



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

“Intervención cognitivo conductual por medio de
Telepsicología en un caso de depresión de usuaria CAPED
(SUAYED)”.

Reporte de Práctica de Servicio

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Gisela Portillo Portillo

Director: Mtra. Roxana González Sotomayor

Vocal: Mtra. María Guadalupe Muñoz Velázquez

Mtra. Abigail Yaveth Rivera Valerdi



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, enero 29 de 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

Resumen:	4
Summarizes:	4
Introducción	5
Relevancia social	6
Capítulo 1 Marco conceptual	
Fundamentos de la Depresión	7
Detección y diagnóstico de la depresión	13
Factores de riesgo de la depresión	15
Pronóstico de la depresión	14
Terapia cognitiva conductual (TCC)	195
Antecedentes de la TCC	16
Principios generales de la TCC	20
Principales técnicas de la TCC	19
Aplicaciones de la TCC	224
Abordaje de la depresión	235
Telepsicología	30
Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED)	37
CAPÍTULO 2. PRESENTACIÓN DEL CASO	39
Descripción del la demanda	39
Historia del problema	41
Instrumentos de evaluación	43
Inventario de Depresión de Beck	43
Inventario de Ansiedad de Beck	44
Resultado de la evaluación inicial	45
ANÁLISIS	46
Modelo secuencial integrativo	46
Diagrama del análisis funcional	49
Respuestas cognitivas:	51
Respuestas conductuales	49
Respuestas fisiológicas:	49
Método	50
Metas de tratamiento	52
Técnicas de intervención	531
A) Entrenamiento en respiración	53
B) Aprender a utilizar técnicas de relajación muscular de Jacobson	53
C) Entrenamiento en reestructuración cognitiva	53
D) Autoinstrucción	52
E) Resolución de problemas	53
Desarrollo del diagnóstico e intervenciones	57
CAPITULO 3. RESULTADOS	59
Seguimiento y cambios a futuro	61

[Conclusiones](#)64

[Alcances y limitaciones](#)66

[Referencias](#)68

[ANEXOS](#)71

[Anexo 1](#)71

[Anexo 2](#)74

[Anexo 3](#)75

[Anexo 4](#)754

Resumen:

La depresión ha sido clasificada por la OMS como el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial. Según el DSM-V los trastornos depresivos se caracterizan por la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo, por lo que una intervención oportuna podría contribuir de manera significativa a generar un impacto positivo en la calidad de vida de las personas que lo padecen.

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de N. usuaria del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED) con problemas de Depresión tratada mediante una intervención por Telepsicología, por medio de sesiones por videoconferencias en una plataforma virtual, con técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual, los instrumentos de evaluación fueron el Inventario de depresión de Beck y el Inventario de ansiedad de Beck, los resultados de la intervención fueron positivos logrando una disminución de la depresión que presentaba la usuaria, generando con esto mejorar su desarrollo familiar, académico y social.

Palabras clave: Depresión, terapia cognitivo conductual, Caso clínico, Telepsicología.

Summarizes:

Depression has been classified by the OMS as the main factor contributing to global disability. According to the DSM-V, depressive disorders are characterized by the presence of a sad, empty or irritable mood accompanied by somatic and cognitive changes that significantly

affect the functional capacity of the individual, so a timely intervention could significantly contribute to generating a positive impact on the quality of life of the people who suffer from it.

The objective of this paper is to present the case of N. user of the Center for Psychological and Educational Support at a Distance (CAPED) with Depression problems treated through an Telepsychology intervention, through videoconference sessions on a virtual platform, with techniques of the Cognitive Behavioral Therapy, the evaluation instruments were the Beck Depression Inventory and the Beck Anxiety Inventory, the results of the intervention were positive, achieving a decrease in the depression that the user presented, thus generating an improvement in family development, academic and social.

Keywords: Depression, cognitive behavioral therapy, Clinical case, Telepsychology.

Introducción.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) los trastornos depresivos se caracterizan por la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo, con los fenómenos depresivos se pueden asociar un gran número de sustancias de abuso, algunos medicamentos de prescripción médica y varias afecciones médicas.

Las técnicas de la terapia cognitivo conductual han resultado ser las más eficaces para disminuir los síntomas de la depresión a través de la intervención en las distorsiones cognitivas que preceden y originan comportamientos inapropiados en las personas afectadas por este trastorno. (González y Oropeza, 2016).

Relevancia social

Los trastornos mentales constituyen uno de los principales desafíos en salud pública a nivel mundial debido a los costos económicos y sociales que generan. A nivel mundial, aproximadamente 350 millones de personas, uno de cada diez adultos, sufre de depresión, y aproximadamente 60% de estos individuos no reciben la ayuda necesaria, a pesar de que el tratamiento disminuye los síntomas en más de 50% de los casos. (Pérez-Padilla, Cervantes-Ramírez, Hijuelos-García, Pineda-Cortés & Salgado-Burgos, 2017).

Según Carreño y Medina (2018) la depresión tiene un costo social elevado: contribuye al desempleo, el ausentismo por enfermedad y la pérdida de productividad en el trabajo.

Según los datos más recientes de la OMS existen 350 millones de personas con depresión en el mundo, además de ser el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial, causando más del 7.5% de todos los años vividos con discapacidad en 2015 y, de acuerdo con las previsiones, será la primera causa de discapacidad en el año 2030. (Gaytán-Jiménez et al., 2019).

En el ámbito nacional, según los datos más recientes debido a que no se han reportado encuestas más actuales, Pérez-Padilla et al. (2017) refiere que los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del año 2005, muestran que, 8.8% de los mexicanos ha presentado, por lo menos, un cuadro depresivo en algún momento de su vida y, 4.8%, lo presentó en el transcurso del año previo a la encuesta, lo que da como resultado una elevada utilización de los servicios de salud y un descenso de la productividad laboral.

La depresión agrava diversos problemas, la OMS (2020) refiere que en el peor de los casos puede llevar al suicidio. Por otro lado, la depresión se presenta en comorbilidad con otras enfermedades, según Medina, Sarti & Real (2015) afecta el pronóstico y la sobrevida de pacientes con enfermedades del corazón o con cáncer, es 3.4 veces más frecuente entre quienes cursan con una condición de dolor. Según datos de la Encuesta Mundial de Salud Mental, el riesgo de tener depresión cuando se tiene diabetes es 2.2 veces más frecuente que cuando no existe esta condición, y se tiene 2.8 veces más probabilidad cuando se trata de obesidad.

Capítulo 1. Marco conceptual

Fundamentos de la depresión.

La palabra depresión viene del latín depressio, sobre la idea de una forma hundida como consecuencia natural o por una fuerza ejercida. El término “depresión” surgió a mediados del siglo XIX, para referirse a una alteración primaria de las emociones, los rasgos más sobresalientes reflejaban menoscabo, inhibición y deterioro funcional. (Botto, Acuña & Jiménez, 2014).

Vallejo 2012, citado en Huaynates (2019) explica que en la antigüedad se hacía referencia a la melancolía y a todos los estados de ánimo, que ahora se conocen como depresión y manías. A lo largo de los siglos el significado de depresión se ha clarificado como un trastorno de la afectividad que expresa una claudicación psíquica y neurobiológico del sujeto, que suele manifestarse a través de síntomas de tristeza, desmoralización, desinterés, llanto, pérdida de la

autoestima, trastorno del sueño y dolores físicos. No se debe confundir los síntomas aislados de una depresión, con un sentimiento de tristeza momentánea de la vida.

Beck, A. Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (2010) definen a la depresión como aquel trastorno que altera el estado de ánimo, permitiendo que la persona genere respecto de sí, un sin número de pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica. Pues todo lo que el individuo genera como cogniciones repercute a nivel emocional, conductual y en la salud, induciendo a la persona a un estado en el que le es imposible resolver los problemas de la vida diaria.

Pérez, (2017) refiere que la depresión, es una condición debilitante con síntomas afectivos, cognitivos y somáticos que incluyen la presencia de ánimo bajo, anhedonia, alteraciones en el apetito y peso, alteraciones en el sueño, agitación o retardo psicomotor, fatiga, ideas de minusvalía o culpa, disminución en la capacidad de concentración, e ideas de muerte o suicidas.

Por otro lado, Zarragoitia, Menéndez, Cabrera, Pérez y Menéndez (2017), citado en Huaynates (2019) consideran a la depresión clínica como una situación médica que aqueja el estado de ánimo, los pensamientos y la conducta; modifica el modo de pensar, sentir y accionar de la persona que lo padece, es decir actividades amenas, sencillas de realizar en esta condición se tornan complicadas y requieren mayor esfuerzo.

Según (Beck, 1967, citado en Cora, 2018) “los sujetos deprimidos se caracterizan por la esencia de una serie de esquemas depresógenos que condicionan la construcción de la realidad del sujeto deprimido, de forma que, al momento de su activación, las personas con dicha

patología manifiestan una pauta de errores cognitivos negativos a todos los niveles de procesamiento.”

De acuerdo con Romeo (2017) la depresión posee cuatro componentes:

1. Síntomas afectivos: • Tristeza • Dificultad o incapacidad para disfrutar de situaciones o eventos que habitualmente le despertaban alegría o gozo, con disminución o pérdida del interés hacia los mismos y hacia la vida (anhedonia). • Disminución o abatimiento del ánimo • Abulia • Desesperanza • Melancolía • Ansiedad • Sentimiento de culpa • Sentimiento de vergüenza y autodesprecio • Irritabilidad • Intranquilidad • Disforia
2. Síntomas cognoscitivos: • Disminución para concentrarse • Disminución del rendimiento intelectual • Incapacidad para afrontar y resolver problemas cotidianos • Pesimismo • Ideas de minusvalía • Autorreproches • Indecisiones o dudas exageradas • Fallas para hacer un juicio realista sobre sí mismo • Pensamiento obsesivo • Ideas de culpa, vergüenza, pecado, etc.
3. Síntomas conductuales: • Aspecto de abatimiento • Faltas al trabajo • Disminución del rendimiento escolar • Alcoholismo y/o farmacodependencia • Intentos de suicidio • Retardo psicomotor, inhibición en actividades físicas y en el habla.

4. Síntomas psicofisiológicos: • Trastorno en el sueño • Cambios en el apetito: anorexia o hiperorexia • Cambios en el peso corporal • Disminución de la energía en general • Disminución del deseo sexual • Constipación • Cefalea • Mareos • Halitosis • Molestias somáticas.

Steffen, Nübel & Jacobi, (2020) en su estudio reciente confirman el fuerte vínculo entre la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias. También se encontró que las personas con depresión tienen mayor riesgo que la población general de presentar casi todos los trastornos mentales. El riesgo aumenta con la severidad de la depresión. Dos tercios de los casos de depresión presentaban al menos un trastorno mental comórbido.

Medina, Sarti & Real (2015) refieren que la depresión aumenta el riesgo de aparición de enfermedad coronaria por 1.64 veces y la incidencia de enfermedad isquémica de 1.5 a 2.0 veces; también predice la morbilidad y la muerte en pacientes con enfermedad cardíaca existente. Se ha demostrado que la depresión empeora el pronóstico después de un infarto del miocardio.

Se ha demostrado que la depresión es un factor de riesgo independiente para la diabetes tipo 2, además se asocia con la falta de adherencia a los hipoglucémicos orales, al mal control glucémico, al aumento de los costos de atención y a la progresión y aparición más temprana de complicaciones microvasculares y macrovasculares, discapacidad y muerte. (Riley et al., 2009, en Medina, Sarti & Real, 2015).

En la depresión puede haber niveles elevados de citoquinas proinflamatorias, las cuales son factores causales en el desarrollo y progresión de la aterosclerosis. La depresión también se ha ligado a aumento de la activación de plaquetas e hipercoagulabilidad. Hay evidencia de alteración de los mecanismos neuro hormonales como hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y aumento de cortisol plasmático en la depresión, lo que podría asociarse con la insuficiencia cardiaca congestiva. Además, los pacientes con depresión tienen conductas que aumentan el riesgo de enfermedad cardiaca, por ejemplo, tabaquismo, no realizar cambios en la dieta y falta de adherencia al tratamiento. (Medina et al., 2015).

Finalmente, la depresión está relacionada con un estado de inflamación crónica de bajo grado, factor de necrosis tumoral y a numerosas enfermedades somáticas (diabetes, accidente cerebrovascular, enfermedades cardíacas, muchos tipos de cáncer, enfermedades autoinmunes como la esclerosis múltiple y la artritis reumatoide), así como trastornos mentales. (Steffen, Nübel & Jacobi, 2020).

Detección y diagnóstico de la depresión.

Conforme a los criterios DSM-V (2014) para poder determinar la aparición de un trastorno de depresión mayor, cinco (o más) de los siguientes síntomas deben aparecer al mismo tiempo durante dos semanas, representando un cambio en el modo de funcionar que tenía la persona que se aprecie en el estado de ánimo deprimido, o bien, en la pérdida de interés en las cosas, de motivación o placer:

- Debe apreciarse un estado de ánimo deprimido gran parte del día, en casi todos los días.

