



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de profundización en psicología clínica

Nombre del trabajo: Intervención cognitivo-conductual con una adolescente que vivió cyberbullying.

Reporte de práctica de servicio

QUE PARA OBTENER TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

**Magda Rodríguez Limón**

Director: Mtra. Mónica Jasmín Montoya García

Vocal: Mtra. Xóchitl Teresa Gutiérrez Camacho

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México

Diciembre de 2019





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, al universo, a la vida, a todo lo positivo que me mantuvo firme para continuar día a día con mis tareas, trabajo y con mi familia.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de adquirir los conocimientos para desempeñarme profesional y éticamente.

A mi esposo por apoyarme en este proyecto de vida, por apoyarme en la educación de mis hijos, con la organización del hogar, fue más fácil, gracias amor.

A Heber Santiago, Montserrat e Ingrid que son el motor de mi vida, cada uno de ustedes contribuyeron de manera diferente en mi formación, por compartir sus conocimientos, su tiempo, sus observaciones para que pudiera comprender mis actividades y entregarlas en tiempo y forma, los amo.

A mis compañeras Ceci y Jeny por contribuir con sus conocimientos, su motivación, nuestro compromiso y dedicación a la licenciatura fue fundamental para poder concluirla.

A mis maestros por brindar sus conocimientos, compartir su tiempo, paciencia y la asesoría durante la carrera

A mis Síodos: Mtra. Mónica Jasmín Montoya García; Mtra. Xóchitl Teresa Gutiérrez Camacho y Mtra. Laura Edith Pérez Laborde por sus observaciones, su tiempo, por compartir su gran experiencia y conocimientos que permitieron enriquecer mi trabajo, por ende la culminación de poder alcanzar el título, muchas gracias profesoras.

A “Luna” por haberme permitido retomar su caso, me permitió valorar la gran responsabilidad que conlleva el profesionista en psicología, por otra parte poner en práctica los conocimientos adquiridos.

## Resumen

El ciberbullying es una forma de violencia de índole social en México en los adolescentes, se produce mediante las redes sociales, por medio del chat, las consecuencias son graves a nivel físico, social y psicológico. El objetivo del presente trabajo es evaluar la intervención cognitivo-conductual en una adolescente que vivió ciberbullying; el tratamiento consistió en 18 sesiones, tres dedicadas a la evaluación y quince de intervención. Los instrumentos fueron: entrevista, cuestionario de depresión infantil y adolescente, inventario de ansiedad de Beck, inventario de depresión de Beck y escala de autoestima de Rosenberg. Las técnicas fueron: reestructuración cognitiva, inoculación de estrés, autoinstrucciones, resolución de problemas, parada de pensamiento. Los resultados de la intervención mostraron una reestructuración de pensamientos catastróficos a positivos, mejora de autoestima, afrontamiento y eficacia para resolver problemas, en el entorno escolar.

Palabras clave: acoso escolar, violencia escolar, ansiedad generalizada, depresión, adolescencia, violencia en el noviazgo, resiliencia familiar.

## Abstract.

Cyberbullying is a form of social violence in Mexico in adolescents, it is produced through social networks, through chat, and the consequences are serious repercussions at a social and psychological level. The objective of the present work is to evaluate the cognitive-behavioral intervention in a teenager who lived cyberbullying; the treatment consisted of 18 sessions, three dedicated to evaluation and fifteen intervention. The instruments were: interview, child and adolescent depression questionnaire, Beck's anxiety inventory, Beck depression inventory and Rosenberg self-esteem scale. The techniques were: cognitive restructuring, stress inoculation, self-instruction and problem solving, thinking stop. The results of the intervention showed a restructuring of catastrophic to positive thoughts, improvement of self-esteem, coping and problem solving effectiveness, in the school environment.

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	2
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	7
2.1 Tipos de acoso escolar.....	8
2.2 Modalidades del acoso escolar .....	8
2.3 Actores involucrados en el acoso escolar .....	10
<b>3. VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO</b> .....	12
<b>4. EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA PREVENCIÓN DEL ACOSO ESCOLAR</b> .....	13
4.1 Familias resilientes.....	16
<b>5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL</b> .....	17
<b>6. AUTOESTIMA EN LA ADOLESCENCIA</b> .....	17
<b>7. ANSIEDAD</b> .....	19
7.1 EL Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).....	21
7.2 Epidemiología .....	22
7.3 Aspectos socioculturales.....	23
7.4 Clasificación .....	24
7.5 Comorbilidad .....	24
<b>8. TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL</b> .....	25
8.1. Técnicas más importantes en el modelo cognitivo conductual.....	28
8.2. La autoestima según la terapia cognitiva conductual:.....	35
<b>9. OBJETIVOS DE LA PRÁCTICA</b> .....	36
<b>10. INFORME DE LA PRÁCTICA DE SERVICIO</b> .....	36
10.1 Estudio de Caso .....	36
10.2. Descripción del escenario.....	36
10.3. Nombre del caso:.....	37
10.4. Identificación del paciente. ....	37
10.5 Análisis del motivo de consulta.....	37
10.6 Historia del problema.....	37
10.7 Análisis y descripción de las conductas problema.....	38
10.8 Analisis Secuencial Integrativo .....	39

10.9 Análisis Funcional .....	40
10.10 Formulación Clínica .....	41
10.11 Establecimiento de las metas del tratamiento.....	42
10.12 Objetivos terapéuticos .....	42
10.13 Selección del tratamiento más adecuado.....	43
10.14 Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos antes del tratamiento.....	46
10.15 Descripción del proceso terapéutico.....	50
10.16 Resultados .....	68
10.17 Evaluación de la eficacia del tratamiento .....	77
10.18 Seguimiento.....	79
<b>11.CONCLUSIONES</b> .....	<b>80</b>
11.1 Competencias desarrolladas en la actividad de servicio realizada.....	82
11.2 Identificación de los elementos que se deben considerar para producir cambios en los fenómenos de interés.....	83
11.3. Responsabilidad social de su quehacer profesional. ....	84
11.4 Limitaciones de la práctica realizada.....	85
11.5 Propuesta y recomendaciones para mejorar la práctica de servicio. ....	85
<b>12. REFERENCIAS</b> .....	<b>86</b>
<b>13. APÉNDICE</b> .....	<b>90</b>
a) Instrumentos de evaluación.....	90
Apéndice A.....	90
Apéndice B.....	90
Apéndice C (Pretest) .....	97

## 1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a Jacinto y Aguirre (2014), el acoso escolar o bullying se ha convertido en un problema de índole social que tiene repercusiones en la salud emocional de la población infantil y joven, no sólo de nuestro país si no a nivel mundial en mayor o menor grado en los diferentes países, en México, ésta problemática ha aumentado con el paso de años, sin embargo se ha minimizado por autoridades escolares, padres de familia y la misma sociedad no le dan la importancia que deberían, atiende al contexto sociocultural, familiar y escolar, teniendo grandes repercusiones en las y los adolescentes a nivel social, físico y psicológico.

Refiere que los estudiantes que se encuentran en la secundaria y están en la etapa de la adolescencia se comportan en el ámbito escolar de acuerdo a lo aprendido en casa, es decir, en muchos de los casos la violencia y formas de relacionarse con lo demás son aprendidas en la familia, en el contexto social, y en la misma escuela, por ello la importancia de abordar este tema, ya que el acoso escolar se está haciendo presente en sus diferentes tipos, en la comunidad, en las zonas urbanas y a nivel mundial.

El presente estudio de caso permite dimensionar la violencia entre pares en el entorno escolar, se conceptualiza los tipos del acoso escolar, las modalidades y los actores involucrados, se aborda a la adolescencia como una etapa de vulnerabilidad en donde las y los adolescentes son sujetos de cambios físicos, sociales, psicológicos.

Por otra parte se hace mención de la ansiedad y ansiedad generalizada de como incide en el comportamiento de las y los adolescentes e interfiere en su funcionamiento escolar y en su vida cotidiana, tiene grandes afectaciones como se discutirá más adelante cuando las personas han sido víctimas de consecuencia del ciberbullying.

En el presente trabajo se da a conocer la intervención cognitivo-conductual de una joven de 15 años que sufrió ciberbullying, se presenta la evaluación psicológica, los instrumentos utilizados, el tratamiento, las técnicas que fueron retomadas de acuerdo al caso, los resultados, así como la eficacia del tratamiento.

Al final se presentan las conclusiones en donde se desarrollan las competencias que fueron adquiridas durante la licenciatura.

## **2. MARCO TEÓRICO**

Es necesario tener claridad las diferencias entre violencia escolar y acoso escolar o bullying; Santoyo y Frías (2014) mencionan que la violencia escolar engloba todas aquellas acciones y conductas negativas realizadas por cualquier tipo de actor en el entorno escolar y en sus alrededores, incluyendo peleas entre alumnos, pandillerismo, comportamientos antisociales o vandalismo. Jacinto y Aguirre (2014), la definen como cualquier tipo de relación agresiva, dirigida a dañar a un individuo o grupo dentro del entorno educativo.

Por otra parte, hacen referencia al acoso escolar o bullying como el hostigamiento entre pares. Implica una relación de desequilibrio en la que una de las partes es agredida, sin defenderse y la otra se presenta como agresora por un periodo de tiempo reiterativo. Esta relación se presenta entre compañeros, es decir, entre los estudiantes de una institución educativa, con la intención de hacer daño físico y psicológico.

La diferencia radica en que la violencia escolar se da en el entorno escolar y el Acoso escolar o bullying al interior de la escuela entre pares.

De acuerdo a Santoyo y Frías (2014), la primera persona en estudiar el fenómeno social de la violencia entre pares en Noruega y Suecia fue Olweus (1978), quien le dio el término de bullying, haciendo referencia a la acción de intimidar, maltratar o amedrentar. Este término denota intolerancia discriminación, rechazo y ejercicio del poder entre pares.

Así mismo, menciona que el alumno que es víctima del acoso escolar presenta baja autoestima, ausentismo escolar, disminución del rendimiento escolar, involucramiento en acciones violentas, uso lúdico de sustancias nocivas y



repercusiones en la salud física y emocional, así como enfermedades psicosomáticas, ideación suicida o suicidio (Olweus, 1993; Gruber y Fineran , 2007, como se citó en Santoyo y frías 2014).

