría, creo que debí haberme preparado más. Por ello necesito informarme con teorías actualizadas, ya sea para el asesoramiento psicológico o para una investigación con una preparación bien argumentada como se requiere como un profesional de la salud, además de mantener el propio cuidado tanto físico como mental para poder ofrecer un trabajo de calidad.

Además, concluyo que adquirí una mayor comprensión tanto de lo que corresponde a la terapia cognitivo conductual, a las teorías, las aportaciones de sus autores y las técnicas para algunos trastornos mentales, en especial el del caso que se trabajó sobre los síntomas de ansiedad y depresión en una mujer de edad madura. Mi opinión sobre cómo llevar una asesoría y realizar el correspondiente informe cambió considerablemente, creo que es necesaria mucha planificación e investigación teórica entre sesión y sesión y al realizar el informe correspondiente.

Considero cierta satisfacción al confirmar que las técnicas sugeridas, tuvieron resultados satisfactorios, lo que me alienta a mantenerme constantemente investigando, ya que cada caso es individual y no puede asesorarse como si fuera una receta de forma general a los usuarios, aunque se presentaran aparentemente los mismos síntomas de ansiedad y depresión.

Si tuviera que volver a realizar el manuscrito, enfocaría más mi atención en los autores que han dedicado más su investigación, tanto en la terapia cognitivo conductual, como en aquellos que investigan los comportamientos de las mujeres maduras. Igualmente, estudiar más sobre las técnicas enfocadas a tratamiento de ansiedad y depresión, así como llevar una bitácora más completa al realizar la asesoría y obtener más información respecto al tema.

Por otro parte, me gustaría realizar proyectos de investigación sobre las causas y repercusiones que provocan a nivel individual los síntomas de ansiedad y depresión en mujeres que trabajan, además de tener a cargo su hogar y sus hijos sobre todo en edad escolar (primaria y secundaria), e incluso investigar las consecuencias de esta dinámica familiar en los niños. De igual modo, ya con esta información, crear talleres informativos dirigidos a mujeres en comunidades vulnerables donde muchas veces éstas ni siquiera saben que viven con síntomas de ansiedad y depresión.

Para concluir, señalaría que la psicología clínica cuenta con las terapias y técnicas necesarias para formar asesores o terapeutas dotados de herramientas cognitivo conductuales, sumado a la constante investigación de éstos la cual nunca concluye; el estar al día, el ofrecer una asesoría individual fomentada en teorías reconocidas y en técnicas ya comprobadas, además de la información que surge día con día respecto a las conductas y cogniciones, aclarando que cada ser humano es caracterizado por su propia individualidad, por lo que es conveniente subrayar que en la asesoría psicológica, no existen recetas generalizadas.

## Referencias

- Agudelo, D., Buena-Casal, G. y Spielberger, Ch. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*. 30 (2): 15-28. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252007000200033&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252007000200033&lng=es&nrm=iso)
- Aguirre, A. (2008). Antropología de la Depresión. Periódicos Electrónicos de Psicología. *Revista Mal-Estar Subjetivo*. Fortaleza set. 8(3): 563-601  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482008000300002#back13](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000300002#back13)
- ANMM (2013). El trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de la facultad medica de medicina*. 56(4), 53-55.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422013000400009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009)
- Association, A. P. (s.f.). *La psicología clínica resuelve problemas humanos complejos*.  
<https://www.apa.org/action/science/clinical>
- Bados, A., García, E, (2010) *La Técnica de la Reestructuración Cognitiva*. Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.  
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., Medina-Mora, M. (2013). *Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000100011](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011)

Botto, A. (2014). *La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas*, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Clínica de ansiedad especialista en Madrid. (s. f.) *Síntomas Ansiedad Generalizada (TAG): Criterios Diagnósticos según las Clasificaciones Internacionales*.

<https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-generalizada/sintomas-ansiedad-generalizada-tag-criterios-diagnosticos-segun-las-clasificaciones-internacionales/>

Clínica Mayo. (2019). *Terapia Cognitivo Conductual*. Información.

<https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/cognitive-behavioral-therapy/about/pac-20384610>

Consejo General de la Psicología en España. (2012). *La Terapia Cognitivo Conductual es más Eficaz y Eficiente que los Fármacos para el tratamiento de la Ansiedad y Depresión*. Infocop on Line.  
[http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3854](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3854)

EFPA. (mayo-agosto de 2003). *Psicología Clínica y Psiquiatría*. Revista del Colegio Oficial de Psicología, 24(85): 1-10.  
<https://www.redalyc.org/pdf/778/77808501.pdf>

Gómez, V. (2004). Estrés y salud en mujeres que desempeñan múltiples roles. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22 (4): 117-128 Universidad del Rosario. <https://www.redalyc.org/pdf/799/79902211.pdf>

González, C., De Greiff, E. y Avendaño, B. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psychol. Av. Discip.* 5 (1): 314-319.