- Se aprecia una disminución del interés por las actividades que solían generar dicha emoción, durante casi todo el día, la mayor parte de los días.
- Se produce una pérdida o aumento de peso.
- Alteraciones en los hábitos del sueño, como insomnio o hipersomnias, casi todos los días.
- Uno mismo y su entorno observan una mayor agitación o disminución psicomotora, casi todos los días.
- La persona se siente fatigada y/o con falta de energía, casi todos los días.
- Aparecen sentimientos de culpabilidad y de inutilidad excesivos.
- Dificultad para mantener la concentración o para tomar decisiones.
- Aparecen pensamientos relacionados a la muerte de forma recurrente, que pueden ser ideaciones suicidas sin un plan determinado por llevarlo a cabo, intentos de suicidio o meditaciones previas para llevar a cabo el suicidio.

También se deben cumplir los siguientes criterios:

1. La aparición de los síntomas genera un elevado malestar que genera un deterioro en las diferentes áreas en las que se encuentra la persona, como laboral o social.
2. Los síntomas no pueden estar relacionados al consumo de una sustancia, a un efecto fisiológico o a una enfermedad médica.
3. El episodio depresivo no concuerda mejor con un diagnóstico del trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, esquizofreniforme, un trastorno delirante u cualquier otro trastorno no especificado de entre los trastornos psicóticos.

4. Nunca se ha dado un episodio maníaco o hipomaníaco.

Los trastornos depresivos según el DSM V (2014) son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia, el trastorno depresivo debido a una afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.

Factores de riesgo de la depresión.

En el origen de la depresión interactúan factores genéticos y ambientales. Las experiencias traumáticas infantiles pueden contribuir con la aparición de depresión en la adultez, especialmente en individuos más vulnerables (Botto, Acuña & Jiménez, 2014).

Pérez-Padilla et al. (2017) refiere que la etiología de la depresión es compleja, puede tener un origen genético, fisiológico u hormonal o ser provocada por condiciones de estrés y / o factores psicológicos y sociales y, a menudo, el inicio de un episodio depresivo se relaciona con la presencia de acontecimientos o situaciones estresantes.

Por otra parte, la depresión se asocia con comportamientos poco saludables (fumar, consumir alcohol, falta de actividad física, dieta deficiente, falta de sueño) que también se sabe que son factores de riesgo para enfermedades crónicas comunes. (Steffen, Nübel & Jacobi, 2020).

El estudio realizado por Salazar et. al (2015) refiere que el riesgo mayor de depresión se presentó con la presencia de crisis económica, enfermedad crónica o lesión grave el último año.

Guerrero (2014) citado en Huaynates (2019) refiere que la depresión no tiene sexo, edad, o raza simplemente se desarrolla por distintas situaciones, suele agravarse en la edad adulta por las distintas vivencias, que se reflejan en tristeza, pérdidas de interés en una pareja, desolación y desgano en la persona que las sufre, como un síndrome que se agudiza con el tiempo y que si no se atiende empeora.

Pronóstico de la depresión

La depresión es una enfermedad recurrente, frecuentemente crónica y que requiere un tratamiento a largo plazo, y suele ser sobre diagnosticada, subdiagnosticada y tratada de manera insuficiente. (Botto, Acuña & Jiménez, 2014).

La depresión se ha asociado con la falta de adherencia al tratamiento, lo que podría explicar el peor pronóstico entre pacientes con enfermedades crónicas y depresión. (Steffen, Nübel & Jacobi, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (2020) afirma que existe evidencia de que la depresión predispone al ataque cardíaco y la diabetes, lo que a su vez aumenta la probabilidad de padecer depresión. Muchos factores de riesgo, como el bajo nivel socioeconómico, el consumo de alcohol y el estrés son comunes a los trastornos mentales.

En conclusión, la depresión afecta el desempeño académico, laboral, familiar disminuyendo la capacidad de afronte de la vida.

Terapia Cognitivo-Conductual

Antecedentes históricos

Plinio el Viejo, durante el primer siglo de la existencia de Roma, trataba de curar a aquellos que abusaban del alcohol colocando arañas muertas en descomposición en los vasos dónde bebían. Esta técnica en la actualidad es denominada condicionamiento aversivo. En el siglo XVIII el “niño salvaje de Aveyron” fue enseñado a hablar con maniobras y técnicas que actualmente son conocidas como modelado, instigación, refuerzo positivo, retirada de reforzadores, etc. En el siglo XIX, el equivalente actual un guardián de prisiones, Alexander Maconchi, usaba lo que conocemos como economía de fichas para lograr que los reos del Royal British Penal obedecieran las reglas del penal. En el mismo siglo, un médico francés trató los pensamientos obsesivos con técnicas parecidas a lo que conocemos hoy como parada del pensamiento, o inhibición recíproca. (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2017).

La Terapia de Conducta (TC) hace su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época, posicionándose especialmente frente al modelo psicoanalítico. (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2017).

Las Teorías Cognitivas Conductuales surgen de la fusión del enfoque cognitivo con el enfoque conductual consideran la regulación de las conductas a partir de un ajuste, adaptación y readaptación de éstas dentro de un conjunto de circunstancias ambientales cambiantes. (Cora, 2018).

Los fundamentos teóricos conductuales que sirvieron de base para el desarrollo de la Terapia cognitivo conductual fueron: a) la reflexología y las leyes del condicionamiento clásico b) el conexionismo de Thorndike, c) el conductismo de Watson y los posteriores desarrollos neoconductistas de Hull, Guthrie, Mowrer y Tolman, y d) la contribución de Skinner y el análisis experimental de la conducta. (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2017).

Rachman (1997) y O'Donohue (1998 y 2009), en Ruíz, Díaz & Villalobos (2017) resumen la evolución conceptual de la Terapia de Conducta en tres estadios o generaciones: la primera generación hace referencia a una estrecha y exclusiva relación con las teorías del aprendizaje, y estaría representado por el análisis conductual aplicado y el neoconductismo mediacional. La conducta normal y anormal se considera generada y mantenida por los mismos principios de aprendizaje.

En la segunda generación los principios de aprendizaje (condicionamiento) representan un contexto demasiado limitado para explicar el comportamiento humano, y se considera que la psicología experimental, cognitiva y social aportan elementos que pueden ser determinantes para abordar o explicar la complejidad de la conducta humana. Durante este estadio las contribuciones son el aprendizaje social y el enfoque cognitivo.

Finalmente, la tercera generación de terapeutas que llegaría hasta la actualidad, incluiría los nuevos desarrollos de la psicología del aprendizaje y la psicología experimental. Básicamente el objetivo es fomentar nuevamente la relación entre investigación básica y aplicación clínica, encontramos las nuevas terapias contextuales procedentes del conductismo radical (la Psicoterapia Analítica Funcional, o la Terapia de Aceptación y Compromiso), y el uso de técnicas de meditación como el mindfulness. (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2017).

Principios generales de la TCC

La terapia cognitivo conductual puede definirse como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente. (Plaud, 2001, citado en Ruíz, Díaz & Villalobos, 2017).

La terapia cognitivo conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento), como intervenciones cognitivas (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). (Navarro, 2018).

La finalidad del tratamiento de la terapia cognitivo conductual refiere Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), citado en Huaynates, (2019) es que la conducta es aprendida y susceptible de ser medida y modificada. Así mismo refieren que se busca el cambio cognitivo, conductual, emocional, excluyendo conductas inadecuadas transformando los procesos cognitivos.

Algunas de las principales características de la terapia cognitiva conductual son las siguientes según Ingram y Scott (1990), citado en Navarro (2018): 1. Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales. 2. Los objetivos específicos de algunos procedimientos son cognitivos. 3. Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno. 4. Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en intentos de modificar las cogniciones. 5. Se pone un notable énfasis en la verificación empírica. 6. La terapia es de duración breve. 7. La

terapia requiere de la colaboración entre terapeuta y paciente. 8. Los terapeutas cognitivo conductuales son directivos. 9. El cambio de los síntomas sucede posterior al cambio cognitivo.

Otra característica de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), se refiere a la atención oportuna de los síntomas objetivos que presenta el paciente a la hora de la terapia; a partir de éstos se busca la identificación de aquellas cogniciones que fortalecen a los síntomas presentados y se someten a evaluación lógica y empírica para fortalecer o debilitar a los mismos. A partir de este procedimiento se prosigue a modificar la conducta, con el objetivo de erradicar los pensamientos que fortalecen al surgimiento de aquellos comportamientos que dan origen a la presencia de trastornos. (Gavino, 2002, citado en Hernández, 2010).

Algunos autores como Labrador (2008) señalan las siguientes corrientes básicas:

1. Psicoterapias racionales: Destacan como causa fundamental de los trastornos emocionales la interpretación de la realidad objetiva.
2. Técnicas para desarrolla las habilidades de afrontamiento y manejo de situaciones problema: Incluyen técnicas o entrenamientos para actuar cuando aparece la situación problema.
3. Técnicas de solución de problemas: Es un conjunto de técnicas dirigidas a modificar la forma en que el sujeto aborda las situaciones para las que no tiene una clara alternativa de acción.
4. Técnicas de condicionamiento encubierto: Procedimientos basados en el condicionamiento clásico y operante aplicado a conductas cognitivas bajo el supuesto que se rigen por las mismas leyes que la conducta manifiesta.

Principales técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Racional Emotiva (TRE) fue desarrollada por Albert Ellis y se basa en la idea general de que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamiento equivocados o irracionales. Estos patrones son evidentes en las verbalizaciones implícitas derivadas de las hipótesis o suposiciones que una persona, establece acerca del mundo y de las cosas que le suceden. (Kazdin, 1983).

La TRE y el proceso por el que produce el cambio en el cliente, puede comprenderse muy bien imaginando la conducta en términos de una cadena de acontecimientos, A-B-C-D-E (Ellis, 1971, citado en Kazdin, 1983). “A” es un acontecimiento externo al que la persona se expone; “B” una serie de pensamientos (autoverbalizaciones implícitas) que la persona crea en respuesta a “A”; “C” constituyen las emociones y conductas que resultan de “B”; “D” representa los intentos del terapeuta de modificar lo que ocurre en “B”. “E” son las emociones y conductas nuevas surgidas a raíz de “D”. El objetivo fundamentalmente de la terapia es estudiar las auto verbalizaciones implícitas del cliente (las de la etapa B) que pueden explicar sus reacciones al ambiente (A). La terapia intenta separar la realidad de las conclusiones irracionales derivadas de ella.

Reestructuración cognitiva (RC). Para Nezu, Nezu y Lombardo (2006), la RC es un término amplio para diversos planteamientos de índole cognitivo que pretenden reducir los pensamientos automáticos negativos y aminorar los esquemas desadaptativos. La suposición básica de la que parten estas perspectivas es que los factores cognitivos influyen en las emociones y el comportamiento de la gente. En otras palabras, no es un suceso por sí mismo el que determina lo que sienten los individuos, sino su percepción de la situación.

La RC pretende ayudar a que el paciente identifique las disfunciones cognitivas, como pensamientos automáticos distorsionados o negativos, suposiciones desadaptativas o principios rectores erróneos y esquemas disfuncionales o conjunto de ideas básicas, para que comprendan cómo influyen estos pensamientos en sus respuestas emocionales y conductuales ante situaciones estresantes y con ello el paciente cambie de mentalidad al sustituir ideas negativas con otras más adaptativas y saludables. Esta técnica es adoptada para combatir psicopatologías como la ansiedad y la depresión. (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006).

Sánchez (2020) nos indica que la reestructuración cognitiva el terapeuta ha de ayudar al consultante a:

- a) Identificar las cogniciones pertinentes.
- b) Comprender el impacto de estas sobre las reacciones emocionales y conductuales.
- c) Considerar las cogniciones como hipótesis que han de ser discutidas y sometidas a prueba.
- d) Cuestionar verbal y conductualmente las cogniciones inadecuadas, y
- e) Modificar estas cogniciones y sustituirlas por otras más apropiadas para conseguir el cambio emocional y conductual deseado. Estas cogniciones alternativas deben ser al menos relativamente plausibles para el cliente y fáciles de recordar y utilizar.

Activación conductual. Es considerada como parte de la tercera generación de Terapias Cognitivo Conductuales. El principio tras la Activación Conductual indica usar reforzadores y castigos para guiar el comportamiento individual hacia patrones más normalizados. Se basa en la observación de que la modificación del comportamiento puede ejercer un efecto positivo en

las emociones. Los pasos de la terapia incluyen: 1. El paciente con el terapeuta redactan una lista de cosas que están reforzando los patrones de conducta actuales y otra lista con actividades que refuerzan la conducta normalizada. 2. El paciente luego produce un conjunto de metas conductuales que el terapeuta rastrea. 3. Ambos crean un plan o una jerarquía de acción para modificar la conducta del paciente mediante un conjunto de reforzadores y (a veces) de castigos. 4. Luego emplean un instrumento objetivo (como el Inventario de Depresión de Beck) para medir el efecto. (Vargas, 2018).

Detección de pensamientos. Según Nezu, Nezu y Lombardo (2006) esta técnica consiste en identificar los pensamientos irracionales, negativos o estresantes con la finalidad de no permitirles que crezcan como una bola de nieve, detenerlos con la palabra STOP o PARA, de manera verbal o mental o bien ponerse un despertador para recordarnos que debemos interrumpir el pensamiento, otra opción es la sustitución de los pensamientos distorsionantes por otros más adecuados y positivos.

Es una técnica de autocontrol efectiva para evitar los pensamientos rumiativos, esto es, aquellos pensamientos no deseados que se repiten continuamente en ciertas ocasiones y que llevan a sensaciones desagradables, llegando a afectar a nuestro estado de ánimo, dos características importantes de este tipo de pensamientos es que son improductivos (es decir, no llevan a tomar acciones para resolver lo que preocupa) y no se adaptan a la realidad. Aunque la mayoría de las personas tenemos algún pensamiento de este tipo en algunos momentos, en ciertos casos dichos pensamientos se manifiestan en forma de obsesiones o pensamientos fóbicos, como los presentes en trastornos como la hipocondría o las fobias. (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006).