## 2.1 Tipos de acoso escolar

De acuerdo a la Estrategia Integral para la Prevención del Acoso Escolar y otros Tipos de Violencia (2017), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integración de la Familia (SNDIF) tipifica al acoso escolar en:

### ➤ Acoso directo

Se presenta cuando la relación produce daño directo o inmediato en quien recibe el acoso, es más frecuente en niñas y niños que en adolescentes, incluye golpes, puñetazos, patadas, empujones, gritos e insultos, entre otros.

### ➤ Acoso indirecto

Se caracteriza por el empleo de la marginación o exclusión de la víctima, a quien no se le permite participar en las actividades de sus pares y se le perjudica su imagen social, este tipo de acoso tienen los objetivos de desvalorizar a las personas en función de sus características físicas. Esta modalidad es frecuente en los adolescentes y el auge de las redes sociales y el internet han funcionado como factor facilitador.

## 2.2 Modalidades del acoso escolar

Así mismo lo clasifica en las siguientes modalidades:

### ➤ Acoso físico

Su característica principal es el empleo de poder y fuerza física como puñetazos, patadas, empujones, manotazos, jalón de cabellos, etc. Así como acciones que impiden la libre circulación por los distintos lugares comunes y que impiden el normal desarrollo de las actividades como jugar con otras niñas, niños y adolescentes, también se incluyen amenazas con armas y objetos

➤ Acoso verbal

Se caracteriza por el empleo de apodos, ridiculizaciones o cualquier sobrenombre que genere malestar de la persona objeto de la burla o mofa. Es una modalidad que suele depender de la reacción de los observadores, en la medida en que rechacen el mote despectivo.

➤ Acoso psicológico

Mediante esta modalidad se ataca la autoestima y auto percepción de quien percibe la agresión. A menudo, parte de los insultos fundados en características propias o adjudicadas como la etnia, la colonia de residencia, la situación socioeconómica entre otros.

➤ Acoso social

Se sustenta en la práctica de exclusión y marginación impuestas tanto a quien recibe la agresión como a los observadores y a quien se le obliga a cortar vínculos con la víctima

➤ Ciberacoso o cyberbullying

Se produce mediante las redes sociales, a través de medios electrónicos como celulares, computadoras, etc., correo electrónico, Facebook, Twitter, Tumblr, Snapchat, Instagram, etc., en los que se difunden insultos, comentarios agresivos, amenazas, fotografías editadas, agravios, entre otros, también pueden incluir la creación de perfiles falsos o nombres de las víctimas con fines humillantes.

El uso de las nuevas tecnologías han sido empleados de manera positiva y negativa, ya que tienen un alcance de cobertura amplio que llega a todo el mundo en cuestión de segundos, cuando los alumnos lo usan para exhibir a un compañero, lo hacen de manera premeditada, aún a sabiendas del daño que van a causar, no miden consecuencias, sin embargo, el daño es difícil de reparar emocionalmente.

Como menciona Tapia (2012), cuando el alumno es hostigado y humillado delante de algunos compañeros de clase, la experiencia es totalmente diferente a la humillación que sufre a través de una audiencia adolescente virtual de mayor impacto (redes sociales) con incidentes de hostigamiento y vejación. Una de las

características de las redes sociales es que la información es macro proyectada, las noticias se reproducen mediante cadenas instantáneas al alcance de todos los que comparten una conexión o red de amigos, comunidad virtual como *Facebook* o *Twitter*, en el que los adolescentes pueden agregar a personas de distintos lugares sin tener referentes de una persona real.

“El acoso cibernético es cuando se utilizan email, mensajes en celulares, a través del chat, imágenes fotos en páginas web y sobre todo cuando los jóvenes cuelgan videos en la red, con tomas obscenas y de contenido erótico” (Tapia, 2012)

➤ Paliza feliz

Se caracteriza por el empleo de cámaras de teléfono móviles para registrar acciones de violencia que se ejecutan contra el receptor de la agresión, para luego publicarlas en las redes sociales, esta modalidad tiene el riesgo de incentivar comportamientos cada vez más violentos a fin de satisfacer al público virtual que observa su registro en las redes.

### 2.3 Actores involucrados en el acoso escolar

De acuerdo a Castillo (2011) donde retoma a Olweus (1978), el acoso escolar intervienen distintos actores: primero, quienes reciben el acoso (víctima); segundo, quienes lo producen (agresor) y por último, las personas que están alrededor (pares) cumplen el rol de observadores/as.

Las víctimas como menciona el autor, existen diferentes “las típicas, entre las que se encuentran los estudiantes más ansiosos e inseguros que suelen ser cautos, sensibles y tranquilos, poseen baja autoestima, tienen una opinión negativa de sí mismos y de su situación, y frecuentemente son considerados como fracasados, a este tipo de víctimas se les ha llamado pasivas o sumisas, no responden ni al ataque ni al insulto.

Los agresores o acosadores, (Olweus 1978, citado en: Castillo 2011), descubre la existencia de varios tipos de agresores: los típicos que se discuten por su belicosidad con sus compañeros y en ocasiones con los profesores y adultos. Suelen caracterizarse por la impulsividad y una imperiosa necesidad de dominar a otros; pueden ser ansiosos o inseguros, sienten la necesidad del poder y el dominio,

estos agresores utilizan diferentes formas como los apodos, mofas, insultos y habladuría, que generan intimidación, exclusión y en ocasiones, serios problemas psicológicos y sociales que provocan dificultades en la convivencia y en la adaptación social.

Por último menciona que los observadores, son aquellos que sin estar vinculados de manera directa al acoso escolar, atestiguan y de alguna forma son partícipes de este. Se clasifica en función del tipo de implicación y grado de involucramiento en situaciones de acoso: el observador activo ayuda o apoya al agresor abiertamente, sin ejercer violencia; el observador pasivo refuerza al agresor de manera indirecta, por ejemplo, al reírse de las agresiones; el observador prosocial ayuda a la víctima y el espectador sólo observa el acoso. (Torres 2000: citado en Santoyo y frías 2014).

Por otra parte existen datos reveladores sobre este fenómeno en México, como menciona Tapia (2012), el 3 de diciembre del 2009, la Secretaría de Educación de la CDMX reveló que 7 de cada 10 estudiantes de secundarias públicas reconocen estar afectados física y verbalmente por el *bullying*, ya sea como víctimas, testigos o agresores de otros de sus compañeros, estos datos confirman que es un fenómeno que está latente en los estudiantes, sin embargo, se minimiza por los padres de familia y personal docente.

Así como refiere que en el estado de Veracruz, el 4 de julio del 2007, la encuesta nacional sobre dinámica de relaciones en los hogares que publica el INEGI, reveló que nuestro estado se encuentra en quinto lugar de violencia física, sexual y psicológica en contra de los alumnos; son datos que revelan la importancia de tomar medidas de prevención para detener estos actos que tiene grandes repercusiones en el desarrollo de la adolescencia, hasta la edad adulta.

Es importante destacar que en lo que se refiere al cyberbullying, Melero (2017) señala que las conductas de victimización directa y tecnológica son más frecuentes al principio de la adolescencia (11-15 años), refiriendo que el acoso escolar afecta a entre un 20% y un 30% de estudiantes a nivel nacional e internacional.

Por otra parte refiere que el acoso escolar tiene grandes consecuencias sobre la víctima, el agresor y los observadores, estas consecuencias son a corto, mediano y largo plazo, repercuten en un baja del rendimiento académico, impactos sobre el autoestima, sentimientos de angustia y ansiedad, depresión, abandono escolar, trastornos de conducta o personalidad, hasta la ideación suicida, en los peores de los casos, terminan.

A largo plazo pueden llevar a trayectorias de exclusión producto del abandono o bajo rendimiento escolar, la imposibilidad de encontrar un trabajo decente, problemas de formar una familia, conducta antisocial, hasta culminar en el suicidio, las consecuencias son graves para la víctima.

### **3. VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO**

No se puede dejar de hablar de violencia en el noviazgo en éste caso como un factor de riesgo que se reproduce en las redes sociales, Como refiere Santoyo y Frías (2014), el acoso escolar o bullying es una forma de violencia, que se reproduce en diferentes modalidades. La violencia puede reproducirse en diferentes contextos, culturas a través de las formas de aprendizaje del ser humano, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud define la violencia como “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Retomando dicha definición la violencia se hace presente no solo en las escuelas, en la familia, en las calles, ha trascendido en las relaciones sentimentales entre adolescentes.

Martínez, Vargas y Novoa (2016) refieren que en los últimos años la violencia en el noviazgo entre adolescentes se ha convertido en un problema de índole social, definiéndola como “Actos de control, seguido de comportamientos agresivos que ocurren en una relación romántica entre parejas que no conviven, con el objetivo de controlar o dominar a la persona física, sexual o psicológicamente”

Valenzuela y Vega (2015), definen a la violencia en el noviazgo como un problema de salud pública a nivel mundial y con alta incidencia en México, teniendo sus antecedentes en los patrones de conducta que vienen de la familia, es decir un adolescente que vive o vivió durante la infancia relaciones violentas las reproducirá, pues las relaciones de violencia son construidas y aprendidas social y culturalmente, tanto para el agresor como para la víctima.

De acuerdo al Manual de charlas con adolescentes y jóvenes sobre relaciones bien tratantes en la amistad y en el noviazgo del Sistema Nacional del Desarrollo Integral para la Familia (SNDIF 2015), menciona que en nuestra cultura occidental el modelo de amor que se desarrolla es el amor romántico, éste es aprendido, en los modelos familiares de dar y recibir amor en donde crece el adolescente, considerándose poco funcional ya que en algunos casos los padres viven la violencia en su mismo entorno, reciben y dan malos tratos a ellos mismo y a sus hijos, lo que supone un modelo que condiciona o influye en los esquemas que se tiene de las relaciones del amor. El mismo manual refiere que las personas no nacen sabiendo amar, son acciones que se aprenden a través de lo que se observa cuando se crece, cuando se interactúa en la familia, en el entorno, con las personas que son las figuras de amor, dicho esto no hay un modelo de amor universal, se aprende amar de cierta forma y siguiendo un modelo que enmarca una cultura.

Ante esta problemática es necesario brindar a la familia herramientas que les permita hacer un cambio en la forma de relacionarse y tratar a sus hijos, y a la misma comunidad.