<https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224114006.pdf>

González, M., Herrero, M., Viña, C., Ibañez, I. y Peñate, W. (2004). El modelo tripartito; relaciones conceptuales y empíricas, entre ansiedad y Depresión y el Afecto Negativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36 (2):289-304.

<https://www.redalyc.org/pdf/805/80536208.pdf>

Guía Clínica. (2010). *Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de Ansiedad en el Adulto*. Evidencias y Recomendaciones, Catalogo Maestro de Guías de Prácticas Clínicas. IMSS-392-10. Secretaria de Salud. [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392\\_IMSS\\_10\\_Ansiedad/EyR\\_IMSS\\_392\\_10.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf)

Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. (2013). *Asociación Americana de Psiquiatría*,

<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Guíasalud.es, (s. f.). *Diagnóstico clínico de la depresión mayor*. Biblioteca de guías de prácticas del sistema de salud.

Hernández-Bringas., H., Flores, R., (2011). *El suicidio en México*, Universidad Nacional Autónoma de México. Papeles de población. vol.17 no.68. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252011000200004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000200004)

Herrera, A., Barrientos, E., Salmerón., Orozco, J., Cruz, M., Sifuentes, M., Velázquez, E., Acuña, A., Venegas, J., Gómez, A., Márquez, J., Cruz, J., Franco. N., Martínez, J. (2019). *Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la Persona Mayor*. Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica GPC-IMSS-499- [http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GER\\_0.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GER_0.pdf)

Hewitt, N. y Gantiva, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica afectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 27 (1): 712-718. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-47242009000100012](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242009000100012)

INHI (2020). *La Depresión entre Mujeres, 5 cosas que usted debe de saber*. Institutos Nacionales de la Salud Publicación de NIH Núm. 20-MH-4779S. DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS. [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-depresion-en-las-mujeres/pdf\\_20-mh-4779s\\_160439.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-depresion-en-las-mujeres/pdf_20-mh-4779s_160439.pdf)

Instituto Politécnico Nacional (2009). *Violentómetro*. Secretaría de Educación Pública, Gobierno de México.

<https://www.ipn.mx/genero/materialesdeapoyo/violentometro.html>

Konuk, E., Epozdemir, E. (2011). La Psicología y la Psicoterapia en Otros países "La Psicología tiene un largo pasado pero una Historia Corta". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 20(1): 103-106

<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921807008.pdf>

Manjarrez M. (2013). Los cambios físicos y psicológicos con la edad, fuente de expectativas de consumo. Caso: personas mayores de 50 años. Estudiante MBA – Universidad EAFIT.

[https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/1317/ManjarreslbarraMariaVictoria\\_2013.pdf?sequence=1](https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/1317/ManjarreslbarraMariaVictoria_2013.pdf?sequence=1)

Martín, G. (1992). *El Role-Playing una técnica para facilitar la empatía y la perspectiva social*. Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Facultad de Pedagogía, Universidad de Barcelona. CL&E. Dialnet-EIRoleplayingUnaTecnicaParaFacilitarLaEmpatiaYLaPe-126264 (4).pdf

Moure, P., Del Pino, R. & Alvarado B. (2011). *De lo psicológico a lo filosófico en la relación entre emociones y salud*. Psicología de la Salud. Universidad Central Abreu de las Villas. <https://www.psicologiacientifica.com/relacion-emociones-y-salud/>

Obando, L., Parrado, F. (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología de Psicología: Ciencia y Tecnología* 8(1), 51-

61. [file:///C:/Users/54122/Downloads/Dialnet-AproximacionesConductualesDePrimeraSegundaYTercera-5295907%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/54122/Downloads/Dialnet-AproximacionesConductualesDePrimeraSegundaYTercera-5295907%20(2).pdf)

OMS, (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Comunicado de prensa. <https://www.who.int/es/news/item/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>

OMS. (2017). *Depresión. Temas de salud*. <https://www.who.int/topics/depression/es/#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20un%20trastorno,cansancio%20y%20falta%20de%20concentraci%C3%B3n>

OMS. (30 de marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Datos y cifras*: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20Constituci%C3%B3n%20de%20la%20OMS,de%20trastornos%20o%20discapacidades%20mentales>.