Entrenamiento en respiración.

Ruiz, Díaz y Villalobos (2017) enfatizan que la respiración es un proceso esencial en la regulación de la actividad metabólica del organismo. Mediante el intercambio de gases durante la respiración se produce tanto el aporte de oxígeno necesario para las funciones celulares, como la expulsión de los que se generan en dicha combustión. Se trata de un proceso que se desarrolla en las siguientes fases:

- a) Inspiración: El aire penetra por las fosas nasales y llega a los pulmones a través de los bronquios hasta llegar a los alveolos donde se difunde al torrente sanguíneo.
- b) Pausa inspiratoria: Tras la inspiración se produce una pequeña pausa durante la cual los pulmones se mantienen en un estado de inflación que facilita el intercambio gaseoso (entra O² y sale CO²).
- c) Espiración: El CO² penetra en los alveolos y es expulsado al exterior.
- d) Pausa espiratoria: A la espiración le sigue una pausa durante la cual los pulmones permanecen en reposo.

La frecuencia de los movimientos respiratorios de inspiración y espiración constituye el ritmo respiratorio. El ritmo en la actividad respiratoria y el volumen de la misma dependen de la actividad del organismo y hay numerosos factores que pueden modificarlo pues se trata de un mecanismo autorregulatorio que por, tanto, varía en función de las necesidades fisiológicas del individuo y del propio estado emocional. Un patrón respiratorio adecuado produce en estado de reposo un aumento del control parasimpático, porque las tasas inspiratorias bajas y la prolongación en periodos de espiración incrementan los niveles de CO² en sangre. Por todo ello,

el control respiratorio puede contribuir a modular voluntariamente la acción del sistema nervioso autónomo e incrementar el tono vagal reduciendo la sobre activación simpática que se produce en situaciones de estrés. (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2017).

Relajación progresiva de Jacobson. Esta técnica es fue originalmente desarrollado por Jacobson en 1939. Es un tipo de relajación que presenta una orientación fisiológica. En la actualidad el ejercicio se lleva a cabo con 16 pares de músculos. El objetivo es disminuir los estados de activación fisiológica; por medio de la disminución progresiva de la tensión muscular. La técnica consiste en tensar y destensar una serie de músculos y percibiendo las sensaciones corporales que se producían, se eliminaban casi por completo las tensiones y contracciones musculares, induciéndose un estado de relajación profunda. (Ruiz, et al., 2017).

Resolución de problemas. La meta del entrenamiento en resolución de problemas (ERP) es ayudar a la persona a identificar y resolver los problemas actuales de su vida que son antecedentes de respuestas desadaptativas y, al mismo tiempo, en caso de ser necesario, enseñar a la persona habilidades generales que le permitirán manejar más eficaz e independientemente futuros problemas (D' Zurilla, 1986/1993; citado en Bados y García, 2014).

Terapia de autocontrol: Nezu et al. (2006) mencionan que la terapia de autocontrol se centra en: • Enseñar a los pacientes a mantener un registro diario de experiencias positivas y su estado de ánimo asociado • Establecer metas específicas, explícitas y asequibles relacionadas con actividades positivas. • Identificar reforzadores, como son el apoyo familiar y social, • Administrarse recompensas tras alcanzar una meta.

Psicoeducación: Consiste en brindar información adecuada al paciente con la finalidad de modificar conductas y actitudes respecto a la problemática que le aqueja de manera que se logre

adherencia al tratamiento reduciendo el riesgo de las recaídas a través del refuerzo de sus habilidades y fortalezas (Bulacio, Vieyra, Álvarez y Benatuil, 2004, citado en Navarro, 2018).

Aplicaciones de la TCC

La terapia cognitiva conductual constituye uno de los modelos más utilizados en el tratamiento de diversos trastornos mentales Puerta y Padilla (2011), citado en Huaynates, (2019) y, según Beck, A. Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (2010) se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.).

Hall-Flavin, D. K. (2019). Refiere que la terapia cognitiva conductual es una herramienta útil para abordar desafíos emocionales. Por ejemplo:

- Controlar los síntomas de enfermedad mental
- Prevenir recaídas de síntomas de enfermedad mental
- Tratar una enfermedad mental cuando los medicamentos no son una buena opción
- Aprender técnicas para lidiar con situaciones estresantes de la vida
- Identificar formas de controlar las emociones
- Solucionar conflictos en las relaciones y aprender mejores formas para comunicarse
- Afrontar el dolor o las pérdidas
- Superar traumas emocionales relacionados con el maltrato o la violencia
- Afrontar una enfermedad médica
- Controlar los síntomas físicos crónicos

Algunos autores como Hall-Flavin (2019) refieren que los trastornos de salud mental que podrían mejorar con terapia cognitiva conductual incluyen:

- Depresión
- Trastornos de ansiedad
- Fobias
- Trastorno de estrés postraumático
- Trastornos del sueño
- Trastornos de alimentación
- Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
- Trastornos de consumo de drogas
- Trastornos bipolares
- Esquizofrenia
- Trastornos sexuales

Abordaje de la depresión

La psicoterapia es la primera elección de tratamiento en depresión leve y moderada, y la más utilizada es de tipo cognitivo conductual. La farmacoterapia es una elección en depresión moderada-severa, depresión psicótica y cuando no hay respuesta a psicoterapia en depresión leve-moderada. El tratamiento se considera, por tanto, multimodal (intervenciones a nivel individual, familiar, grupal y farmacológico). (Harrison, Beck & Buceta, 1984, citado en Navarro, 2018).

Nezu et al. (2006) mencionan que la intervención cognitivo-conductual en pacientes depresivos se deben plantear metas para mejorar el estado de ánimo negativo y la pérdida de interés en actividades placenteras, disminuir si es que existe el riesgo de ideación suicida, mejoramiento de relaciones sociales, académicas y ocupacionales, así como el mejoramiento de la salud física en el paciente.

Las principales metas de acuerdo con estos autores son:

- Disminuir el pensamiento disfuncional.
- Optimizar la capacidad de resolución de problemas.
- Incrementar las habilidades de autocontrol.
- Mejorar las tasas de reforzamiento positivo.
- Aumentar las habilidades sociales/interpersonales.

Algunas de las técnicas que se utilizan en la terapia cognitivo conductual para el manejo de la depresión son el afrontamiento a la depresión, la reestructuración cognitiva, la terapia en solución de problemas, la terapia de autocontrol, la activación conductual y entrenamiento en habilidades sociales (Nezu et al., 2006).

Técnicas de relajación y ejercicios de respiración: a partir de los datos identificados de cada usuario se debe elegir la técnica que se crea más conveniente como relajación progresiva (relajación diferencial y relajación pasiva) relajación autógena y ejercicios de respiración. (Fernández et al., 2012, citado en Sánchez, 2020).

Reestructuración cognitiva: Se refiere a la necesidad de modificar pensamientos automáticos, suposiciones distorsionadas o desadaptativas y autoesquemas disfuncionales, es decir se pretende que el paciente identifique y modifique pensamientos desadaptativos, por el contrario, aumente la creencia de sus respuestas racionales, así reemplazan los pensamientos ilógicos por unos acordes a la realidad, lo que da lugar a la disminución de sus niveles de depresión y un aumento en la realización de actividades más placenteras. (Moya, 2008, citado en Sánchez 2020).

Activación conductual. Con esta técnica se intenta que el consultante logre supere la depresión, ya que aumenta las fuentes de reforzamiento positivo y contrarrestar patrones evitativos y de distanciamiento, así como la inactividad. (Nezu, Nezu y Lombardo 2006).

Como una terapia formal para la depresión, la activación conductual se enfoca en la programación de actividades para animar a los pacientes a efectuar actividades que ellos evitan y a analizar la función de los procesos cognitivos (como la rumiación) que sirven como una forma de evitación. (Vargas, 2018).

Resolución de problemas. Los pacientes con depresión a menudo no saben qué más hacer, aparte de inquietarse. Por ello la terapia de resolución de problemas pone hincapié particular en ayudar a los pacientes a que definan mejor sus problemas y en generar soluciones alternas, contribuye a que establezcan respuestas de afrontamiento más adaptativas. (Navarro, 2018).

Esta técnica es útil para afrontar racionalmente a los problemas planteados (no emocionalmente) según Nezu (2007), citado en Bado y García, (2014) las habilidades para resolver problemas ejercen un papel modulador de la relación entre factores estresantes y el

desarrollo de la depresión el esquema más aplicado es el de D' Zurilla y Golfriend (1971) que plantea cinco pasos.

1. Orientación general.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generación del mayor número de posibles alternativas.
4. Toma de decisiones.

Técnica de autocontrol: El modelo sobre el autocontrol propone que la gente que está deprimida o que es vulnerable a la depresión se caracteriza por alguna combinación de 6 déficits específicos, en el autocontrol de la conducta. Estos componentes psicológicos de la depresión tienen lugar en las conductas de autorregistro, de autoevaluación y de auto reforzamiento de la siguiente manera: 1. Las personas deprimidas atienden selectivamente a los acontecimientos negativos de sus vidas, con la exclusión relativa de los sucesos positivos, la idea es que la gente deprimida pone su atención en la vigilancia de experiencias o acontecimientos negativos. 2. Las personas deprimidas atienden selectivamente a las consecuencias inmediatas, y no a las demoradas de su conducta. Como un componente de la dificultad general para trabajar en objetivos a largo plazo, las personas deprimidas se encuentran más afectadas por sus necesidades emocionales inmediatas y tienen dificultades para centrarse en la gratificación demorada de una conducta que necesita más esfuerzo. 3. Las personas deprimidas establecen exigentes patrones para evaluación de su conducta. La gente deprimida es, a menudo, perfeccionista y ve que su conducta nunca es tan buena como debería ser. Estos patrones están representados a veces por objetivos de “todo o nada” (es decir, la conducta o es perfecta o es un

fracaso) y a menudo son mucho más elevados para la persona en cuestión que cuando se aplican a los demás. La conducta de autoevaluación se encuentra moderada por la autoatribución, en el modelo adaptado. Con el fin de evaluar una conducta como buena o mala y sentir orgullo o vergüenza, la persona tiene que construir la conducta como internamente controlada. 4. Las personas deprimidas tienden a hacer atribuciones internas en el caso de acontecimientos negativos y atribuciones externas en el caso de sucesos positivos. Como consecuencia de lo anterior, 5. Las personas deprimidas se administran así mismas recompensas contingentes, insuficientes. Se supone que la autorrecompensa complementa a la recompensa externa, para motivar a la conducta hacia objetivos a largo plazo, conducta que es la más deficiente en la depresión. 6. Las personas deprimidas se administran así mismas un autocastigo excesivo. La conducta esta inhibida y falta la iniciativa debido a las consecuencias contingentes de una autocrítica y una culpa excesiva. Empleando este modelo como base el autor ha desarrollado un programa de terapia que aborda cada déficit secuencialmente, que enseña los principios básicos a las personas con depresión y que asigna tareas para la casa con el fin de producir cambios en su conducta en cada área específica. El programa está organizado en un formato grupal con un orden del día estructurado para cada sesión. La mayoría de las sesiones comienzan con una revisión de las tareas para la casa asignada en la última sesión y una discusión general sobre las experiencias relevantes y de los problemas de la vida. Se presentan un nuevo principio o idea cada dos semanas y los pacientes participan en alguna clase de ejercicio de papel y lápiz durante la sesión con el fin de ayudar a que comprendan el principio. Le sigue la asignación de la tarea para casa que implica que el sujeto se centre en un objetivo específico de autorregistro dentro de un formato de autorregistro continuo. El programa se compone de doce sesiones de una hora y media cada una, una vez a la semana. (Caballo, 2008).

Entrenamiento en habilidades sociales: Consiste en entrenar a los pacientes con depresión en las habilidades necesarias para conocer gente, iniciar nuevas conversaciones, ir a entrevistas de trabajo, etc. (Navarro, 2018).

Caballo (2008) hace referencia a que las habilidades sociales son dirigidas a incrementar la competencia de la actuación ante situaciones críticas.

Capítulo 2. Telepsicología

En los últimos años, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) se han instalado con una enorme fuerza a nuestras vidas y han demostrado tener una gran capacidad para transformar los contextos en los que se aplican. (Guillén, Grau-Alberola, & Cortell, 2018).

Para contextualizar históricamente el uso de la Telepsicología es necesario remontarse a la aparición de la Telemedicina en el año 1924, la cual fue usada para consultas de psiquiatría en 1950. El término de Telepsicología fue utilizado por primera vez por Dwyer en 1973, y sólo se implantó en algunas partes de Australia y Nueva Zelanda, donde las distancias son muy extensas. (Oviedo, 2019).

En la actualidad, existen múltiples términos para describir las intervenciones dirigidas a la salud física o psicológica a través de internet. Son habituales los términos e-terapia, ciberterapia, e-salud, terapia online, telesalud, TelePsicología, intervenciones psicológicas online. (Barak, Klein, & Proudfoot, 2009; Eysenbach, 2001, en De la torre & Pardo, 2018).