#### **4. EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA PREVENCIÓN DEL ACOSO ESCOLAR**

Como se mencionó de acuerdo a Jacinto y Aguirre (2014), el acoso escolar o bullying atiende a diferentes contextos personales, familiares, escolares, culturales y sociales, En este sentido se considera que la familia se considera como el primer entorno en que el niño socializa, adquiere por medio de la observación normas de conducta y convivencia, lo que le permite formar su personalidad y es básica para su ajuste personal, escolar y social, por otra parte mencionan que hay modelos de

familia que funcionan como factores de riesgo para el desarrollo de conductas agresivas y violentas (López y Ramírez, 2017).

De acuerdo a Ballenato (2007), la sociedad se va transformando, cada época va marcando costumbres diferentes, así como formas de convivencia, cambios en las relaciones familiares y la educación, reconociendo nuevas problemáticas a nivel social: las distintas formas que adopta la estructura familiar, incremento en la tasa de divorcios, la progresiva integración de la mujer en el ámbito laboral, la difícil conciliación de la vida laboral y familiar, los casos de violencia doméstica, el crecimiento de los grandes núcleos urbanos, los estilos de vida más consumistas, el incremento de la violencia juvenil, así como la poderosa influencia de los medios de comunicación, son algunas características de la sociedad que dan paso a la violencia en diferentes contextos.

En este sentido no será posible entender la conducta de una persona, sino se conoce e interpreta el entorno en que se desarrolla.

Como menciona Ballenato (2017) los seres humanos no son entidades aisladas, sino que forman parte de un sistema en los que desempeñan un determinado papel, define al sistema como un conjunto de elementos que se interrelacionan entre sí, que se distribuyen determinadas funciones y las desarrollan, que se rigen por un conjunto de normas o reglas, manteniendo un cierto orden, considerando así a la familia como un sistema.

A fin de que la familia logre un equilibrio entre sus miembros en el Manual de charlas sobre crianza positiva y parentalidad bien tratante del Sistema Nacional del Desarrollo Integral para la Familia (SNDIF 2015) considera tres procesos fundamentales que guían un funcionamiento familiar eficaz:

1).-El sistema de creencias. Cada familia que se conforma a través del tiempo por una parte mediante la red multigeneracional de relaciones sociales y los valores culturales y por otra, las creencias compartidas que conforman las normas familiares, expresadas en reglas, roles y acciones y consecuencias que guían la vida familiar, así como por los rituales familiares de identidad como son: la celebración de las festividades, los ritos de pasaje (casamientos, quince años, etc.) las tradiciones familiares (aniversario, cumpleaños) y las interacciones familiares cotidianas. Lo que

quiere decir que las creencias son practicadas con el concepto que se tiene de violencia u ocaso escolar e inclusive se normaliza.

2).- Los patrones de organización, todas las familias necesitan tener una estructura flexible pero estable para poder funcionar óptimamente:

-Ser flexible es encontrar la justa medida entre la seguridad y el desequilibrio que provocan los cambios.

- Formar vínculos de apoyo mutuo, colaborando con el compromiso y el respeto por las necesidades, las diferencias y los límites individuales.

- Ejercer un liderazgo fuerte que permitan armonizar el estrés y reorganizarse a fin de adaptarse a las condiciones cambiantes.

3).- Los procesos Comunicativos. Distingue tres aspectos de la comunicación que son decisivos para un funcionamiento eficaz familiar:

1. Claridad en los mensajes; al asumir la responsabilidad de compartir el propio sentimiento y conductas, establecer una empatía mutua y poder expresar las emociones.

2. Resolución cooperativa que consiste en identificar los problemas, tomar decisiones compartidas a través de la negociación, equidad y reciprocidad que conlleve a la resolución de conflictos.

3. Apoyarse en el éxito y aprender del fracaso, esto es desarrollar una postura proactiva al prevenir problemas, anticipar una crisis y prepararse para los desafíos futuros.

La buena comunicación es vital para el funcionamiento de una familia, algunos elementos son: la capacidad de hablar por uno mismo y no por los otros, habilidad para escuchar con atención y empatía, la apertura para dar a conocer los sentimientos sobre uno mismo la relación, claridad, respeto y la consideración.

(SNDIF 2015)



#### 4.1 Familias resilientes

De acuerdo a Barudy y Dantagnan, (n.d) “La resiliencia es la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves” (p. 56). Para Domínguez (2014), la resiliencia intenta entender como niños, adolescentes y adultos son capaces de sobrevivir y superar adversidades a pesar de vivir en condiciones de pobreza, violencia intrafamiliar, enfermedad mental de los padres, o a pesar de las consecuencias de una catástrofe natural, entre otras.

Como menciona Domínguez de la Ossa (2014), la resiliencia familiar se construye a través de actitudes demostrativas de apoyos emocionales entre sus miembros, conversaciones en las que se comparten razones, significados y aquellas que favorecen los aprendizajes como: reconocer los problemas y las limitaciones que hay que enfrentar, comunicar abierta y claramente sobre ellos, registrar los recursos personales y colectivos existentes, organizar y reorganizar las estrategias que permitan superarlos. El enfoque de la resiliencia familiar se ha desarrollado sobre la base de los conceptos de competencia y fortaleza que reafirma las potencialidades de la familia para la auto-reparación a partir de las crisis y desafíos.

Jorge Barudy (2015), propone algunas acciones preventivas y curativas basadas en la resiliencia:

-Mostrar vínculos afectivos seguros, fiables con un adulto significativo, de preferencia de su red familiar, o en su caso de la red social, eso transmitirá confianza y será más fácil enfrentar una situación difícil.

- Facilitar los procesos relacionales que permitan dar un sentido o significado a las experiencias, con ello se pretende que la familia o la persona haga conciencia de su situación real por muy dura o buena que sea.

-Brindar apoyo social, se refiere a buscar apoyo psicosocial para padres e hijos.

-Promover y participar en acciones que permitan prevenir la violencia en las relaciones humanas, integrar a padres y a niños.

-Favorecer las experiencias que favorezcan la alegría y el amor

## **5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL**

Como puede apreciarse el acoso escolar tiene grandes repercusiones, es una forma de violencia que tiene grandes alcances a nivel físico, psicológico, y social sin embargo, ante esta problemática, el gobierno federal toma medidas de prevención, así de acuerdo a la Guía de Prevención Integral del Acoso Escolar para los/as Promotores/es Comunitarios/as, en México, se están tomando medidas de prevención ante este fenómeno, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), a través de la Dirección General de Normatividad, Promoción y Difusión de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, así se creó la “Estrategia Integral para la Prevención del Acoso Escolar y otros Tipos de Violencia” por medio de promotores que difunden el programa a nivel federal, municipal y comunitario, con el objetivo de que las y los niños, así como adolescentes vivan un mundo libre de violencia, puedan modificar su actitud en el grupo, pero por otro lado también es necesario que los niños, niñas y adolescentes sepan de los grandes daños que se pueden causar, para que tomen conciencia de no normalizar la violencia, de esta manera se llevan a las escuelas estos programas, no sólo se difunden con el alumnado, sino que se instruye a la familia, a los maestros, profesionistas y a la comunidad en general.

## **6. AUTOESTIMA EN LA ADOLESCENCIA**

Como se mencionó anteriormente, en Castillo (2011) las víctimas dentro del acoso escolar son los estudiantes más ansiosos e inseguros que poseen baja autoestima, tienen una opinión negativa de sí mismos y de su situación, frecuentemente son considerados como fracasados, situación que los vuelve más vulnerables en la adolescencia.

De acuerdo a Feldman (2007), la adolescencia es la etapa de desarrollo que se encuentra entre la infancia y la madurez. Por lo general, se considera empieza poco después de cumplir 10 años y termina poco antes de los 20. Es una etapa de transición, los adolescentes ya no se consideran niños, pero todavía no son adultos. Los años adolescentes están marcados por una racha de crecimiento físico, que para las niñas comienza alrededor de los 10 años y para los niños alrededor de los 12. Menciona que la pubertad empieza en las niñas alrededor de los 11 años y en los muchachos alrededor de los 13 años, los cambios físicos de la pubertad a menudo tienen efectos psicológicos, como un crecimiento en la autoestima y la autoconciencia, así como confusión e incertidumbre acerca de la sexualidad.

De acuerdo a la Secretaria de Salud (2013) en el Manual del facilitador “Taller de Prevención del Embarazo en Adolescentes”, define a la adolescencia como una etapa en la que se presentan cambios, mismos que se relacionan con aspectos físicos, sociales y emocionales, muchos de ellos se relacionan con la necesidad de aceptación y adaptación a un nuevo cuerpo, una nueva forma de ver las cosas, así como se forman nuevas expectativas sobre la forma de ser y de interacción con el grupo de pares y la sociedad en general

La adolescencia es la etapa que tiene ciertas características como: hacer frente al desarrollo de una identidad (“saber quién soy”), la necesidad de fortalecer los lazos interpersonales, fuera de la familia, con amigos y compañeros, la presencia de las primeras experiencias significativas para formar una pareja y aprender a controlar de manera responsable la sexualidad, se promueve la capacidad laboral, se establecen metas más claras para estudiar, el cuestionamiento de la autoridad de los padres o cuidadores, así como el interés por tener amistades, la importancia de pertenecer a un grupo de amigos o amigas, entre otras.

Los y las adolescentes, al inicio de la misma etapa son vulnerables en la formación de la autoestima, esta se define como “la experiencia fundamental de poder llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias. Más concretamente se puede decir que la autoestima es: la confianza en la propia capacidad de pensar y enfrentarse a los desafíos básicos de la vida. La confianza en el derecho a triunfar y

ser felices; el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a satisfacer necesidades y carencias, a alcanzar principios morales y a gozar el fruto de los propios esfuerzos; la esencia de la autoestima es confiar en la propia mente y en saber que somos merecedores de la felicidad". (Branden 1995: citado en Ranero, 2014).

Feldman (2007) define la autoestima como la evaluación general y específica, positiva o negativa de un individuo. Sin embargo, el autoconcepto refleja creencias y cogniciones acerca del yo (yo soy bueno en la trompeta; no soy muy bueno en ciencias sociales) la autoestima tiene una orientación más emocional (todos piensan que soy un tonto), se menciona que la autoestima se desarrolla en la niñez intermedia que comprende de los 6 a los 12 años.