Organización Mundial de la salud. (2016). *Media center*. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *La salud mental en el lugar de trabajo*. Día Mundial de la Salud. [https://www.who.int/mental\\_health/es/](https://www.who.int/mental_health/es/)

Organización Mundial de la salud. (2020). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Partarrieu, A. (2011). *Diálogo socrático en psicoterapia cognitiva*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-052/236.pdf>

Pérez. A., (1999). El suicidio, comportamiento y prevención-. *Rev Cubana Med Gen Integr* 15 (2): 504-507. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000200013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013)

Pinterest (s/f). *La escalera de las emociones* (técnica). <https://www.pinterest.es/pin/708120741380051455/>

Puerta, J., Padilla, D. (2011), *Terapia Cognitiva - Conductual (TCC) como Tratamiento para la Depresión: una Revisión del Estado del Arte*. Duazary. 8 (2): 251-257 Universidad del Magdalena Santa Marta. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>

Quintero, O., (2015). *Sentido de la vida, ansiedad y depresión en la mujer madura*, Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina Departamento de Psiquiatría. [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/669527/quintero\\_de\\_acevedo\\_olga.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/669527/quintero_de_acevedo_olga.pdf?sequence=1)

Revista saber vivir tve especialidades. (Mayo, 2020). El estrés y la depresión cada vez más mujeres lo viven. [https://www.sabervivirtv.com/medicina-general/causas-estres-depresion-mujer\\_1144](https://www.sabervivirtv.com/medicina-general/causas-estres-depresion-mujer_1144)

Ruíz, M., Díaz, M. y Villalobos. A. (2012). *Manual de intervención de técnicas cognitivo conductuales*.  
<https://www.edescllee.com/img/cms/pdfs/9788433025357.pdf>

Secretaria de Salud, (2010). *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en Adulto*.  
[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392\\_IMSS\\_10\\_Ansiedad/EyR\\_IMSS\\_392\\_10.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf)

Service National Institutes of health. (2001), *Depresión*. Lo que Toda Mujer Debe Saber. Departamento of health and Human Services Public  
[http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/depresion\\_mujer\\_esp.pdf](http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/depresion_mujer_esp.pdf)

Sierra, J., Ortega,V., Zubeidat, I.(2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista. Malestar Subj.* 3(1): 15-21.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482003000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002)

Tortosa, G (1998). *Una Historia de la Psicología Moderna. Los comienzos de la Psicología Experimental*. Lectura1. McGraw-Hill. Cap. 3.  
[https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1jPzV4v3ortTo7E0-bTTFISPiYJ0cJQ7n?fbclid=IwAR19QA8icr7-kZni\\_vJPu6lgCu8z6lsaxhiEIQ9\\_hjKza4NI5Bu-](https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1jPzV4v3ortTo7E0-bTTFISPiYJ0cJQ7n?fbclid=IwAR19QA8icr7-kZni_vJPu6lgCu8z6lsaxhiEIQ9_hjKza4NI5Bu-)

UNAM. (26 de junio de 2019). *Boletín*. UNAM-DGCS-455:  
[https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019\\_455.html](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_455.html)

Velázquez, G., Bonilla, M, y Padilla, D. (2019). *Efectos De Una Intervención Cognitivo Conductual En La Ansiedad Y Depresión En Médicos Internos De Pregrado*. *Revista Internacional Psicología Sin Fronteras*. Vol. 2, Número 3, México.  
[https://www.academia.edu/39394508/Efectos\\_De\\_Una\\_Intervenci%C3%B3n\\_Cognitivo\\_Conductual\\_En\\_La\\_Ansiedad\\_Y\\_Depresi%C3%B3n\\_En\\_M%C3%A9dicos\\_Internos\\_De\\_Pregrado](https://www.academia.edu/39394508/Efectos_De_Una_Intervenci%C3%B3n_Cognitivo_Conductual_En_La_Ansiedad_Y_Depresi%C3%B3n_En_M%C3%A9dicos_Internos_De_Pregrado)

[Cognitivo Conductual En La Ansiedad Y Depresi%C3%B3n En M%C3%A9dicos Internos De Pregrado](https://www.academia.edu/39394508/Efectos_De_Una_Intervenci%C3%B3n_Cognitivo_Conductual_En_La_Ansiedad_Y_Depresi%C3%B3n_En_M%C3%A9dicos_Internos_De_Pregrado)

Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García- S. García-Peña C. y Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*. 35 (1): 514-520.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002)

Zachmann, E. (s/f). *El pensamiento de Freud y su aporte a la Psicología*. Dialn  
et-EIPensamientoDeSFreudYSuAporteALaPsicologia-4895303.pdf  
<file:///C:/Users/54122/Downloads/Dialnet-EIPensamientoDeSFreudYSuAporteALaPsicologia-4895303.pdf>