La American Psychological Association (2013) propuso el término de Telepsicología y lo define como la prestación de servicios psicológicos empleando tecnologías de la información y

de la telecomunicación, mediante el procesamiento de la información por medios eléctricos, electromagnéticos, electromecánicos, electro-ópticos o electrónicos. Dentro de estos medios se incluyen los dispositivos móviles, los ordenadores personales, los teléfonos, las videoconferencias, el correo electrónico, webs de autoayuda, blogs y redes sociales y establece que la atención prestada por estos medios se realiza con los mismos estándares de conducta y principios éticos que existen para terapia psicológica presencial: principios de confidencialidad, secreto profesional, práctica responsable, ética de publicidad, entre otras disposiciones vigentes.

En cuanto a la forma de comunicar la información en Telepsicología esta, puede ser transmitida tanto por vía oral como escrita, así como por imágenes, sonidos u otros tipos de datos. La comunicación puede ser síncrona (videoconferencia interactiva, llamada telefónica) o asíncrona. (Flores, Cárdenas, Duran & De la Rosa, 2014).

En la actualidad, las intervenciones Telepsicológicas se han establecido como una alternativa para la prevención y el tratamiento psicológico. Los ensayos controlados aleatorizados realizados hasta el momento muestran que las intervenciones psicológicas online generan cambios en el comportamiento en comparación con los controles, demostrando la eficacia de la terapia psicológica a través de internet, principalmente desde un enfoque cognitivo conductual. (Andersson, Rozental, Rück, & Carlbring, 2015; Grist & Cavanagh, 2013; Wantland, Portillo, Holzemer, Slaughter, & McGheeet, 2004, citados en De la torre & Pardo, 2018).

Actualmente, ya es posible administrar intervenciones psicológicas por medio de Internet y existen varios metaanálisis que indican que los resultados son similares a los alcanzados con la terapia cara a cara. (Andersson et al., 2014; Andrews et al., 2018, citado en Guillén, Grau-Alberola, & Cortell, 2018).

De la torre & Pardo (2018) subrayan que los usos de la intervención telepsicológica pueden ser: en una terapia psicológica, como seguimiento a un tratamiento psicológico presencial, como seguimiento de una terapia presencial, como servicio de asesoría o counseling y/o como evaluación o screening.

Jiménez (2020) refiere que para que la sesión en Telepsicología sea exitosa, deben tenerse en cuenta ciertas condiciones que garanticen la calidad profesional, comunicación adecuada y confort del ambiente. Tales como:

1. **Agendar y recordar la cita con anticipación.** Enviar las recomendaciones de conectividad, protocolos, y espacio, para garantizar un buen desempeño en la consulta con anterioridad.
2. **Garantizar la conectividad:** Una buena conexión a internet, sonido e imagen facilitan la conexión emocional, la expresión de sentimiento y el soporte y contención brindados.
3. **Garantizar la privacidad:** Espacio tranquilo, tanto en el área del profesional como del consultante, facilita la apertura de la persona que consulta y la disposición del profesional a dar su mayor aporte al consultante.
4. **Garantizar un bienestar de la persona que consulta:** Confort, facilita el bienestar, por ejemplo, en la posición en la silla (ergonomía), luz, temperatura. Recomendar que haya cumplido con su alimentación, que tenga a la mano vaso de agua, Kleenex, y un cuaderno y lápiz de notas, que haya ido previamente al baño.
5. **Establecimiento de rapport:** Es sintonía psicológica y emocional de dos personas que hablan, en la cual se fomenta la atención mutua, buena actitud y sincronía.

6. **Seguimiento de protocolos como son:** Firma de consentimiento informado, diligenciamiento de datos de identificación de historia clínica con fotografía, exploración de motivo de consulta, historia personal y familiar, y datos relevantes. Intervención puntual, retroalimentación, Impresión diagnóstica, realización de plan de trabajo, recomendaciones. Agendamiento de control, nueva cita y/o remisión.

7. **Cierre.**

A continuación, enumeraremos las ventajas y desventajas de la telepsicología según la Guía para la Intervención Telepsicológica publicada en 2013, por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (De la torre & Pardo, 2018).

Ventajas de la Telepsicología

- **Accesibilidad:** facilita el acceso a colectivos que presentan dificultades para acudir a terapia presencial (jóvenes, con diversidad funcional, movilidad reducida, con centros sanitarios saturados o lejanos, residen en áreas rurales o en el extranjero, viajan, etc.).
- **Facilidad de inicio de terapia psicológica en algunos casos:** alternativa de acceso a una ayuda psicológica inicial para las personas que tengan dificultades para acceder a un servicio de ayuda psicológica presencial. Por ejemplo, en personas que sufren problemas psicológicos como problemas de ansiedad social, agorafobia, depresión o ideación suicida.
- **Rentabilidad y eficiencia:** reduce tiempo y gastos de desplazamiento.

- **Mantenimiento de la regularidad:** posibilidad de mantener un contacto regular y continuado en aquellos casos en los que no se podría dar una continuidad de forma presencial. Por ejemplo, personas que viajan de forma frecuente.
- **Disponibilidad de la información:** la información del cliente (historia clínica, resultados de pruebas, etc.) es fácilmente accesible y rápida para profesionales y clientes.
- **Facilidades tecnológicas para profesionales:** permite mayor intercambio de información entre profesionales y facilidades en registros y análisis de la información recabada.
- **Cada vez existe mayor apoyo empírico en las intervenciones Telepsicológicas:** creciente número de investigaciones que apoyan el uso de las tecnologías en las intervenciones psicológicas.

Desventaja del uso de la telepsicología

- **Uso desigual:** las tecnologías no son utilizadas por muchas personas, por ejemplo, personas de edad avanzada.
- **Riesgos clínicos:** existen mayores dificultades o incapacidad para asistir a las personas que requieren atención en crisis, por lo que no es aconsejable.
- **Inversión inicial:** requiere un mayor gasto inicial disponer de toda la tecnología apropiada.
- **Dificultades legales:** existe desconocimiento y ausencia de requisitos claros respecto a la normativa legal y recomendaciones éticas.

- Riesgos para la protección de la información: la información del cliente por diferentes medios aumenta los riesgos y necesidades de protección de la información del cliente.
- Escasa formación del profesional para la adaptación del proceso terapéutico al entorno online: apenas existe formación disponible para los psicólogos que desean realizar intervenciones online.
- Necesidad de mayor investigación: se requiere mayor evidencia empírica, con criterios homogéneos y unificados sobre el tipo de intervenciones online y soportes, así como de los problemas psicológicos menos comunes y de los formatos tecnológicos más novedosos. (De la Torre & Pardo, 2018).

A pesar de las desventajas señaladas anteriormente se ha visto efectividad según Oviedo (2019) en casos como:

- **Atención en crisis:** apoyo en duelo, problemas de ansiedad, de pareja, familias, niños, adolescentes, adulto mayor, situaciones vitales, situaciones de manejo como la actual de confinamiento, en lo personal, familiar y laboral, entre otras.
- **Psicodiagnóstico:** Valoración con instrumentos, cuestionarios, pruebas.
- **Orientación puntual** en casos específicos, de vivencias afectivas, desajustes emocionales antiguos, o nuevos, inquietudes o vivencias referidas al confinamiento.
- **Psicoterapia:** individual, pareja, familia.
- **Técnicas específicas:** desde la relajación, hasta hipnosis clínica, y otras fortalezas de los mismos profesionales.

Dado que el avance en el ámbito de las nuevas tecnologías está en proceso de continuo cambio, las practica profesional del psicólogo debe adaptarse a dichos cambios, adoptando las medidas necesarias para garantizar su competencia: formación, experiencia supervisada, estudio y experiencia profesional para una práctica competente. (American Psychological Association, 2013).

En conclusión, la tendencia actual y futura se inclina a favor de la utilización de los servicios de Telepsicología, tanto para el ámbito público como para el privado y en todas las especialidades de la profesión. Cabe mencionar que no solo los avances tecnológicos han abierto paso a esta tendencia, sino también el contexto mundial de la pandemia por COVID 19, ha hecho que muchos procesos y servicios se apoyen en la tecnología y la psicoterapia también es uno de ellos.

El Centro de Apoyo Psicológico y educativo a Distancia (CAPED).

El CAPED tiene la finalidad de Brindar asesoría psicológica y educativa en línea a la comunidad estudiantil de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

La atención psicológica y/o educativa 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.

Brinda apoyo psicológico basado en un modelo de terapia breve cognitivo conductual para aquellos alumnos que presenten 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.

Por otro lado, se brinda asesoría educativa para atender las necesidades educativas de los alumnos en cuanto habilidades de aprendizaje y estrategias de estudio, proporcionando estrategias que faciliten el estudio de sus asignaturas, así mismo se brindará información sobre hábitos de estudio que favorezcan a la planeación y organización del trabajo académica.

En el CAPED participan los estudiantes de séptimo a noveno semestre de la licenciatura de psicología del SUAyED inscritos en áreas de profundización en psicología clínica y psicología educativa, para realizar prácticas profesionales supervisadas como asesores psicológicos.

Para dar respuesta al Plan de estudios de la carrera de Psicología a distancia, en donde se plantea como imperativo el desarrollo de estancias de práctica en escenarios reales como eje sustantivo de la formación profesional y aprovechando la infraestructura en el acceso a los medios tecnológicos, la Coordinación de Educación a Distancia (COED) ha detectado y atendido las necesidades de mayor frecuencia en la población de alumnado del SUAyED.

El SUAyED es un sistema flexible, apoya a los estudiantes con asesorías presenciales y a distancia, según el plan de estudios de que se trate; y además, ha desarrollado materiales didácticos especialmente para cada modalidad, los cuales propician el estudio independiente y autogestivo; el alumno y el docente en el SUAyED tienen la oportunidad de incorporar el uso de las tecnologías de información y de la comunicación como herramientas del proceso enseñanza aprendizaje (correo electrónico, videoconferencia, grupos virtuales y foros, entre otros), lo cual permite la creación de grupos de aprendizaje. (Universidad Nacional Autónoma de México, 2016).

El equipo de asesores del CAPED se encuentra en constante capacitación y supervisión por parte de los profesores del SUAyED psicología, apegados a lineamientos del código ético del ejercicio profesional del psicólogo, así como cuidado con la confidencialidad y protección de datos. Los asesores que participan adquieren habilidades y competencias profesionales, para lograr un mejor desarrollo profesional y una mejor inserción a el ambiente laboral. (Secretaría de Relaciones Desarrollo y Relaciones Institucionales de Iztacala UNAM, 2017).

Capítulo 2. Presentación del caso.

Descripción del paciente.

Mujer de 51 años, sin padecimientos crónicos degenerativos, ni padecimientos físicos observables, divorciada, de religión católica, nivel socioeconómico medio, vive sola, tiene dos hijos varones de 29 y 32 años casados. Su madre falleció hace un año, le sobrevive su padre de 89 años con problemas severos de salud. Tiene cinco hermanas con quienes no lleva una buena relación. Radica en la CDMX. Actualmente se encuentra estudiando la carrera de psicología SUAyED en el tercer semestre con promedio de 7.7. Trabaja como administrativa en una institución educativa desde hace diez años. Su apariencia física y comportamiento general es adecuado. Se muestra colaboradora, motivada y con expectativas positivas ante el tratamiento psicológico.

Descripción de la demanda

Motivo de consulta por el paciente. La usuaria; que nombraremos N. con el fin de proteger su identidad, refiere que se siente con desánimo todo el día, lo cual le provoca postergar sus actividades escolares y mantenerse inactiva en su casa. Comenta sentirse estancada en la universidad al punto de querer abandonar sus estudios pues lleva cuatro años cursando la carrera de psicología y no ha podido avanzar más de tercer semestre, su rendimiento escolar es bajo y en tres ocasiones ha dado de baja todas las materias.

Expresa que se da cuenta que es muy exigente consigo misma que necesita aclarar lo que le pasa para mejorar su salud física y su rendimiento escolar. Considera que no ha podido superar la muerte de su madre pues a pesar de padecer una enfermedad crónica degenerativa siente que murió de forma inesperada.

A partir de la pandemia ella no acude a trabajar de manera presencial y el trabajo que le solicitan es de forma esporádica por lo que no tiene actividades laborales importantes. En este periodo su número de horas de dormir se ha incrementado de manera paulatina y pasa la mayor parte de su día viendo sus correos, redes sociales y series y películas en Netflix.

Cada que se da cuenta que posterga sus actividades se enoja consigo misma, llora, siente ansiedad en la boca del estómago, vértigo, estrés, insatisfacción, visión distorsionada, piensa que es poco atractiva y mediocre, como consecuencia se evade viendo sus redes sociales, viendo la televisión, comiendo de más o durmiendo.

Esta situación le ha causado graves problemas en su vida cotidiana, pues interfiere de forma significativa en la realización de sus metas, expresa que su salud se ha visto deteriorada pues se siente agotada, con tensión muscular, lenta y somnolienta, cuando presenta más estrés tiene visión borrosa, vértigo, ansiedad y dolor de cabeza.

Piensa que es mejor abandonar la carrera pues piensa que no le es posible enfocarse en ella, se siente desgastada por la enfermedad de su madre, su muerte, la pandemia, la enfermedad de su padre y el rompimiento con su pareja.

La usuaria N. comenta que a partir de marzo por motivos de la pandemia no sale de su casa que vive con temor de contagiarse y por consecuencia contagiar a su padre quien ya tiene 89 años.