Una autoestima alta en adolescentes se asocia con una percepción menos negativa del estrés cotidiano, afrontan más las experiencias negativas, pueden enfrentar situaciones negativas, cuando los jóvenes con menor autoestima experimentan fracaso en áreas que son relevantes para su autoestima, llevan a cabo un afrontamiento menos eficaz. Así, tienden a sobre-generalizar los fracasos, dejando a los y las adolescentes en un estado de vulnerabilidad para que sean violados sus derechos entre pares.

## **7. ANSIEDAD**

Martínez, Fernández, Navarro y Martínez (2017) definen a la ansiedad como la aprensión o el temor excesivo sobre circunstancias reales o imaginarias. La característica más importante es la preocupación, que es la inquietud excesiva sobre situaciones con resultados inciertos. La preocupación excesiva es improductiva porque puede interferir con la habilidad de tomar acción para resolver un problema. Los síntomas de la ansiedad pueden reflejarse en el pensamiento, comportamiento, o reacciones físicas.

En la infancia y edad preescolar, se hace mención en que los bebés demuestran ansiedad frente a extraños y se enfadan en la presencia de personas desconocidas, en la infancia puede hacer su aparición de los 7 a los 9 años; la ansiedad se puede

presentar en los niveles preescolares y de niñez temprana, los niños tienden a estar limitados en cuanto a su habilidad de anticipar sucesos futuros pero a la mitad de la niñez y la adolescencia estas destrezas de razonamiento están generalmente desarrolladas. Existe la tendencia a un cambio gradual de temores globales, no diferenciados y que se exteriorizan o preocupaciones más abstractas e internas.

Consideran que hasta los 8 años de edad los niños tienden a sentirse ansiosos sobre sucesos específicos, identificables, como animales, la oscuridad, personajes imaginarios (monstruo bajo su cama), después de los 8 años de edad aproximadamente los sucesos que causan ansiedad se convierten en más abstractos y menos específicos, como las preocupaciones sobre las notas, reacciones de los compañeros, acostumbrarse a una nueva escuela y amigos. Los adolescentes se pueden preocupar más sobre temas sexuales, religiosos y morales y se comparan con otros y se encajan con sus compañeros, algunas veces estas preocupaciones pueden llevar a la ansiedad a niveles altos.

De acuerdo a Cárdenas, Feria, Palacios y De la Peña (2010). La ansiedad es una emoción normal que todas las personas han experimentado, forma parte de mecanismos básicos de supervivencia y es una respuesta a situaciones del medio que nos resultan sorprendidas, nuevas o amenazantes. Una reacción de ansiedad normal sería, por ejemplo, la tensión que se siente cuando un jefe está enojado, así la ansiedad incita a actuar, a enfrentarse a una situación amenazadora o nos prepara a escapar. Es una emoción enfocada a la adaptación y la preservación, nos ayuda a enfrentarnos a situaciones estresantes para tener el mejor desempeño.

Por otra parte, refiere que este mecanismo que normalmente debe ayudar a enfrentarnos a una situación puede verse alterado, resultando esto una respuesta desadaptativas que ocasiona disfunción en la vida cotidiana, en otras palabras un trastorno de ansiedad; ¿qué son los trastornos de ansiedad? Lo definen como una enfermedad que tiene como síntoma central una ansiedad intensa, desproporcionada, persistente y que afecta en varias áreas de la vida cotidiana de quien la padece a tal grado que le dificulta o le incapacita para estudiar, trabajar, convivir con su familia o con sus amigos.

## 7.1 EL Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Cárdenas et al. (2010) lo define como una ansiedad y preocupación excesivas por diferentes sucesos o actividades cotidianas, por ejemplo, responsabilidades cotidianas, fallas académicas menores, temas económicos y otros problemas de carácter menor, durante la mayoría de los días, al menos por un periodo de seis meses. Una característica de las preocupaciones en el TAG que la diferencia de las preocupaciones que cualquier persona puede tener es que son difíciles de controlar, son consideradas excesivas (aunque no siempre) y son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o acontecimientos temidos; además están asociadas a síntomas somáticos variados como sudoración de manos, temblor, tensión muscular, irritabilidad, alteraciones del sueño, cefalea y sensaciones de inquietud, y muchas veces pueden ser estos síntomas los más prominentes en los niños y los adolescentes.

Por otra lado, refiere que de acuerdo a la investigaciones existen factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden tener un papel predisponente en el desarrollo de este trastorno, los factores biológicos tienen que ver con la probable disfunción de diferentes sistemas de neurotransmisores, principalmente el de la dopamina y la serotonina, las cuales se sabe que regulan el estado de ánimo y el comportamiento. Estas alteraciones pueden evidenciarse o desencadenarse por estresores en personas con susceptibilidad biológica que además están expuestas a altos niveles de ansiedad.

Como lo menciona Martínez et al (2017), que no se puede concebir por separado al individuo y su ambiente para que se entienda en fenómeno de la enfermedad mental, por lo tanto, tiene gran impacto a los factores sociales en el mundo psíquico de las personas. Considerándose que los eventos traumáticos de una persona pueden hacer vulnerable a los trastornos de ansiedad, así como la manera de ser de los padres, la forma de crianza, el ambiente familiar y cultura pueden ser resultados de conductas aprendidas transmitidas por los adultos.

De acuerdo al EI DSM-V (2014) de la Asociación Americana de Psiquiatría, los síntomas de ansiedad generalizada son los siguientes:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos 6 meses):
  - 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
  - 2. Fácilmente fatigado
  - 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
  - 4. Irritabilidad
  - 5. Tensión Muscular
  - 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. Una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p.ej., Hipertiroidismo)).
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

## 7.2 Epidemiología

El TAG es una patología común y con gran frecuencia se encuentra en comorbilidad con otros trastornos mentales que pueden o no ser trastornos del

espectro de los trastornos de ansiedad, como la fobia social, la fobia específica, el trastorno de angustia o del espectro depresivo. Menciona que de 100 personas con TAG, más del 50% tendrán un diagnóstico psiquiátrico comórbido.

Cárdenas et al (2010), proporciona datos reveladores, la proporción mujer-hombre en adultos de población general es de 2:1; sin embargo esto cambia cuando se habla de población clínica donde se iguala la proporción 1:1. La edad de inicio es difícil de determinar, la mayoría de los pacientes con este trastorno indican que están ansiosos desde que son capaces de recordar. Menciona que los niños se afectan más que las niñas en la población pediátrica.

Por otra parte Martínez et al. (2017), estudiando a la población de la ciudad de México, encontraron que un 48.6% resultó asintomática para algún trastorno mental y una prevalencia de 4.46% de problemas internalizados, entre ellos el síndrome de ansiedad generalizada y ansiedad con inhibición. Refiere que los resultados aportados por el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica, que incluye datos de la población adulta de la Ciudad de México, han encontrado que los trastornos de ansiedad con inicio temprano en la vida proceden al uso, el abuso y la dependencia a sustancias, lo que señala la necesidad de identificar tempranamente problemas que con el tiempo producen otras patologías.

### 7.3 Aspectos socioculturales

Así mismo menciona que las familias muchas veces suelen criar con un patrón de comportamiento poco flexible, perfeccionista en donde es blanco o negro, todo o nada. Estos patrones de comportamiento pueden estar basados en patrones culturales, morales, religiosos o estrictos. Los niños y adolescentes tratan de agradar a los padres sacando buenas calificaciones, buscando la aprobación de sus padres, pero cuando esto no sucede se pueden desencadenar ansiedad.

La ansiedad tiene dos componentes:

1) Manifestaciones somáticas: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o



falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o molestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad mareo o desmayo, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo) y escalofríos o sofocaciones.

2) Los síntomas cognoscitivo-conductuales y los afectivos: desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo), miedo a perder el control y volverse loco, sensación de muerte inminente, intranquilidad, inquietud, ideas catastróficas y deseos de huir. (Martínez et al 2017)

#### 7.4 Clasificación

Por otra parte, menciona que los trastornos de ansiedad más que por su afectación se clasifican en relación al objeto o situación que las genera, lo cual se puede considerar en el apartado de clasificación según los criterios diagnósticos

#### 7.5 Comorbilidad

De acuerdo a Martínez (2017) se detectó una fuerte asociación entre los diversos trastornos de ansiedad la depresión mayor, y otras enfermedades médicas y psiquiátricas en la población infantil, de tal modo que los índices de comorbilidad más consientes se encuentran entre el trastorno depresivo mayor y los trastornos de angustia y de ansiedad generalizada, así como enfermedades somáticas como asma y alergias.

Ante esta situación, refiere una gran asociación entre los múltiples trastornos de ansiedad como la ansiedad generalizada, de pánico y obsesivo compulsivo pueden ser asociados independientemente a conductas suicidas, a las que contribuyen particularmente cuando hay comorbilidad con trastorno bipolar, depresión, esquizofrenia o estrés postraumático en poblaciones infanto-juveniles.

Enfatiza en las tasas de prevalencia de comorbilidad entre TAG y la depresión mayor del 33%, con el trastorno distímico ascendía al 40%, y si considera ambos diagnósticos era próxima al 50% siendo ésta la comorbilidad más frecuente. Se ha observado un patrón de relación temporal entre ansiedad y depresión. Es más frecuente que en un episodio aislado aparezca la ansiedad antes de los síntomas

depresivos. También se ha visto que el 60% de los pacientes presenta un trastorno de ansiedad previo a un trastorno depresivo.

## **8. TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL**

Ante tal problemática el modelo cognitivo conductual se propone como una alternativa para identificar las conductas problema, ante las personas que han sido víctimas del acoso escolar y así elaborar el programa de intervención adecuado al caso. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se centra en los síntomas y la resolución de problemas, su objetivo es eliminar o al menos reducir los síntomas, refiere que si los síntomas desaparecen también habrá mejoría en las otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen. La TCC enfrenta la posición del sujeto, sus conductas y sus creencias activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, promoviendo así el autocuestionamiento (Portugal, Pérez e Iglesias, 2003).

Franks (1993), refiere que la terapia de conducta conlleva a la aplicación de los principios derivados de la investigación en la psicología experimental y social, para el alivio del sufrimiento de las personas y el progreso del funcionamiento humano, pone énfasis en una valoración sistemática de la efectividad de estas aplicaciones, por otro lado, implica el cambio ambiental y la alteración directa de los procesos corporales por medio de procedimientos biológicos, facilitando un mayor autocontrol.

De acuerdo a Kazdin (1983), el análisis aplicado a la conducta pone su acento en la conducta manifiesta y en los acontecimientos ambientales que influyen sobre ella. La importancia de modificar la conducta por medio de técnicas basadas en la cognición ha evolucionado, sin embargo para poder comprenderlo es necesario mencionar las tres etapas por las que ha pasado.

Etapa inicial, Kazdin (1983), menciona que se caracteriza que el pensamiento Watsoniano reconoce el aprendizaje de estímulo-respuesta (E-R), de Pavlov y Bechterelev, consideraba que el papel de las influencias externas sobre la conducta era fundamental, es decir, se suponía que la conducta podía modificarse por medio

de la manipulaciones ambientales, menciona que, en general, el conductismo en su primera etapa fueron reacciones al introspeccionismo y al funcionalismo.

En la segunda etapa, refiere que investigadores como Hull, Tolman y Mowrer, (1974), introdujeron conceptos medicionales en las relaciones entre estímulos y respuestas, es decir, se propusieron variables relacionadas con el organismo (o) y de esta forma la psicología E-R, se convirtió en E-O-R.

La tercera etapa en el conductismo menciona fue la intervención de psicólogos como Roben C. Bolles, Gordon H. Bower y Ulrich Neisser, introduciendo temas como el pensamiento, la percepción, los procesos motivacionales complejos y la mediación en general.

En otro aspecto, como refiere la Secretaria de Salud en México (2010) en el manual de Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia, el conductismo es la teoría más amplia que se ha generado en el siglo pasado, surge como contraparte del psicoanálisis, que si bien sus orígenes se remontan a la experimentación, con el paso del tiempo se han incluido otras corrientes como la cognoscitivista que agrega ingredientes valiosísimos a la concepción de los trastornos y de las personas que los padecen.

Algunas de las características prácticas más destacadas de este modelo psicoterapéutico son:

- Es breve.
- Se centra en el presente, en el problema y en su solución.
- De carácter preventivo de futuros trastornos.
- Basado en un estilo de cooperación entre cliente y terapeuta.
- Da importancia a las tareas de auto-ayuda a realizar entre sesiones.

Así mismo refiere que “el enfoque cognitivo conductual es cada año más dominante entre las propuestas psicoterapéuticas y su eficacia en la práctica clínica es cada vez más reconocida en las investigaciones sobre diversos trastornos, tales como: depresión, adicciones, ansiedad, trastorno de angustia, agorafobia, fobia

social, disfunciones sexuales, y problemas tales como la violencia, la ira, las inhibiciones, los conflictos de pareja, trastorno por estrés postraumático y otros”.

Landa (2004) menciona que la terapia cognitivo conductual (TCC), opera bajo dos tipos de supuestos, los que se derivan de una concepción acerca de la conducta humana, que son los supuestos teóricos metodológicos (el qué) y aquellos que guían su proceso terapéutico, que son supuestos de naturaleza ideológica (el cómo).

#### ➤ Supuestos Teóricos Metodológicos

La TCC identifica la interdependencia de los procesos involucrados en los pensamientos, sentimientos y conductas del individuo, así como en las consecuencias medio ambientales, el comportamiento humano se construye a lo largo de la historia del individuo, al ser aprendido, es susceptible de ser modificado

Menciona que el comportamiento se aprende de tres maneras, por contacto directo con las contingencias, por instrucciones y por aprendizaje vicario.

Así como el comportamiento está en función tanto de factores del medio ambiente como de variables idiosincráticas, en la mayoría de los problemas emocionales se pueden identificar la presencia de patrones de pensamiento equivocados o irracionales, a dichos patrones se les ha llamado “cogniciones” que aluden a ideas, constructos personales, creencias, expectativas, atribuciones, etc.

Desde otro ángulo, refiere que la TCC está diseñada para enseñarle al cliente a funcionar como un científico personal, lo que se ha llamado empirismo en colaboración.

Menciona que la TCC no sigue el modelo médico, es activa, de tiempo limitado y considerablemente estructurada, se aplica en individuos, parejas, con fines de tratamiento y del enfoque de la prevención.

La TCC se aplica a una gran variedad de problemas, sexuales, habilidades sociales, depresión, estrés, impulsividad, tartamudeo, fobia social, ansiedad, depresión, etc.

La TCC distingue entre evaluación y medición, es decir, hay una etapa de evaluación psicológica en donde se pueden identificar cinco pasos: la identificación del problema, el análisis funcional, el establecimiento de metas, el diseño y aplicación del programa del cambio y el seguimiento.

### 8.1. Técnicas más importantes en el modelo cognitivo conductual

#### ➤ Restructuración cognitiva

De acuerdo a Bados y García (2010), consiste en que el cliente, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptados, de modo que queden sustituidos por otros más adaptados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. Refieren que la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles,

Se pretende que el paciente aprenda a reconocer como funciona el pensamiento en base al esquema que tenemos formado, a las creencias y al mundo real.

Describe las siguientes bases teóricas:

- a) El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se siente y actúan y en las reacciones físicas que tienen, es decir, la reacción que se tiene ante los acontecimientos depende de cómo cada persona lo percibe, valora e interpreta.
- b) Se pueden identificar las cogniciones de las personas, por medio de métodos como la entrevista, cuestionarios y autoregistros.
- c) Es posible modificar las cogniciones de las personas, se menciona puede emplearse para lograr cambios terapéuticos.

El modelo cognitivo en el que se basa la RC ha sido denominado A-B-C- por algunos autores (p.ej., Ellis, 1979<sup>a</sup>).

Las letras se refieren a lo siguiente

A. Se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida real (ser criticado por una persona muy querida).

B. Se refiere a las cogniciones apropiadas o inapropiadas del cliente acerca de A. estas cogniciones pueden ser consientes o no. Se hace referencia a percepción, atención, memoria (retención, recuperación), razonamiento e interpretación, productos cognitivos, supuestos y creencias nucleares.

C. Se refiere a las consecuencias emocionales, conductuales y físicas de B., por ejemplo, sentirse triste y abatido al tomarse como un rechazo personal la no aceptación de una propuesta de cita.

Emociones, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.

➤ Terapia racional emotiva

La terapia racional emotiva (Albert Ellis 1962 como es citado en Kazdin 1983), parte de la idea de que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamientos equivocados o irracionales. Estos patrones son evidentes en las verbalizaciones implícitas derivadas de las hipótesis o supuestos que una persona establece acerca del mundo y de las cosas que le suceden en el aquí y en el ahora, el objetivo de la terapia es estudiar las autoverbalizaciones implícitas del cliente que pueden explicar sus reacciones al ambiente.

➤ Entrenamiento en autoinstrucciones

En esta técnica se enseña a la persona a hacerse a sí misma ciertas verbalizaciones que le ayudarán a cambiar su conducta (Meichenbaum, 1973,1975), es decir, se centra menor en el sistema de creencias e ideas irracionales del sujeto, y más en la capacidad de dirigir la propia conducta mediante las autoverbalizaciones, el entrenamiento consiste en verbalizar primero la instrucción en voz alta y más tarde de forma interiorizada (Kazdin 1983). Como menciona Landa (2004) se ha usado

también en pacientes psiquiátricos, en tareas para evaluar la capacidad de percepción y abstracción así como para sustituir el habla irracional.

➤ La terapia cognitiva

En este apartado se hace referencia a los métodos propuestos por Beck (1970,1976), como menciona Kazdin (1983), la terapia cognitiva tiene semejanzas con la terapia de Ellis y Meichenbaum dado que se centra en la corrección de las autoverbalizaciones y los patrones del pensamiento. Beck desarrolló un proceso por el cual debe pasar la persona para modificar sus cogniciones desadaptativas, primero el paciente debe aprender a reconocer sus cogniciones idiosincráticas o “pensamientos automáticos” que reflejan una serie de interpretaciones erróneas o distorsionadas de la realidad y seguirlas después atentamente, posteriormente menciona, el terapeuta entrena al cliente a analizar objetivamente sus cogniciones. Con este entrenamiento identifica la falta de relación entre sus pensamientos y la realidad, por último, se hace hincapié en el usuario a corregir sus distorsiones deficiencias cognitivas. Se analizan y corrigen las inferencias arbitrarias, las generalizaciones, la exageración de la importancia o el significado de las cosas.

➤ Solución de problemas

Nezu y Nezu (1998) definen a la solución de problemas como el proceso de encontrar una solución eficaz a la situación problema. La puesta en práctica de la solución, por contraste, supone la ejecución en la realidad de la solución escogida. Así, esta ejecución de la respuesta de afrontamiento constituye el resultado del proceso de solución de problemas.

Consideran a los problemas como situaciones específicas de la vida, que exigen respuestas al funcionamiento adaptativo, pero que no reciben respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones debido a que presentan diferentes obstáculos (falta de recursos).

Por otra parte, consideran que las demandas de la situación problema pueden originarse en el ambiente o dentro de la persona. Cuando hay un problema de

adaptación entre persona-ambiente existe un desequilibrio, por lo que se busca una solución.

Una solución de acuerdo a Nezu y Nezu (1998), es entendida como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales, negativas o ambas.

Por otra parte menciona que la terapia basada en el entrenamiento en solución de problemas, también es considerada como una técnica de modificación cognitiva debido a que se enseña al cliente diferentes formas de reaccionar a distintos problemas, en lugar de centrarse en las conductas manifiestas específicas.

Consta de cinco pasos

-Se enseña al cliente a identificar las situaciones problemáticas y cómo se comporta ante ellas

-Se enseña al cliente a descomponer el problema global en unidades específicas que pueden abordarse fácilmente

-Se enseña al cliente a definir objetivamente el problema

-Se enseña al cliente a que proponga todas las alternativas posibles

-Se anima al cliente a que elija una de esas opciones y la lleve a cabo y evalúe los resultados.

Si el resultado no es funcional para el cliente se inicia un nuevo proceso para encontrar una nueva solución.

➤ Desensibilización sistemática

Kazdin (1993), menciona que esta técnica es muy utilizada en conductas desadaptativas basadas en la ansiedad y de reacción de evitación, menciona incluye tres elementos: entrenamiento en relajación, la elaboración de una jerarquía de situaciones ansiógenas y el emparejamiento de los ítems de esta jerarquía, normalmente imaginados, con el estado de relajación, la ansiedad se inhibirá.

➤ Terapia de modelado.



Kazdin (1993), refiere que en esta terapia se produce el aprendizaje persona por medio de la observación, es decir el usuario observa a alguien que realiza la conducta que va a modificar, a través de la observación el paciente puede adquirir respuestas deseadas sin necesidad de realizarlas el mismo.