La relación con sus hermanas es difícil y problemática pues ellas no se cuidan, salen y se exponen al contagio de Covid 19 por lo cual ella se enoja mucho y les dice que son inconscientes e irresponsables pues contagiaron a su padre que esta vulnerable por su edad y sus enfermedades. Refiere que debido a esta situación tomo la decisión de dejar de ir a ver a su padre y de relacionarse con sus hermanas para ya no enojarse ni exigirles nada desde mayo de 2019, desde entonces solo tiene comunicación con una de ellas para ver que necesita su padre con respecto a medicamentos o atención medica pues ella apoya enviando dinero.

En suma, la paciente refiere que la naturaleza de su problema radica en “sentirse desanimada, sin motivación todos los días lo que produce que posponga sus actividades y me sienta con un alto grado insatisfacción personal y frustración”. Los síntomas más notables que manifiesta son cansancio, la dificultad de enfocarse, sentimientos de culpabilidad y tristeza.

La usuaria N. ya estudiando en SUAyED se entera de los servicios de CAPED, y solicita el apoyo con asesoría y orientación sobre lo que podía hacer para superar sus problemas y evitar sus malestares consecuentes.

Motivo de consulta por terapeuta

La usuaria presenta los síntomas de una depresión moderada (sentimientos de culpa, desanimo, aislamiento social) acorde al resultado del inventario de Beck. Presenta carencia en la habilidad de organizar su tiempo, en la toma decisiones, en regulación emocional, en habilidades sociales y de comunicación lo cual la lleva a vivir una pronunciada inestabilidad emocional, insatisfacción personal y fatiga.

Historia del problema

La usuaria N. comenta que se divorcia en 1996 padeciendo una depresión severa. Toma terapia familiar ella y sus dos hijos durante un año y luego acude a grupos de ayuda de AA donde permanece activa hasta la actualidad. Tiene 6 años de vivir sola.

El problema inicia hace aproximadamente un año en que termina una relación de pareja de 14 años con un hombre casado la cual concluye en febrero de 2020. A raíz de este suceso presenta inseguridad en sí misma, inestabilidad emocional y sentimientos de culpa y vergüenza. Otro suceso relevante que desencadena su estado de ánimo es el fallecimiento de su madre en noviembre de 2019, quien estuvo enferma por veinte años de los pulmones y el corazón. A estos acontecimientos se suma la contingencia por COVID en marzo de 2020 fecha en la cual ya no se presenta a trabajar de manera presencial, y ya no tiene la oportunidad de convivir con sus compañeros de trabajo.

La usuaria N. comenta que, aunque la mayoría de sus familiares viven cerca no tiene buena relación con ellos ni tampoco tiene una relación muy estrecha con sus hijos. No tiene pareja sentimental y no tiene amistades.

Su padre es maestro Jubilado tiene 89 años de edad y padece una enfermedad crónica degenerativa.

Refiere sentirse la mayor del tiempo con sentimientos de culpabilidad por no haber cuidado mejor a su madre, por renunciar a visitar a su padre, por no poder avanzar en la universidad y por sentir que no puede relacionarse de manera saludable y afectuosa con su familia ni con amistades pues ella piensa que es muy exigente y perfeccionista.

Cuenta con estudios de licenciatura en contaduría pública y una maestría en gestión de la educación. Pero a pesar de so siente que no es capaz de avanzar en su carrera en Psicología. Estos pensamientos la hacen sentir enojo y tristeza

Su trabajo es estable y bien remunerado, le gusta viajar, no practica ejercicio físico, practica meditación y cuenta con el apoyo de una de sus hermanas.

Sus expectativas son encontrar motivación para seguir sus estudios, superar el duelo de la pérdida de su madre y mejorar su salud física, por lo que acude a CAPED, con la finalidad de encontrar apoyo psicológico y poder seguir adelante con vida laboral, social y escolar.

Instrumentos de evaluación.

La evaluación psicológica permite la elaboración de un modelo explicativo y un plan de tratamiento con objetivos terapéuticos concretos. La principal técnica empleada en este proceso fue la **entrevista individual semiestructurada** y con el objetivo de contar con medidas pre y postratamiento el CAPED aplica a los usuarios que requieren los servicios de consejería educativa o clínica los siguientes instrumentos:

- **Inventario de Depresión de Beck.** Es un cuestionario auto administrado, consta de 21 preguntas y es creado por Aron T Beck (BDI) considerado fundador de la Terapia cognitiva, este cuestionario cuenta con respuestas múltiples, cada ítem consta de 4 alternativas de

respuesta, cada respuesta otorga una puntuación que va de cero a tres las cuales evalúan la gravedad, intensidad y severidad del síntoma, la persona debe contestar los ítems en función de cómo se ha sentido en la última semana incluido el día de la evaluación, puede ser aplicado a personas desde los 13 años de edad, los ítems están constituidos con reactivos relacionados con síntomas depresivos, como la irritabilidad y la desesperanza, cogniciones como culpa o sentimientos de estar siendo castigados y de desesperanza e irritabilidad, además de síntomas físicos relacionados con la depresión. Este instrumento es una herramienta de las más utilizadas en la evaluación clínica.

Interpretación de los resultados. Los rangos aceptados son: 0 a 10 indica que no hay depresión, de 11 a 16 indica depresión leve, 17 a 30 indica depresión moderada, 31 a 40 indica una depresión grave y más de 40 puntos indican una depresión extrema. El BDI, desarrollado en 1961, cuenta con más de 500 estudios publicados que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica, así como su uso transcultural en investigación. (Beck & Steer, 1984).

-Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Es un Cuestionario creado por Aron T. Beck este cuestionario auto administrado consta de 21 preguntas con respuestas múltiples, mide la severidad de la ansiedad de las categorías sintomáticas y conductuales, puede ser aplicado a personas desde los 13 años de edad, sus ítems están constituidos con reactivos relacionados con síntomas ansiosos, los ítems representan bien el dominio de los trastornos de ansiedad. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo. Proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los

siguientes: de 0–21 - Ansiedad muy baja, de 22–35 - Ansiedad grave y más de 36 - Ansiedad severa. Con la publicación en 2011 de la adaptación española del BAI y la constatación de sus buenos índices de fiabilidad y validez en muestras clínicas y no clínicas españolas. (Beck y Steer, 2011).

Autorregistro. En este apartado se anotaban las frecuencias de ciertas manifestaciones de tristeza o enojo que se presentaban en la vida de la usuaria. Ver anexo 3.

Resultados de la evaluación inicial

Tabla. 1. Resultados de la evaluación inicial

Resultados de la evaluación		
INSTRUMENTO	RESULTADO	INTERPRETACIÓN
Inventario de Depresión de Beck	19	Depresión moderada
Inventario de Ansiedad de Beck	7	Ansiedad muy baja

El resultado del Inventario de Depresión de Beck fue de 19 considerándose el puntaje como depresión moderada, en cuanto al Inventario de Ansiedad de Beck el resultado fue 7 considerando este puntaje como ansiedad muy baja.

Luego de la evaluación de los resultados se toma la decisión bajo la supervisión de la Maestra Judith Rivera Baños de centrar la intervención en la depresión, dado que es un problema de mayor gravedad, abordándose de manera secundaria los síntomas de ansiedad y estrés.

Otro de los instrumentos que se utilizaron para la obtención de datos fue el autorregistro. El autorregistro según Caballo (2008) permite la inclusión de instrucciones detalladas para que el paciente haga registros específicos de diversos aspectos de su comportamiento, no solamente en términos de descripción de respuesta, sino también de relaciones con otras variables de estímulo.

Análisis funcional

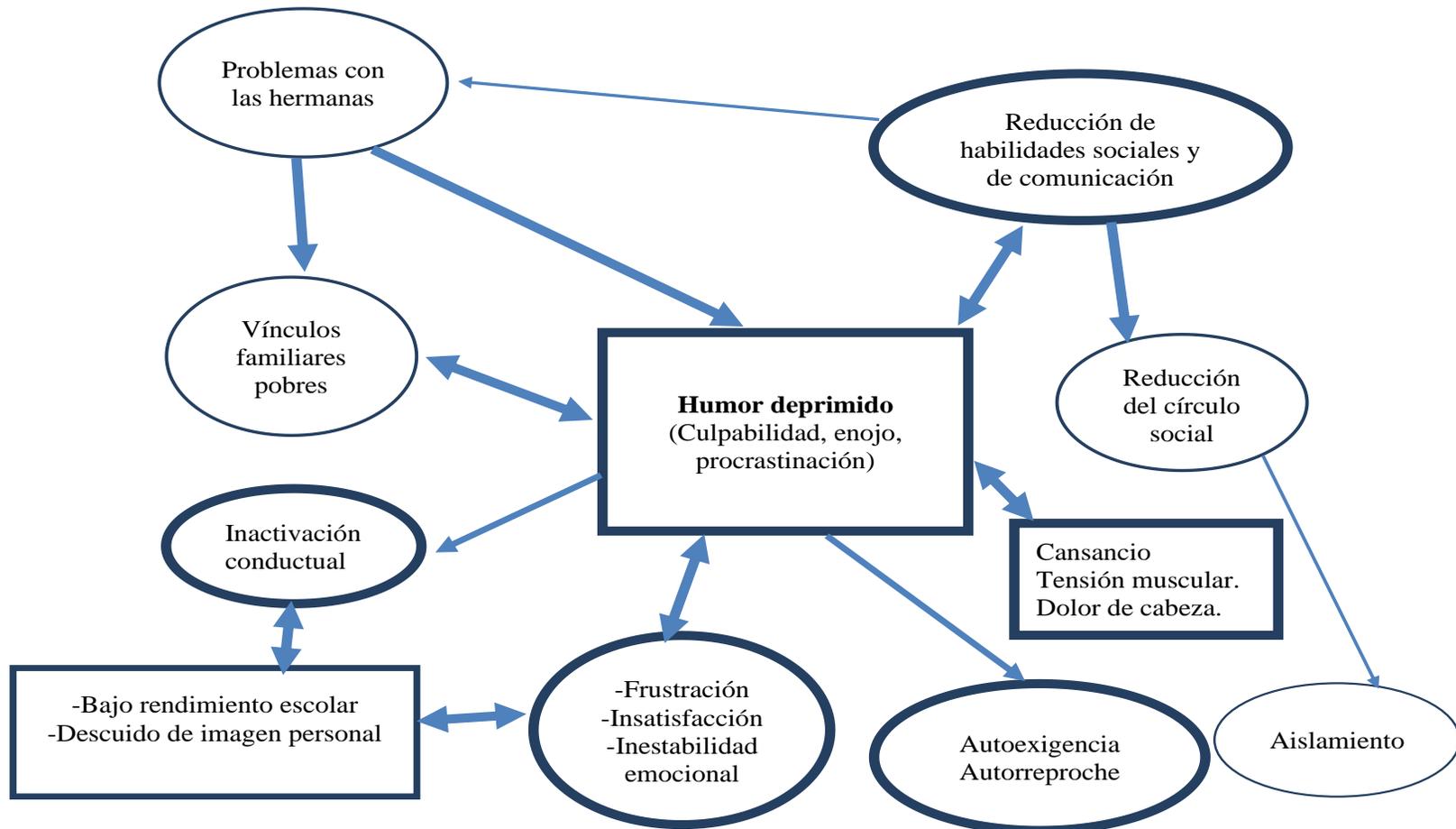
Tabla 2. Modelo secuencial integrativo

Antecedentes (Funcionales)	Organismo	Respuestas	Contingencias	Consecuencias
<p>EXTERNOS: DONDE: En casa CUANDO: Hace un año se da cuenta que no puede avanzar en la escuela, su promedio es bajo y no tiene ganas de hacer nada. COMO: Pospone actividades</p> <p>Cognitivos: “Soy muy exigente e intolerante” “Soy reactiva y agresiva” “Tiendo a culpabilizar a la gente” “Me guardo mis sentimientos para no causar problemas” “Soy responsable de la salud y el bienestar de mis padres”. “No he llorado suficiente la muerte de mi madre”</p> <p>Acontecimientos históricos probablemente determinantes: -Padecer depresión severa años atrás</p>	<p>BIOLÓGICO/FISIOLÓGICO: Femenina de 51 años, complexión media, estatura 160 cm Sin padecimientos crónicos degenerativos, ni padecimientos físicos observables.</p> <p>Habilidades/ presencia: -Habilidad intelectual. -Profesión de contadora y maestría en educación -Trabajo estable y bien remunerado -Asiste a un grupo de AA -Practica meditación</p> <p>Habilidades/ carencia: -Red de apoyo -Habilidades sociales y de comunicación -Ausencia de ejercicio físico -Organización del tiempo y estrategias de estudio</p> <p>Valores: Responsabilidad Honestidad</p>	<p>CONDUCTAS DE INTERÉS: Cognitivas -Enojo -Tristeza -Vergüenza - Autorreproche “Soy mediocre”. “No soy capaz” “No hago nada” “Quiero dejar la carrera”</p> <p>Conductuales: -Pelea con sus hermanas -Aislamiento social -Pasa la mayor parte del día viendo películas y sus redes sociales -Come de mas -Procrastina actividades -Dormir en el día</p> <p>Fisiológicas: -Dolor de cabeza -Ansiedad en la boca del estomago</p>	<p>Eventos previos a la conducta de interés que la incrementan: -Culpabilizar - Ser exigente - Ser intolerante -Ser reactiva y agresiva</p> <p>Eventos durante la conducta de interés que la caracterizan: Debido al desánimo y la desmotivación procrastina sus actividades y no puede enfocarse en sus metas. Descuida su imagen personal, actividades domésticas, escolares, sociales y familiares.</p> <p>Eventos que se presentan después de la conducta de interés que la decrementan o modifican:</p>	<p>Inmediatas: Desanimo Dormir durante el día Bajo rendimiento Aislamiento social Frustración Estancamiento</p> <p>A corto plazo: -Estrés crónico -Deserción escolar -Perdida de vínculos familiares -Bajo rendimiento laboral -Aumento de la depresión y ansiedad -Baja autoestima</p> <p>A mediano y largo plazo: -Deterioro de la</p>

<ul style="list-style-type: none"> -La muerte de su madre -La ruptura amorosa -Aislamiento social por la pandemia de COVID 	Puntualidad	<ul style="list-style-type: none"> -Cansancio -Tensión muscular -Vértigo -Distorsión de la visión 	<ul style="list-style-type: none"> -Sentirse lenta, cansada, estancada y poco atractiva. -Insatisfacción personal -Inestabilidad emocional 	<ul style="list-style-type: none"> salud física -Duelo patológico -Depresión severa
---	-------------	---	---	--

Fig. 1. Diagrama de evaluación basado en el análisis funcional.