Por otra parte menciona, que el modelado consiste en la observación de la conducta de un modelo, ya sea filmado o in vivo.

➤ Inoculación de estrés

De acuerdo a Deffenbacher (1998), en entrenamiento en inoculación de estrés conlleva a un modelo amplio para la comprensión y el tratamiento de los problemas. Enfatiza las complejas relaciones interdependientes entre los factores afectivos, fisiológicos, conductuales, cognitivos y socio/ambientales, en donde los subsistemas de la persona y el ambiente se ven como un elemento mutuamente interactivos, que se desarrollan de un modo transaccional.

Por otra parte, Landa (2014), menciona que el paciente es expuesto a situaciones estresantes, cada vez más intensas, las cuales debe afrontar con el repertorio conductual que le es entrenado, dicho repertorio debe considerar las respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas.

➤ El autocontrol

Deffenbacher (1998), refiere que esta técnica implica que los pacientes observen y registren cosas entre sesiones, los datos del autoregistro y las reacciones o las conclusiones a partir del autoregistro, se convierten en elementos importantes de discusiones posteriores.

Por otra parte Landa (2014) menciona que fue Skinner el que profundizo en el autocontrol, definiéndolo como la capacidad que tiene el individuo de alterar los estímulos que controlan su propia conducta. Es decir a que la persona se reconozca como su propio agente de cambio incluyendo su forma de pensar.

Para lograr esto se identifican 4 procesos:

➤ Autoobservación.

Se concluye que la observación de la propia conducta ayuda a las personas a saber en qué medida la realizan y a ponerse en acción para alterar esos patrones conductuales no deseados.

- -Autorreforzamiento

El individuo decide qué consecuencias positivas autoaplicarse con la finalidad de hacer más probable el comportamiento deseado.

- -Autocastigo

El individuo decide qué consecuencias positivas autoaplicarse con la finalidad de hacer menos probable el comportamiento deseado.

- -Control de estímulos.

La persona identifica qué aspectos del ambiente controlan su conducta, ayudando por la autoobservación y decide alterarlos.

- El biofeedback

Como menciona Kazdin (1993), esta técnica consiste en proporcionar a un usuario información sobre un aspecto de los procesos fisiológicos que se están dando en su organismo (frecuencia cardiaca, por ejemplo). Cuando la información llega al individuo, puede seguir continuamente los cambios que se van produciendo y controlar la direccionalidad de esos cambios. Sin embargo para su desempeño se requiere equipo sofisticado capaz de captar y registrar distintas respuestas y de programarse para administrar consecuencias de forma consecuente.

- El autoregistro

Para Herbert y Gray (1997). Radican la importancia del autoregistro en la utilidad para la evaluación así como para fines terapéuticos, en lo que se refiere a la evaluación puede emplearse para obtener datos en dos fases, la primera determina las conductas y sus variables dominantes, se instruye al paciente para que realice un diario de conductas, anotándolos sucesos problemáticos y las circunstancias que lo rodean. A partir de esta información se pueden establecer patrones consistentes que

conduzcan a la selección de conductas y posibles técnicas de afrontamiento; en la fase siguiente de proceso terapéutico, se emplea en la línea base e intervención para registrar la frecuencia de las conductas seleccionadas para evaluar el éxito o fracaso del tratamiento.

Menciona que además genera una función terapéutica, es decir la persona al ir registrando la frecuencia de los indicadores, genera un cambio en la frecuencia de la misma.

➤ Habilidades de relajación para el afrontamiento

De acuerdo a Deffenbracher (1998), la importancia en estas habilidades en el control en la activación emocional y fisiológica elevada. Así el entrenamiento en esta habilidad regularmente inicia con el entrenamiento en relajación progresiva. Se sugiere presentar una explicación razonada sobre una habilidad activa de afrontamiento; se entrenan múltiples habilidades de relajación para el afrontamiento, hasta que el usuario identifique cual es la que a él le funciona, el empleo de las habilidades de relajación frecuentemente incluye:

-Relajación sin tensión(es decir, concentrarse y soltar grupos musculares, sin los ejercicios de tensión de relajación progresiva)

-Relajación inducida por la respiración (entrenar al paciente para que inspire profundamente 3 o 4 veces y dejar que la tensión se escape con cada respiración)

-Relajación controlada por estímulos (es decir relajarse con cada respiración lenta, rítmica de una palabra o una frase como “relájate” o “tranquilízate” que has sido previamente emparejadas con la relajación).

-Relajación basada en la imaginación (en decir, cerrando los ojos por breves periodos de tiempo por ejemplo y recordar vívidamente una imagen personal de relajación).

➤ Técnica de relajación basada en la respiración diafragmática

De acuerdo a Deffenbracher (1998), la importancia en estas habilidades en el control en la activación emocional y fisiológica elevada

Por otra parte Payné (2002) menciona que la práctica de esta técnica disminuye la ventilación. “La ventilación en una persona que padece estrés puede aumentar tanto que puede llegar a alterar sus sistemas corporales, a este nivel se le llama hiperventilación, es decir se aumentan los niveles de respiración: tomando demasiado oxígeno y liberado demasiado dióxido de carbono, como consecuencias se puede presentar vértigo, desmayos, dolor de cabeza y trastornos visuales.

## 8.2. La autoestima según la terapia cognitiva conductual:

Riso (2010), sostiene que las investigaciones realizadas teniendo como base la terapia cognitiva han demostrado que la visión negativa que se tiene de sí mismo es un factor determinante para que se lleguen a desarrollar trastornos psicológicos, tales como: somatizaciones, fobias, depresión, estrés, ansiedad, inseguridad, problemas de pareja, bajo rendimiento académico y laboral, abuso de sustancias, problemas de imagen corporal, poca inteligencia emocional, etc. Por lo que se da como conclusión que si la autoestima no se encuentra fortalecida, llega a repercutir en todas las áreas fundamentales del ser humano.

Por otra parte señala que la autoestima está conformada por cuatro pilares fundamentales y señalando que es necesario restaurar estos pilares para el funcionamiento de la terapia cognitivo-conductual, los considera de la siguiente manera:

### ➤ Autoconcepto:

Se refiere a lo que la persona piensa de sí misma, al concepto que tiene de su persona en general. El autoconcepto se ve reflejado en las cosas que la persona se dice a sí misma, las exigencias que tiene y de qué manera las hace.

### ➤ Autoimagen:

La define como la idea que la persona tiene de su cuerpo y la evaluación que realiza sobre esto, en este proceso tiene mucha la influencia las personas con las cuales se establecen relaciones.

### ➤ Autorreforzamiento:

Lo define como la acción de reforzarse y premiarse a sí mismo, esto conlleva acciones tales como dedicarse tiempo, expresarse afecto, autoelogiarse, darse gusto y autorrecompensarse.

➤ Autoeficacia:

Denominó autoeficacia a la confianza y convicción de alcanzar los resultados esperados. Una alta autoeficacia contribuye a que la persona mantenga metas sólidas, afrontar los problemas de una manera adecuada, a luchar por lo que cree de una manera segura y persistente. Es la visión afectiva que se tiene de sí mismo.

## **9. OBJETIVOS DE LA PRÁCTICA**

- Objetivo general de la práctica de servicio.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la intervención cognitivo-conductual en un caso de ciberbullying en una adolescente de 15 años con probable trastorno de ansiedad generalizada como consecuencia del acoso escolar (cyberbullying).

- Objetivos específicos de la práctica de servicio

-Se realizará evaluación psicológica, intervención psicológica, se presentarán resultados de la intervención y descripción de su efectividad.

- Brindar las herramientas necesarias para poder desarrollar habilidades sociales, autoestima y capacidad de resolución de problemas.

## **10. INFORME DE LA PRÁCTICA DE SERVICIO**

### 10.1 Estudio de Caso

### 10.2. Descripción del escenario

El caso es proporcionado para la práctica, por el área de psicología y trabajo social, dicho caso fue referido por la institución educativa a la que asistía la menor víctima de acoso escolar (cyberbullying), los padres piden la atención psicológica para su hija, se pide la autorización de los padres para poder realizar la práctica, así como el consentimiento de la menor, la práctica se llevará a cabo en el consultorio

de DIF, cuenta con la privacidad adecuada, la iluminación es buena, las facilidades para la atención es flexible.

### 10.3. Nombre del caso:

Intervención cognitivo-conductual con una adolescente que vivió cyberbullying.

### 10.4. Identificación del paciente.

“Luna” como le gusta que le digan, tiene 15 años de edad , actualmente cursa el 1er. Semestre de preparatoria, de religión católica, radica en la comunidad de Guadalupe Tlachco, perteneciente al mpio. De Santa Cruz Tlaxcala, del Edo. de Tlaxcala.

Su familia se conforma de cuatro integrantes, es la mayor de dos hermanas, su papá tiene 32 años, se dedica a la albañilería, terminó la secundaria; su mamá tiene 32 años de edad, teminó la secundaria, trabaja en casa (maquila); tiene una hermana de 9 años, actualmente cursa 4to de primaria.

### 10.5 Análisis del motivo de consulta

Los padres de “Luna” acuden a solicitar apoyo psicologico para su hija debido a que envio fotografías intimas, sus compañeros, y conocidos se han enterado, no saben que hacer. Por medio de la entrevista “Luna” refiere necesitar apoyo para poder mejorar las relaciones interpersonales en la escuela, pues es cuando siente que se detonan más sus pensamientos catastróficos, los síntomas fisiológicos se hacen presentes e interfieren más en su conduta.

### 10.6 Historia del problema

El problema inició el 12 junio de 2018, cuando la joven cursaba el 3er. Grado de secundaria, su compañero de escuela de quien se hace novia más tarde, le pide fotografías de su cuerpo desnuda, diciendo que no las mostrará a nadie, ella accede pues deposita toda su confianza en él y por ende, envía fotografías solicitadas.

Más tarde “Luna” se da cuenta de que sus fotografías se volvieron virales en Facebook, por lo cual, ya no quiere ir a la escuela, siente que sus compañeros hablan mal de ella o que le hablan para que no se sienta mal. El chico (Beni) al

que le envió las fotografías las compartió con un compañero, con el cual “Luna” sentía mucho coraje, con ganas de pegarle, reclamarle “¿por qué lo hizo?” y respuestas agresivas (patadas o bofetadas). En las redes sociales recibió comentarios provocativos e insultos, por parte de compañeros y desconocidos sobre tener relaciones sexuales o le pedían que subiera más fotografías.

#### 10.7 Análisis y descripción de las conductas problema

Por medio de la entrevista, la usuaria refiere que a partir de que su ex novio subió las fotografías a las redes sociales, se vio afectada en las siguientes áreas:

##### a) Personales:

**A nivel cognitivo** “Luna” tenía pensamientos catastróficos y negativos sobre su comportamiento, cuando llega a su escuela pensaba “¿qué van a pensar de mí mis compañeros si se enteran? ¿Qué voy a hacer?”; su ex novio entró a la misma escuela, por lo que pensaba que le va a decir a los demás, que subiría nuevamente las fotografías o que sus compañeras ya saben y hablan mal de ella, también pensaba que sus papás ya no la querían y no le tenían confianza, llegó a pensar en quitarse la vida, sentía mucha vergüenza, piensa que estuvo mal que pasara eso, quiere olvidarlo, es una situación que la ha dejado marcada y considera no es fácil.

**A nivel motor o conductual**, se ponía a llorar, en la escuela se aislaba, no entrega sus tareas, aunque algunas veces las olvida, otras veces no entiende los temas pero prefiere quedarse en silencio y no resolver sus dudas; cuando ve a su ex novio “Beni” o lo tiene cerca, se paralizaba, prefería quedarse callada.

**Sus respuestas fisiológicas** se detonaron, le sudaban mucho las manos, no podía dormir, se pone nerviosa cuando habla en público, piensa que no sabe o que si pregunta algo se van a burlar de ella, siente que su corazón late muy fuerte, siente un nudo en el pecho, en otras ocasiones siente que come mucho.

##### b) Familiar:

La mamá refiere que antes no era así, fue a partir de los hechos que ella se muestra irritable, cuando su mamá le decía que ya era hora de ir a la escuela, le

respondía que no quería ir, y le empezaba a sudar mucho el cuerpo; cuando se enteraron en la casa de “Luna”, sus abuelos la regañaron, su papá le pegó mucho, inclusive su abuelo le decía “pégale”, “pégale” y “échale una cubeta de agua fría para que se le quite lo loca”, la madre reconoce que no estuvo bien que la tratarán así pero no sabía qué hacer, ella quiere que su hija sea la misma de antes.

Cuando sus padres le preguntaron ¿por qué lo hizo?, contestaba que ella sentía que no la querían, que muestran preferencia por su hermana menor, su mamá casi no platica con ella.

En casa, cuando su mamá le pedía el teléfono, ella se molesta mucho, se enojaba, le deja de hablar a todos, sentía desánimo por hacer las cosas, prefería quedarse dormida; su papá ya no la abraza como antes, han perdido comunicación; su mamá le dice groserías y le reprocha lo que hizo.

#### c) Escolar/social

En la anterior escuela, sus compañeros le hacían comentarios desagradables, se burlaban de ella en las redes sociales.

A partir de estos hechos en la escuela, ella se volvió más callada, no salía a la hora del receso, sentía que sus compañeras hablaban mal de ella o que si la invitan a salir era para no hacerla sentir mal, consideraba no tener amigos (as).

Cuando los maestros le preguntan en clase, se ponía nerviosa, sentía que todos la veían y no sabe que responder.

#### 10.8 Analisis Secuencial Integrativo

En el presente apartado permite observar las conductas problema de “Luna” de acuerdo a Rodríguez (2013), antes de la intervención terapéutica, es decir en la evaluación conductual ya que pone de manifiesto la identificación y mediciones de unidades significativas de conducta, las variables ambientales y organísmicas que la controlan.



Tabla 1. Análisis Secuencial Integrativo de "Luna" (Férrandez y Carboles)

<u>Externos</u>	<u>Biológico/fisiológico</u>	<u>Cognitivas</u>	<u>Eventos que la incrementan</u>	<u>Inmediatas</u>
<p><u>Dónde:</u> en la escuela, en el salón de clases</p> <p><u>Cuándo:</u> en el horario de 7:00 am a 14:00 que es cuando asiste a la escuela, cuando ve a Beni y a otros compañeros que conoce de su anterior escuela.</p> <p><u>Con quién:</u> con sus compañeros de clases,</p> <p><u>Internos cognitivos</u></p> <p>-Lo hace porque piensa que sus papás no la quieren.</p> <p>-Deposita toda la confianza en su novio.</p> <p>-Una amiga le dice que ella también le va a enviar a su novio, no lo hace se siente traicionada.</p> <p><u>Acontecimientos históricos probablemente determinantes</u></p> <p>El día 18 de junio de 2018 ,cuando cursaba el 3ro de secundaria, envía fotografías de su cuerpo desnudo de la parte superior de su cuerpo a su novio, que es su compañero de escuela.</p> <p>-El la sube a las redes sociales.</p> <p>- Su mamá le dice de groserías, la regaña por lo que hizo.</p> <p>-Su padre ya no le muestra confianza</p> <p>-Entre su mamá, su papá y sus abuelos la golpean el día que se enteran de los hechos.</p> <p>-Sus compañeros le hacen comentarios desagradables después de publicar sus fotografías.</p> <p>-Desconocidos le hacen propuestas para tener relaciones sexuales o que envíe más fotografías de su cuerpo.</p>	<p>-La mamá refiere que la usuaria nació de acuerdo al tiempo estimado de gestación, no ha presentado enfermedades crónicas, considera es una persona sana.</p> <p><u>Habilidades presencia</u></p> <p>Le gusta escuchar a los demás.</p> <p><u>Habilidades carencias</u></p> <p>-Cuando tiene dudas se queda callada, no pregunta en clase.</p> <p>-Discusiones con su mamá por el usos del celular.</p> <p>-No entrega tareas porque no le entiende.</p> <p>-No le gusta salir en bailables o participar en actividades extracurriculares.</p> <p><u>Prácticas individuales, sociales y culturales</u></p> <p>-De religión católica, le gusta asistir a fiestas.</p> <p><u>Valores</u></p> <p>Solidaridad Amistad</p>	<p>-Ya no quiere seguir estudiando.</p> <p>-A pensado en quitarse la vida.</p> <p>- Se siente traicionada, siente mucha vergüenza.</p> <p>-Piensa que sus compañeros hablan mal de ella.</p> <p>-Que se juntan con ella para no hacerla sentir mal.</p> <p>-Piensa que sus padres ya no la quieren.</p> <p>-Su papá ya no le tiene confianza.</p> <p>-Quiere olvidar lo que paso, pues la ha dejado marcada.</p> <p>-Siente mucho odio cuando ve a la persona que subió la fotografía.</p> <p><u>Fisiológicas</u></p> <p>-Le sudan mucho las manos.</p> <p>-Se pone nerviosa cuando habla en público.</p> <p>-Siente un nudo en el pecho.</p> <p>-No puede dormir.</p> <p>-Su corazón late muy fuerte.</p> <p>-Se pone a llorar.</p> <p><u>Conductuales y/o motoras</u></p> <p>- Se pone muy irritable en la escuela con sus compañeros (les lanza patadas o golpes).</p> <p>-Se pone muy irritable cuando sus papás le quieren revisar el celular o le llama la atención.</p> <p>-En ocasiones come en gran cantidad.</p> <p>-No realiza la tarea de la escuela.</p> <p>-Se aísla de sus compañeros, prefiere quedarse en el salón de clases.</p>	<p>-Ver a otros compañeros que se enteraron de lo que paso en su anterior escuela.</p> <p>-Ver que entre los compañeros hablen (se imaginan hablan mal de ella).</p> <p>-En casa que su mamá le reproche constantemente lo que paso.</p> <p><u>Eventos que decrementan la conducta (del entorno, de otros o del mismo)</u></p> <p>-“Pensar que alguien le dijera algo, recurriría a Beni”, para que les dijera que no es cierto.</p> <p>-Pensar que su ex novio, le pidió disculpa por lo que paso.</p> <p>-Su exnovio y ella se hablan en el salón, no se ofenden.</p>	<p>A corto plazo</p> <p>-Peleas constantes con sus padres</p> <p>-Peleas con sus compañeros</p> <p>-ideas suicidas</p> <p>-No hacer sus tarea o trabajos escolares</p> <p>-Uso prolongado del celular</p> <p>-Invitaciones de extraños en redes sociales para tener relaciones sexuales</p> <p><u>A mediano y largo plazo</u></p> <p>-Dejar de ir a la escuela.</p> <p>-Peleas mas constantes.</p> <p>-Empeorar la comunicacoiión y convivencia familiar.</p> <p>-intentos de quitarse la vida.</p> <p>-Que acepte la invitación en redes sociales de extraños a salir o tener relaciones sexuales.</p>

La tabla 1. Muestra las respuestas de "Luna" a nivel cognitivas, fisiológico y motor, los antecedentes, organismo, las contingencias y consecuencias, que fueron obtenidas durante la entrevista

## 10.9 Análisis Funcional

De acuerdo al Análisis Secuencial Integrativo, se aprecian los factores implicados en el funcionamiento de las conductas problema, el orden se presenta: 1.cognitivo, 2.fisiológico 3. Motor, pensar que los demás se van a enterar de lo que paso” “pensar en que nuevamente van a compartir las fotografías” “No querer ir a la escuela”, “ideas suicidas” y la “irritabilidad” que presenta en la escuela y en casa con sus padres.

En un principio en la escuela cuando veía a su compañero que subió las fotografías se detona la irritabilidad, lanzando patadas y golpes, Sentía mucho odio; cuando sus compañeras la invitan a salir en recreo interviene el nivel cognitivo

pensaba “que hablan mal de ella”, “que lo hacen para no hacerla sentir mal”, y mejor ya no quiere ir a la escuela “se siente traicionada por su amiga”, siente vergüenza; dando como respuesta de escape quedarse en el salón de clases y mantenerse aislada, en el salón de clases cuando ve a “Beni” o le preguntan, le sudaban mucho las manos, se pone nerviosa cuando habla en público, su corazón latía muy fuerte, si tiene dudas no las pregunta piensa se van a reír de ella, en casa no siempre hace la tarea, debido a que no le entiende.