Diagrama de evaluación basado en el análisis funcional del caso de N.



Análisis funcional.

Se presenta usuario femenino de 51 años de edad a CAPED. Solicitando acompañamiento, pues en las últimas semanas su estado de ánimo ha disminuido a tal grado que duerme mucho, su rendimiento escolar ha empeorado y su salud se ha visto afectada. La usuaria radica actualmente en la CDMX, vive sola, refiere que trabaja en una institución educativa universitaria en los últimos diez años.

La usuaria manifiesta que en noviembre de 2019 su madre falleció después de padecer una larga enfermedad crónica degenerativa en los pulmones y el corazón, suceso que le afectó y del cual piensa no ha elaborado bien el duelo. Por otro lado, concluyó una relación sentimental importante en febrero de 2020, tres meses después del fallecimiento de su madre, mantiene una mala relación con su familia y se siente responsable de la salud de su padre quien cuenta con 89 años de edad.

La usuaria refiere que desde hace un año se dio cuenta que dormía mucho, que no tenía ganas de hacer nada y se siente muy cansada a lo largo del día, todos los días que ha ido posponiendo sus actividades sociales, familiares y escolares al grado de alejarse de su familia, dar de baja todas las materias por tres veces y descuidar su imagen, salud y cuidado personal.

Evita salir de casa por temor a contagiarse de COVID y a la vez contagiar a sus seres queridos especialmente a su padre.

La usuaria al inicio de la intervención presenta las siguientes manifestaciones en las áreas cognitiva, fisiológica y conductual.

Respuestas cognitivas: Las respuestas cognitivas que presenta La usuaria N. son pensamientos automáticos, selectivos, dicotómicos como “No hago nada”, “Soy mediocre”, “no soy capaz de continuar mi carrera”, “soy muy exigente y perfeccionista, “quiero dejar la carrera”.

“No he superado la muerte de mi madre y no sé cómo hacerlo”, etc.

Además de sentimientos de tristeza, enojo, culpabilidad, frustración, vergüenza. Se considera a sí misma reactiva y agresiva, tiende a enfocarse en los defectos de la gente y a culpabilizar.

Respuestas conductuales: A nivel conductual posponer sus actividades, refiere tener peleas con sus hermanas. Pasa la mayor parte del día durmiendo, viendo películas y sus redes sociales. Duerme durante el día. Se encuentra aislada socialmente.

Respuestas fisiológicas: Las manifestaciones fisiológicas que se desencadenan en la usuaria son cansancio constante, ansiedad, dolor de cabeza, tensión muscular, vértigo, distorsión de la visión y aumento de sueño y apetito.

La usuaria refiere que cree que desaprovecha el tiempo, y considera que no está al nivel de la UNAM, desea que con el apoyo que reciba del CAPED, pueda desarrollarse mejor manera tanto en el área personal, familiar y académica. N. estudia el tercer semestre de la carrera de psicología comenta que le interesa el área de psicología de salud, que quiere terminar la licenciatura en Psicología para servir a su comunidad y dar acompañamiento a pacientes con adicciones y poner una clínica de rehabilitación.

Método.

El Problema de depresión de la usuaria, se acordó, ser abordado con el enfoque terapéutico cognitivo-conductual. Ya que este paradigma ha demostrado ser eficaz en la intervención a esta problemática en sus diferentes magnitudes o intensidades. Dentro de la TCC, hay técnicas de intervención enfocadas a la conducta o las cogniciones, eficaces para la reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva, que ocasionan malestares en quien lo padece. Con la intervención, se pretende contribuir a la reducción y minimización de la sintomatología que ocasionan en N. el desánimo y el desgaste físico y emocional. Se pretende con las técnicas designadas lograr que la usuaria identifique, pare y cambie sus cogniciones automáticas distorsionadas, por pensamientos más flexibles, menos rígidos y más realistas. Con el fin de lograr que la consultante tenga una vida más sana y por ende productiva. se acuerda tener una sesión una vez por semana con duración aproximada de entre 45 y 60 minutos y se pacta también que la intervención tendrá que llevarse a cabo en un máximo de ocho sesiones, pudiéndose extender salvo la aprobación del supervisor y dependiendo del avance del proceso terapéutico.

Metas de tratamiento.

Con los datos obtenido se decidió lograr las siguientes metas a fin de erradicar sus distorsiones cognitivas automáticas, catastróficas, negativas que generan el estrés, la ansiedad y la depresión en la usuaria. Nezu, et al., (2006) Señalan dos actividades para el establecimiento de metas de tratamiento.

1. Elaborar un plan de tratamiento general que ayude al paciente a alcanzar sus metas.

2. Identificar los componentes y métodos de tratamiento necesarios para una aplicación optima del plan de tratamiento general.

En el caso del usuario se determinó el siguiente plan de tratamiento para que la usuaria N. mejorará sus actividades en las áreas personales, familiares, sociales y académicas.

- Disminuir su estado de ánimo deprimido.
- Disminuir sus pensamientos irracionales e inflexibles.
- Aumentar sus habilidades sociales y académicas.

Metas instrumentales del tratamiento sugeridas por Nezu, et al., (2006).

- Alterar las metacogniciones desadaptativas.
- Reducir el comportamiento evitativo.
- Aminorar los síntomas físicos de la depresión.

Técnicas de intervención.

Las técnicas empleadas en este caso fueron:

- A) Entrenamiento en respiración diafragmática.
- B) Entrenamiento en meditación simple.
- C) Entrenamiento en reestructuración cognitiva.
- D) Auto instrucciones
- E) Resolución de problemas.

F) Activación conductual

Las técnicas utilizadas contemplaron los siguientes puntos:

A) **Entrenamiento en respiración diafragmática.**

1. Explicación de la importancia y racionalidad de esta técnica.
2. Su aplicación y ventajas potenciales.
3. Aplicación de la técnica.
4. Tarea y trabajo en casa.

B) **Entrenamiento en meditación simple.** Se contemplaron los siguientes pasos:

1. Explicación de la importancia de esta técnica.
2. Aplicaciones y ventajas potenciales.
3. Aplicación de esta técnica diariamente
4. Tareas y trabajo en casa.

C) **Entrenamiento y aplicación de Terapia Racional Emotiva (TREC)** Se recomienda su aplicación en situaciones de conflicto y ansiedad

1. Explicación de la lógica y los principios de la (TREC) con base en los planteamientos de Albert Ellis (1993, citado en Ruiz, et al., 2017).
2. Explicar al usuario cómo analizar las interrelaciones entre acontecimientos, cogniciones y consecuencia, Paro y detección de pensamientos automáticos y su relación con su conducta y estado de ánimo.
3. Detectar, debatir y refutar creencias irracionales y generación y práctica de pensamientos alternativos a los negativos.
4. Tareas y trabajo en casa.

D) **Auto instrucciones:** Detectar las auto verbalizaciones negativas (no podré salir adelante) cambiarlas por verbalizaciones positivas. (“seré capaz de salir adelante), así como impedir las respuestas de evitación a la ansiedad anticipatoria.

1. Explicar al usuario de la importancia y racionalidad de esta técnica.
2. Enseñar al usuario como detectar las auto verbalizaciones negativas y la forma en que pudiera cambiar por positivas. (Meichenbaum 1969, citado en Ruiz, Díaz y Villalobos 2017).
3. Auto instrucciones en voz alta, enseñar y mostrar al usuario como hacer esta técnica a medida que realiza una tarea.
4. Auto instrucciones encubierta, enseñar al usuario a darse la instrucción internamente a medida que realiza una tarea.
5. Tarea en casa.

E) Resolución de problemas

- a) Explicar al usuario de la importancia y racionalidad de esta técnica.
- b) Enseñar al usuario como tratar de identificar y solucionar eficazmente los problemas de la vida cotidiana, utilizando un conjunto de actitudes y destreza. Flexibles, con la finalidad de hacer frente al estrés de la vida diaria (D'Zurrilla y Nezu, 2010, citado en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2017).
- c) Enseñar al usuario los pasos 1. Orientación general 2. Definición y formulación del problema 3. Generación de alternativas de solución 4. Toma de decisiones 5. Verificación.
- d) Tarea en casa.

E) Activación conductual. Indica usar reforzadores y castigos para guiar el comportamiento individual hacia patrones más normalizados.

1. Redactar una lista de cosas que están reforzando los patrones de conducta actuales y otra lista con actividades que refuerzan la conducta normalizada.
2. Producir un conjunto de metas conductuales que el terapeuta monitorea.
3. Ambos crean un plan o una jerarquía de acción para modificar la conducta del paciente mediante un conjunto de reforzadores y (a veces) de castigos. (Vargas 2018).

Desarrollo del Diagnóstico e intervención

Primera sesión. Se aplica cuestionario de evaluación inicial (screening).

Desarrollo: Se presenta N. puntual a la sesión por medio de una plataforma virtual se observa bien alineada, sin padecimientos físicos, con conducta deprimida. Expresión facial de preocupación. Lenguaje claro, tono de voz bajo, orientada en tiempo y espacio.

La usuaria atiende la videollamada sin salir de la cama, se muestra avergonzada por haber olvidado la sesión programada para un día antes. Se disculpa mucho y se nota avergonzada, dando muchas explicaciones sobre su olvido.

Le comunico que lo importante es que ya estamos reunidas y sonrío. Procedo a comunicarle los resultados de su evaluación. Y a acordar con ella las metas del tratamiento.

Enseguida iniciamos la entrevista inicial para obtener la información que me permitieran realizar el análisis funcional secuencial, durante la sesión la usuaria se nota atenta y cooperativa.

Ante tantas preguntas y recordar acontecimientos difíciles de su vida se nota tensa y triste.

Le comento si le gustaría hacer un ejercicio de relajación o de respiración a lo cual me comenta que practica meditación guiada y meditación simple.

Acordamos realizar un ejercicio de respiración diafragmática y un ejercicio corto de meditación simple.

Al final la sesión le explico la importancia de bajar su hiperactividad fisiológica mediante los ejercicios de respiración y técnicas de relajación que practicamos para reducir el estrés.

SESIONES SUBSECUENTES

Número de sesión	Objetivos de la sesión	Plan de trabajo	Técnicas y/o procedimientos	Resultados (progresos o retrocesos)
2	Dotar a la usuaria de herramientas de relajación y respiración para disminuir la activación fisiológica.	-Monitoreo del estado de animo Psicoeducación sobre terapia cognitivo conductual Psicoeducación sobre la hiperactivación fisiológica Practica de técnica de respiración Practica de técnica de relajación Tarea: Detección de pensamientos en autorregistro ABC Practica de las técnicas de relajación y respiración aprendidas	Psicoeducación Respiración diafragmática Meditación simple	La usuaria de muestra interesada y participativa. Hace anotaciones en un cuaderno que ha destinado para la terapia. Se muestra animada pues me comenta que se siente bien por al fin hacer algo al respecto de su problemática. Comenta que tiende a racionalizar sus problemas y a evadirse, por lo que le autorregistro le será de mucha utilidad. Se adhiere perfectamente al trabajo terapéutico.

Número de sesión	Objetivos de la sesión	Plan de trabajo	Técnicas y/o procedimientos	Resultados (progresos o retrocesos)
3	Aprender a detectar pensamientos irracionales, las conductas que provocan y los efectos fisiológicos que desencadenan para cambiarlos por otros más racionales o flexibles.	-Monitoreo del estado de animo Revisión de la tarea Psicoeducación sobre la reestructuración cognitiva Detección de pensamientos en autorregistro ABC Tarea: Lista de actividades que realiza en el día Lista de tareas agradables Practica de técnicas de relajación y respiración	Reestructuración cognitiva	Su aspecto se ve más relajado comenta que sale a caminar. Se adhiere perfectamente al trabajo terapéutico.

Número de sesión	Objetivos de la sesión	Plan de trabajo	Técnicas y/o procedimientos	Resultados (progresos o retrocesos)
4	Modificar el comportamiento para ejercer un efecto positivo en las emociones	-Monitoreo del estado de ánimo Revisión de la tarea Psicoeducación sobre la activación conductual y la importancia de la red de apoyo. Establecer una meta y estrategias para realizarla Tarea: Realizar la meta elegida Practica de técnicas de relajación y respiración Llenado del autorregistro	Psicoeducación Activación conductual	Se adhiere perfectamente al trabajo terapéutico. Se siente con más energía. Duerme menos en el día.

Número de sesión	Objetivos de la sesión	Plan de trabajo	Técnicas y/o procedimientos	Resultados (progresos o retrocesos)
5	Dotar a la usuaria de herramientas para solucionar problemas y tomar la mejor alternativa.	-Monitoreo del estado de ánimo. Revisión de la tarea Psicoeducación sobre la motivación y la técnica de solución de problemas Elegir un problema y aplicar la técnica de solución de problemas Tarea: Practica de técnicas de relajación y respiración Llenado de autorregistro	Técnica de solución de problemas	Se adhiere perfectamente al trabajo terapéutico. Se nota más entusiasmada activa y el tono de su voz es más fuerte. Sonríe y se muestra confiada en el proceso terapéutico.

Número de sesión	Objetivos de la sesión	Plan de trabajo	Técnicas y/o procedimientos	Resultados (progresos o retrocesos)
6	Dotar a la usuaria de habilidades para hacer frente a sus verbalizaciones negativas y cambiarlas por una más positivas para que contribuyan a su bienestar emocional.	-Monitoreo del estado de ánimo. Revisión de la tarea Psicoeducación sobre la técnica de auto instrucción. Tarea: Practica de técnicas de relajación y respiración	Psicoeducación Auto instrucción	Se le pide que conteste una post evaluación con la intención de terminar con su acompañamiento. Se adhiere perfectamente al trabajo terapéutico. Planea un viaje a Acapulco a una casa que tiene su padre cerca de la playa.

Número de sesión	Objetivos de la sesión	Plan de trabajo	Técnicas y/o procedimientos	Resultados (progresos o retrocesos)
7	Revisión y análisis los resultados de su post evaluación para tramitar alta del servicio de CAPED.	Se hablará de posibles recaídas y de cómo afrontarlas. Tramitar alta del servicio de CAPED; Solicitar la evaluación del servicio de asesoría de CAPED. Repaso de las técnicas vistas Tarea: Dar seguimiento a las técnicas aprendidas	Prevención de recaídas Canalización	Los resultados de su post-evaluación son los siguientes, inventario de depresión de Beck bajo de 19 a 12, nivel de ansiedad en el inventario de Beck, bajo de 7 a 5. Se le comunico a la usuaria que la intervención resulto positiva la intervención y que podrían existir recaídas, pero que ella ahora conocía las estrategias y técnicas para poder enfrentarlas. Se adhiere perfectamente al trabajo terapéutico.

Cabe destacar que en la intervención, sesión tras sesión, se revisaron y analizaron los autorregistros, se practicó la racionalización de sus pensamientos disfuncionales y automáticos, se practicaron pensamientos más funcionales y objetivos, se realizó practica de resolución de problemas se llevó acabo la auto verbalización en voz alta y encubierta, además se trabajó y asignaron tareas durante todas las sesiones también se analizaron y discutieron los avances y se programaron las expectativas para los siguientes encuentros.

CAPITULO 3. RESULTADOS

Análisis de resultados generales

Una vez analizados y revisando los resultados de la intervención Cognitivo-Conductual en mi práctica en CAPED, con N., se pudo comprobar de manera cuantitativa la eficacia de las técnicas utilizadas, luego de revisar y comparar sus resultados de los instrumentos aplicados antes de iniciar la intervención y comparándolos con los mismos instrumentos al finalizar.

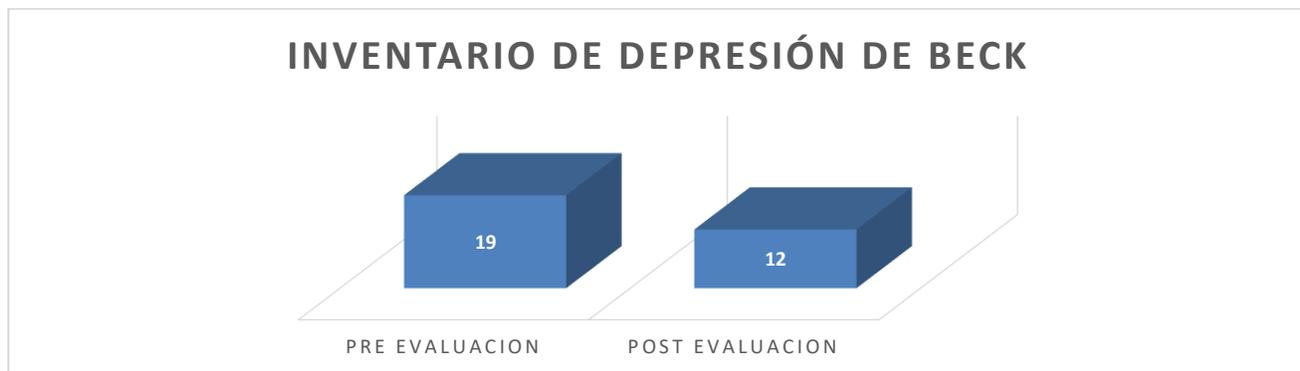
Resultados generales de la pre y post evaluación.

Tabla. 3 Resultados generales de la pre y post evaluación.

Resultados de la pre y post evaluación				
INSTRUMENTO	RESULTADO INICIAL	INTERPRETACIÓN INICIAL	RESULTADO FINAL	INTERPRETACIÓN FINAL
Inventario de Depresión de Beck	19	Depresión moderada	12	Depresión leve
Inventario de Ansiedad de Beck	7	Ansiedad muy baja	5	Ansiedad muy baja

Comparativo de pre y post del Inventario de depresión

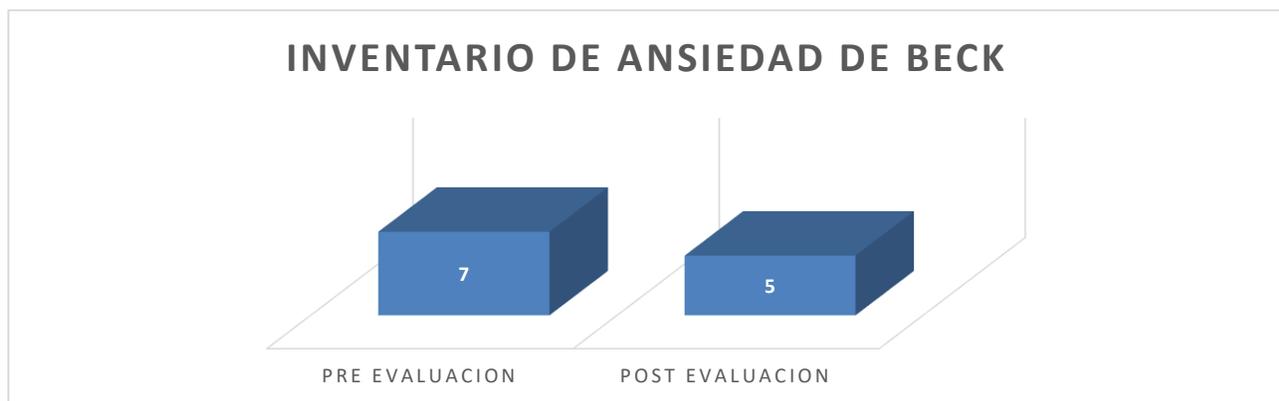
Figura 2. Comparativo de pre y post del Inventario de depresión.



La gráfica 2 nos muestra una reducción significativa en los niveles de depresión que presento la usuaria N., luego de la intervención cognitivo conductual, pasando de 19 puntos (depresión moderada), a 12 puntos (depresión leve) al final de la intervención.

Comparativo de pre y post del Inventario de ansiedad.

Figura 3. Comparativo de pre y post del Inventario de ansiedad.



La grafica 3, nos muestra una reducción en los niveles de ansiedad que presento N. al finalizar la intervención de su proceso terapéutico con técnicas cognitivo-conductuales; si bien los índices de ansiedad no eran considerablemente altos, la intervención evito que estos no se incrementaron y se agravaran al paso del tiempo.

Resultados cualitativos: La usuaria se muestra más confiada en sí misma, sonríe con más facilidad, expresa pensamientos como “yo se que puedo”, “Creo que soy mas afortunada de lo que creí, tengo salud, trabajo y eso me da posibilidad de crecer y seguir mis sueños” “Voy a terminar la carrera”, “Me siento con más energía”. Ya soy capaz de expresar lo que me gusta y lo que no me gusta sin sentirme culpable”. Tengo planeado salir con mis hermanas y mi familia a Acapulco”

Seguimiento y cambios a futuro

Al final de las sesiones se le planteo a la usuaria la importancia de continuar con su proceso terapéutico ya que es un proceso continuo y puede sufrir recaídas en el transcurso del tiempo.

Se le proporciono un directorio de especialidades y atención psicológica presencial y a distancia además de reiterarle que en el CAPED puede solicitar la atención cuantas veces lo requiera.

Cabe resaltar que el uso de las TICs en caso clínico fue de gran importancia desde el inicio del proceso que inicio con la solicitud del servicio de asesoría psicológica y la evaluación inicial por medio de un formulario virtual de fácil acceso a la usuaria, el cual arrojó los resultados de forma automática, el uso de las videollamadas para cada sesión programada con anticipación desde una aplicación digital de organización del tiempo y el uso del correo electrónico para notificaciones y recordatorios.

La situación sanitaria actual a nivel mundial por la pandemia por COVID 19 exige hacer uso de las nuevas tecnologías para atender problemas de salud mental, en el caso de N. usuaria de CAPED le facilito el acceso a un servicio de atención de salud mental sin poner en riesgo su

integridad, familiarizándose con el servicio de asesoría psicológica por Telepsicología para el seguimiento de su proceso terapéutico y para futuras intervenciones.

CONCLUSIONES

La intervención con técnicas de la terapia cognitivo conductual de este caso se centró en dotar a la usuaria de herramientas que le permitieran reducir los síntomas de su estado de ánimo deprimido, así como retomar actividades que había dejado de lado.

Los resultados generales indican que la intervención contribuyó de manera positiva y significativa a reducir sus síntomas depresivos, ya que la usuaria pudo controlar y modificar sus cogniciones anticipatorias automáticas y desadaptativas, que le producían malestar emocional, reacciones fisiológicas alteradas y conductas, tales como cansancio, dolor de cabeza, distorsión de la visión, ansiedad en la boca del estómago. No se registraron problemas en la utilización de las técnicas por medio de la Telepsicología.

La técnica de reestructuración cognitiva contribuyó a que la usuaria detectara e identificara sus distorsiones cognitivas (catastróficas, generalizaciones anticipatorias y pensamientos dicotómicos) detenerlas y reemplazarlas con ideas más adaptativas, se le instruyó durante la sesión a distancia a analizar y enjuiciar, sus pensamientos para hacer de lado las preocupaciones, esta técnica se realizó por medio de un autorregistro que se le envió por correo. Durante la sesión se disiparon las dudas de la usuaria llevando a cabo el registro de manera correcta.

La técnica de auto verbalización se explicó por medio de la sesión virtual contribuyó a que la usuaria detectara y cambiara las referencias autodirigidas negativas por positivas, así como

impedir las respuestas de evitación a la ansiedad anticipatoria. Durante la sesión se pusieron en práctica verbalizaciones construidas por la usuaria resultando en un impacto a su estado de ánimo.

En referencia al **entrenamiento en respiración diafragmático** se le presentaron las instrucciones por medio de un video y lo practicamos de manera conjunta en sesión esto ayudo a que N. lograra disminuir su activación fisiológica y los síntomas que le producía como ansiedad, tensión muscular, dolor de cabeza y aumento de apetito entre otros. Se le explico que las técnicas de respiración ayudan a modular la acción del sistema nervioso autónomo e incrementar el tono vagal reduciendo la sobre activación simpática que se produce en situaciones de estrés.

En el **entrenamiento en meditación simple** se rescataron los conocimientos previos de la usuaria y se llevó a cabo con las instrucciones de un video en la plataforma de you tube durante la sesión a distancia ayudando a disminuir los estados de activación fisiológica dando como resultado síntomas de bienestar inmediato para la usuaria.

Con respecto a **la técnica de activación conductual** durante la sesión elaboro la usuaria una lista de actividades que le agradaba realizar y otra lista en donde identificara actividades que le desagradaban, pero a menudo realizaba, al final de la sesión establecimos la formulación de una meta incluyendo una actividad agradable para la usuaria y las estrategias para llevarla a cabo.

La **técnica de resolución de problemas**. Se practico con un formato enviado a su correo el cual abrió en sesión y fuimos formulando la solución de un problema escolar que se le presentó a la usuaria lo que le permitió ser resolutiva en la toma de decisiones y resolver problemáticas

En suma, la utilización de las técnicas, aunado a la adherencia terapéutica de N. en su proceso contribuyeron de manera significativa para que sus niveles de depresión disminuyeran favorablemente y que la usuaria se condujera de manera más asertiva en su núcleo familiar y social. Logrando con esto bienestar y un mejor desenvolvimiento en su vida cotidiana.

Alcances y limitaciones

Vázquez, Torres, Blanco, Otero & Hermina (2015) refieren que algunas de las barreras que los pacientes se pueden encontrar a la hora de iniciar o mantener un tratamiento psicológico presencial son las limitaciones de tiempo, la falta de servicios de asistencia disponibles y accesibles geográficamente, problemas de transporte, falta de recursos económicos, discapacidad o minusvalías físicas, estar al cuidado de niños pequeños o de personas vulnerables, o tener que confrontar el estigma de acudir a una clínica de salud mental, o los propios síntomas de los trastornos como la falta de motivación, astenia e inactividad de la depresión.

Una alternativa asistencial que reduce esta barrera es el uso de las nuevas tecnologías dentro de la psicología clínica con el objetivo de promocionar, monitorizar y potenciar el estado de salud, y ayudar a los distintos profesionales de la salud a alcanzar este objetivo. (Vázquez, et. al, 2015)

En CAPED la intervención terapéutica es a distancia utilizando las TICS, esto la hace accesible y llega a diferentes extractos sociales, culturales, religiosos y nacionalidades. En el CAPED, el practicante recibe una serie de talleres y cursos con la finalidad de ofrecer a los usuarios una intervención profesional. El abordaje se sujeta a las normas éticas y tomando como base el método científico.

Con respecto al uso de las TICs con el modelo de Terapia Cognitivo Conductual algunos autores como Eells, Barrett, Wright y Thase, 2014; Fann et al., 2015; Olthuis, Watt, Mackinnon y Stewart, 2014, citados en, González-Peña, Torres, Barrio, & Olmedo (2017) refieren que casi todos los estudios controlados en Telepsicología se han llevado a cabo sobre depresión y ansiedad, que son también los trastornos más prevalentes. Los resultados obtenidos muestran resultados positivos.

Las principales preocupaciones de los profesionales a la hora de realizar su labor terapéutica empleando la Teleterapia se refieren a aspectos clínicos (la alianza terapéutica, la captación deficiente de la información no verbal en la interacción, la confidencialidad y la efectividad de la terapia), legales y técnicos. (González-Peña, Torres, Barrio, & Olmedo, 2017).

La capacitación en el tema de Telepsicología por parte del CAPED, contribuyo a tomar las medidas adecuadas en el manejo de la información, la comunicación eficiente con el usuario, la confidencialidad de sus datos y a respetar las normas éticas en el servicio proporcionando de esta manera un servicio profesional.

La alianza terapéutica no se vio afectada por el uso de la tecnología, la usuaria asistió de manera puntual a todas sus sesiones y se logró completar la atención psicológica contribuyendo de este modo a disminuir sus síntomas de depresión y con ello mejorar su calidad de vida.

Durante la intervención en el caso de N., las problemáticas fueron mala señal del internet en dos ocasiones y el no poder ver directamente el lenguaje corporal de la usuaria, cabe mencionar que estas limitaciones no fueron determinantes en el desarrollo de su tratamiento, ni su efectividad.

Referencias

- American Psychological Association. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68 (9), 791-800. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035001>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bados, A. & García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología. Recuperado: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Bados, A. & García, E. (2014). *Resolución de problemas*. Universidad de Barcelona. Facultad de Psicología. Recuperado: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%C3%B3n%20problemas.pdf>
- Beck, A., & Steer, R. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1365-1367. Recuperado: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=9536881&pid=S0718-4808201200010000100007&Ing=es
- Beck, A. y Steer, R. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación española de Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A. Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

- Botto, A., Acuña, J. & Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142 (10), 1297-1305. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Caballo, V. (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. España. Siglo XXI.
- Carreño, S. y Medina, M. (2018). *Panorama epidemiológico de los trastornos mentales, su impacto entre el balance trabajo familia*. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/estreslaboral/1erjornada/07-Panorama-Trastornos-Mentales.pdf>
- Cora, A. (2018). La Depresión: un acercamiento desde el modelo cognitivo de Beck. [Tesis de maestría, Universidad de la República Uruguay]. Recuperado de: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/articulo_revision_la_depresion_un_acercamiento_desde_el_modelo_cognitivo_de_beck.pdf
- De la Torre, M. & Pardo, R. (2018). Guía para la Intervención Telepsicológica. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Disponible en: https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-5c1b5a8602018.pdf
- Flores, L., Cárdenas, G., Duran, X, & De la Rosa, A. (2014). Psicoterapia vía internet: aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con depresión. *Revista de Psicología Iberoamericana*. 22 (1), 7-15. Recuperado de: <http://www.redalyc.org:9081/html/1339/133944229002/>
- Gaytán-Jiménez, E., García-Vargas, G., Gaytán-Hernández, D., Rosales-González, M., Reyes-Hernández, H., Sánchez-Armás, O. & Calderón-Hernández, J. (2019). Sintomatología depresiva, estrés y funcionamiento familiar en madres adultas del norte de México. *Acta universitaria*, 29, e2063. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662019000100157&lang=es

- González, J.O & Oropeza, R. (2016). Intervenciones cognitivo conductuales para diabéticos en México. *Salud mental*, 39 (2). Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v39n2/0185-3325-sm-39-02-00099.pdf>
- González-Peña, P., Torres, R., Barrio, V., & Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 28(2), 81-91. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>
- Guillén, V., Grau-Alberola, E. & Cortell, M. (2018). Reflexiones acerca de la utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en Psicología Clínica: eficacia, ventajas, peligros y líneas futuras de investigación. *Información Psicológica*, 116, (121-132). Disponible en: <file:///C:/Users/kfer1/Downloads/Dialnet-DebateReflexionesAcercaDeLaUtilizacionDeLasTecnolo-6735210.pdf>
- Hall-Flavin, D. K. (2019). *Mayo Clinic Family Health Book*. United States of America: Mayo Foundation for Medical Education and Research. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/about-this-site/meet-our-medical-editors>
- Huaynates, M. L. (2019). Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa. [*Tesis de maestría*]. Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima Perú]. Disponible en: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3489/UNFV_HUAYNATES_BALDEON_MARIA_LOURDES_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Jiménez, A.I. (2020). *Atención psicológica online (telepsicología) en tiempos del COVID-19*. Recuperado de: <https://www.anaisabeljimenez.com/atencion-psicologica-en-tiempos-del-covid-19/>
- Kazdin, A. (1983). *Historia de la Modificación de Conducta*. España: Desclée de Brouwer.
- Labrador. F.J. (2008). *Técnicas de modificación de la conducta*. Madrid: Pirámide.

- Medina M.E., Sarti E.J. & Real, T. (2015). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. México: Academia Nacional de Medicina. Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf
- Navarro, M.A. (2018). Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único. [*Tesis de maestría*]. Universidad del Norte Barranquilla Colombia. Disponible en: <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8271/133881.pdf?sequence=1>
- Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño Cognitivo Conductual, un enfoque basado en problemas*. Manual moderno: México.
- OMS. (2020). *Depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
- Oviedo, K. (2019). Telepsicología y definición. Recuperado de: <https://psiconetwork.com/telepsicologia-historia-y-definicion/>
- Pérez-Padilla, E.A., Cervantes-Ramírez, V.M., Hijuelos-García, N.A., Pineda-Cortés, J.C. & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Rev. Biomédica*, 28 (2). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-84472017000200073
- Pérez, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60 (5), 7-16. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007&lng=es&tlng=es.
- Romero, J. (2017). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/+. Otras enfermedades infectocontagiosas. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 42(1-4), 25-31. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2009/nnp091-4e.pdf>

- Ruíz, Díaz, M.I., M. A. & Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. España: Desclee.
- Salazar A.M., Reyes M.F., Plata S.J., Galvis P., Montalvo C., Sánchez E., Pedraza O.L., Gómez P., Pardo D., Ríos J. (2015). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurol Colomb*. 31(2), 176-183. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n2/v31n2a08.pdf>
- Sánchez, R. (2020). Módulo 2. Distrés emocional en personal con VIH. Material no publicado del Curso: Cuidado de la salud emocional de personas con VIH. Proyecto DGAPAPAPIME PE302819. México: UNAM, FES Iztacala. Recuperado de: <http://cuved.unam.mx/cienciacuved/>
- Secretaría de Relaciones Desarrollo y Relaciones Institucionales, Iztacala, UNAM. (2017). Centro de apoyo psicológico y educativo a distancia (CAPED). Recuperado de: https://sdri.iztacala.unam.mx/?page_id=289
- Steffen, A., Nübel, J., Jacobi, F. (2020). Mental and somatic comorbidity of depression: a comprehensive cross-sectional analysis of 202 diagnosis groups using German nationwide ambulatory claims data. *BMC Psychiatry* 20, 142. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02546-8>
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2016). Acerca de SUAYED. Disponible en: <https://suayedfca.unam.mx/assets/downloads/acerca-suayed-2016.pdf>
- Vargas, J. (2018). Terapia de activación conductual. Apuntes para un seminario. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/328224598_TERAPIA_DE_ACTIVACION_CONDUCTUAL
- Vázquez, L.V., Torres, A., Blanco, V., Otero, P. & Hermina, E. (2015)). Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: una revisión sistemática y meta-análisis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6. 39-52. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2171206915700050/pii/S2171206915700050>

ANEXOS

Anexos 1

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)					
Indica para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que te has visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual.					
ITEM	CATEGORÍA	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Hormigueo o entumecimiento				
2	Sensación de calor				
3	Temblor en las piernas				
4	Incapacidad de relajarse				
5	Miedo a que suceda lo peor				
6	Mareo o aturdimiento				
7	Palpitación o taquicardia				
8	Inestabilidad e inseguridad física				
9	Atemorizado o asustado.				
10	Nerviosismo.				
11	Sensación de ahogo				
12	Temblores en las manos.				
13	Temblor generalizado o estremecimiento				
14	Miedo a perder el control.				
15	Dificultad para respirar				
16	Miedo a morir				
17	Sobresaltos				
18	Molestias digestivas o abdominales				
19	Palidez				
20	Rubor facial.				
21	Sudoración no debida al calor				

Anexos 2

Formato de Inventario de Depresión de Beck.	
En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Lee cada una cuidadosamente, y escoge una oración de cada grupo	
1.-	12.- *
Yo no me siento triste	Yo no he perdido el Interés en la gente
Me siento triste	Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	He perdido en gran medida el Interés de la gente
Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo	He perdido todo el Interés en la gente
2.-	13.- *
Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo	Puedo trabajar tan bien como ante
Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo	Requero de más esfuerzo para iniciar algo
Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada	Tengo que obligarme a hacer algo
Estoy insatisfecho/a o aburrido/a con todo	Yo no puedo hacer ningún trabajo
3.- *	14.- *
Yo no me siento como un fracasado/a	Yo no siento que me vea peor de cómo me veía
Siento que he fracasado más que las personas en general	Estoy preocupado de verme viejo/a poco atractivo/a
Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo/a
Siento que soy un completo fracaso como persona	Creo que me veo feo/a
4.- *	15.- *
En realidad yo no me siento culpable	Yo no me canso más de lo habitual
Me siento culpable una gran parte del tiempo	Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
Me siento culpable la mayor parte del tiempo	Con cualquier cosa que haga me canso
Me siento culpable todo el tiempo	Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
5.- *	16.- *
Yo no me siento desilusionado de mí mismo o	Puedo dormir tan bien como antes
Estoy desilusionado de mí mismo	Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
Estoy disgustado conmigo mismo	Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volver a dormir
Me odio	Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
6.- *	17.- *
Yo no tengo pensamientos suicidas	Yo no he perdido mucho peso últimamente
Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo	He perdido más de dos kilogramos
Me gustaría suicidarme	He perdido más de cinco kilogramos
Me suicidaría si tuviera la oportunidad	He perdido más de ocho kilogramos
7.- *	17.1
Yo no me siento que esté siendo castigado/a	propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos
Siento que podría ser castigado/a	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Espero ser castigado/a	
Siendo que he sido castigado/a	
8.- *	18 *
Yo no me siento que sea peor que otras personas	Mi apetito no es peor de lo habitual
Me crítico a mí mismo por mis debilidades y errores	Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
Me culpo todo el tiempo por mis fallas	Mi apetito está muy mal ahora
Me culpo por todo lo malo que sucede	No tengo apetito de nada
9.- *	19.- *
En general no me siento descorazonado/a por el futuro	Yo no he notado ningún cambio recientemente en mi Interés por el sexo
Me siento descorazonado/a por mi futuro	Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
Siento que no tengo nada que esperar del futuro	Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar	He perdido completamente el Interés por el sexo
10.- *	20.- *
Yo no estoy más irritable de lo que solía estar	Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
Me enojo o irritado más fácilmente que antes	Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal, constipación
Me siento irritado todo el tiempo	Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
Ya no me irrita de las cosas por las que solía hacerlo	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
11.- *	21.- *
Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho	Yo no lloro más de lo usual
Pospongo tomar decisiones más que antes	Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes	Actualmente lloro todo el tiempo
Ya no puedo tomar decisiones	Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.

Anexo 4

Formato para la realización de la técnica de solución de problemas

A continuación, encontraras una tabla para que puedas practicar la solución de problemas. Haz uso de aquellos problemas a los que todavía no has encontrado solución para poder poner en práctica esta técnica paso a paso. Puedes comenzar con situaciones sencillas que ocurren cotidianamente, en las cuales te gustaría actuar de manera diferente y resolverlas.

FASES	ESCRIBE AQUÍ TUS SOLUCIONES
1. Orientación del problema	¿Qué actitud he de tener ante el término del problema?
2. Formulación y definición del problema	¿Cuál es el problema?
3. Generación de alternativas	¿Qué puedo hacer para solucionarlo?
4. Toma de decisiones	¿Qué consecuencias negativas y positivas me puede traer cada alternativa? ¿Cuáles voy a elegir?
5. Ejecución y verificación de resultados	Llevo a cabo estas alternativas y observo si solucionamos realmente el problema; si no es así, revisaré todo el proceso.