En casa: cuando su mamá la regaña y le dice de groserías (eres una tonta) o le reprocha los hechos, nuevamente interfieren sus pensamientos catastróficos “sentía que no la quieren”, “que ya no le tienen confianza” “ya no quería vivir”, mejor se encerraba en su cuarto se ponía a llorar, no hablaba con ellos, se quedaba dormida, por las noches tenía insomnio, por otra parte refirió que las peleas con su mamá en su mayoría son por el uso del celular, su mamá piensa que lo utiliza mucho tiempo, que se distrae con él, sentía desanimo.

#### 10.10 Formulación Clínica

##### Hipótesis explicativa

A partir de que “Luna” envía las fotografías a “Beni”, al enterarse que sus compañeros vieron las imágenes, sus pensamientos catastróficos se detonaron, como: “los demás se van a enterar de lo que paso” “sus compañeros van a compartir las fotografías nuevamente” “están hablando mal de mí, mis compañeros”, estas preocupaciones hicieron que aumentara el distanciamiento con ellos, cuando sus compañeras le decían que salgan a la hora del recreo ella pensaba “lo hacen para no hacerme sentir mal” como medida de escape y afrontamientos, les dice que no, se queda en el salón y permanece aislada; cuando ve al compañero que subió las fotografías siente odio, aumentan sus respuestas de ansiedad y depresión, le sudan las manos, siente temblor en el cuerpo, como medida de escape se queda callada, se va del lugar.

Por otra parte en casa cuando su mamá la regaña le dice de groserías o le reprocha los hechos, se detonan sus pensamientos catastróficos pensando en que “ya no la quieren”; “que no le tienen confianza” piensa en “quitarse la vida” como consecuencia ha tenido peleas con sus padres y poca comunicación.

#### 10.11 Establecimiento de las metas del tratamiento

Por medio de la entrevista “Luna” refiere que le gustaría obtener al asistir a la terapia las siguientes metas:

- Al concluir el tratamiento tomar mejores decisiones y olvidar lo que pasó.
- Modificar su conducta para ampliar sus habilidades sociales, hablar más con sus compañeros y resolver los problemas que se le presenten en la escuela
- Aumentar su participación en clases (Preguntar sin que le dé vergüenza, entregar sus tareas).
- Acrecentar su autoestima (valorarse, aceptarse como es)

#### 10.12 Objetivos terapéuticos

##### Objetivo General

Promover la reestructuración cognitiva para disminuir sus niveles de ansiedad y depresión.

##### Objetivos específicos

- Promover la reflexión en la menor para que identifique los pensamientos irracionales
- Focalizar sus fortalezas para el fortalecimiento de herramientas cognitivas de afrontamiento en el entorno escolar y solución de problemas
- Fortalecer su autoestima mediante la identificación de sus recursos emocionales y cognitivos

-Brindar orientación sobre la gravedad del acoso escolar y su implicación en la violación a sus derechos humanos.

### 10.13 Selección del tratamiento más adecuado

De acuerdo a la particularidad del caso y del análisis funcional realizado, las técnicas terapéuticas que se emplearon fueron las siguientes:

-Reestructuración cognitiva.- Utilizando el modelo del A-B-C, Se entrenó a “Luna” para que “Identificará los pensamientos y sentimientos desadaptativos para transformarlos en adaptativos, y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros” (Ellis, 1979<sup>a</sup>, retomado por Bados y García (2010).

Las letras se refieren a lo siguiente:

A Se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida real (ser criticado por una persona muy querida).

B. Se refiere a las cogniciones apropiadas o inapropiadas del cliente acerca de A. estas cogniciones pueden ser consientes o no. Se hace referencia a percepción, atención, memoria (retención, recuperación), razonamiento e interpretación, productos cognitivos, supuestos y creencias nucleares.

C. Se refiere a las consecuencias emocionales, conductuales y físicas de B. Por ejemplo sentirse triste y abatido al tomarse como un rechazo personal la no aceptación de una propuesta de cita. Las Emociones, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones. (Ellis, 1979<sup>a</sup>, como se citó en Bados y García (2010).

Se le pidió que realizará una lista de pensamientos catastróficos en el entorno escolar, por ejemplo “pensar que se juntan con ella para no hacerla sentir mal” por “Mis compañeros me aprecian y aceptan como soy” y que identifique como reacciona su cuerpo con pensamientos positivos.

-Técnica de relajación basada en la respiración diafragmática, De acuerdo a Deffenbacher (1998), la importancia en estas habilidad es el control en la activación emocional y fisiológica elevada, por lo que en “Luna” se disminuyeron los niveles de ansiedad, dadas las intensas respuestas fisiológicas, cuando se encuentra en el salón de clases, cuando a “Beni” o algún compañero/as que le recuerda la situación, de manera general en la escuela.

Por otra parte Payné (2002) menciona que la práctica de esta técnica disminuye la ventilación. “La ventilación en una persona que padece estrés puede aumentar tanto que puede llegar a alterar sus sistemas corporales, a este nivel se le llama hiperventilación, es decir se aumentan los niveles de respiración: tomando demasiado oxígeno y liberado demasiado dióxido de carbono, como consecuencias se puede presentar vértigo, desmayos, dolor de cabeza y trastornos visuales. Se le mencionó el papel que juega la hiperventilación en la aparición de los síntomas de la ansiedad, pero que se pueden disminuir con la práctica constante; lo realizó en casa en las mañanas y por las tardes en un lugar cómodo de la casa, consistió en inhalar llevando el aire al estómago, retenerlo de 3 a 4 segundo y expulsar el aire por la nariz, entre más lenta sea la respiración se obtienen mejores resultados.

-Solución de problemas. Nezu y Nezu (1998) definen a la solución de problemas como el proceso de encontrar una solución eficaz a la situación problema, la puesta en práctica de la solución, por otra parte supone la ejecución en la realidad de la solución escogida. Así, esta ejecución de la respuesta de afrontamiento constituye el resultado del proceso de solución de problemas.

Por lo que se desarrolló en “Luna” habilidades de afrontamiento y solución de problemas fomentando la sensación de control, identificó medios efectivos de enfrentarse con los problemas que se encuentran en la vida diaria, lo cual influye tanto en la generación de soluciones como la toma de decisiones.

-Modelado.- Kazdin (1993), refiere que en esta terapia se produce el aprendizaje personal por medio de la observación, es decir el usuario observa a alguien que realiza la conducta que va a modificar, a través de la observación el paciente puede adquirir respuestas deseadas sin necesidad de realizarlas el mismo.

Por otra parte menciona, que el modelado consiste en la observación de la conducta de un modelo, ya sea filmado o in vivo.

Por medio de la observación, escuchar o leer, “Luna” adquirió nuevos comportamientos antes situaciones problemáticas, disminuyendo sus miedos, esta técnica se empleara en diferentes momentos, en conjuntos con las otras técnicas, por medio de videos, audios.

-Autoinstrucciones.- En esta técnica se enseña a la persona a hacerse a sí misma ciertas verbalizaciones que le ayudarán a cambiar su conducta (Meichenbaum 1975). Se centra menos en el sistema de creencias e ideas irracionales del sujeto, y más en la capacidad de dirigir la propia conducta mediante las autoverbalizaciones, el entrenamiento consiste en verbalizar primero la instrucción en voz alta y más tarde de forma interiorizada (Kazdin 1983).

Se le instruyó a “Luna” que ante los pensamientos catastróficos o situaciones que activan los niveles de ansiedad, que piense en cosas positivas como por ejemplo “No pasa nada”, “yo puedo”, haciendo mención que así como interiorizamos pensamientos negativos que han intervenido para no ser funcionales “No sirvo para nada” o “todos se van a enterar” podemos modificar nuestros pensamientos por medio de autoinstrucciones para que sean funcionales, podemos re-aprenderlos, primero se crearán oraciones positivas para que las diga en voz alta, después en la mente y por último que las interiorice.

-Inoculación de estrés.- De acuerdo a Deffenbacher (1998), en entrenamiento en inoculación de estrés conlleva a un modelo amplio para la comprensión y el tratamiento de los problemas. Enfatiza las complejas relaciones interdependientes entre los factores afectivos, fisiológicos, conductuales, cognitivos y socio/ambientales, en donde los subsistemas de la persona y el ambiente se ven como un elemento mutuamente interactivos, que se desarrollan de un modo transaccional.

Mediante la imaginación “Luna” fue expuesta a situaciones estresantes, en el ámbito escolar in vivo, cada vez más intensas, se le pidió analizará cómo se

relacionan las respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas, con el objetivo de que aprenda a identificarlas y posteriormente a controlarlas.

- Autoregistro.-Herbert y Gray, (1997). Radican la importancia del autoregistro ya que es útil para la evaluación así como para fines terapéuticos, en lo que se refiere a la evaluación puede emplearse para obtener datos en dos fases, la primera determina las conductas y sus variables dominantes, se instruye a la paciente para que realice un diario de conductas, anotándolos sucesos problemáticos y las circunstancias que lo rodean. A partir de esta información se pueden establecer patrones consistentes que conduzcan a la selección de conductas y posibles técnicas de afrontamiento; en la fase siguiente de proceso terapéutico, se emplea en la línea base e intervención para registrar la frecuencia de las conductas seleccionadas para evaluar el éxito o fracaso del tratamiento.

Menciona que además genera una función terapéutica, es decir la persona al ir registrando la frecuencia de los indicadores, genera un cambio en la frecuencia de la misma.

Por lo que fue una tarea que siguió durante la intervención psicológica, “Luna” realizó todos los días, de acuerdo al formato creado para sus respuestas cognitivas, conductuales y fisiológicas.

#### 10.14 Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos antes del tratamiento

La evaluación se realizó en tres sesiones por medio de la entrevista a los padres y a la paciente, pruebas estandarizadas de evaluación y autorregistros que a continuación se describen:

##### 1) La entrevista semi-estructurada se realizó en tres sesiones

De acuerdo a Acebedo y López (2009) la entrevista semi-estructurada se define como “intercambio verbal que nos ayuda a reunir datos durante un encuentro de carácter privado y cordial, donde una persona se dirige a otra, cuenta su historia de su versión de los hechos y responde a preguntas relacionadas con un problema específicos”, fue imprescindible para iniciar la evaluación.

- En la primera sesión se llevó a cabo la entrevista, mencionando que la directora de la telesecundaria los había referido al SMDIF para buscar atención psicológica dado que su hija había enviado un sexting a su novio, refiriendo que cuando ellos llegaron a casa le pegaron, le dijeron palabras altisonantes, le quitaron el celular, le negaron todos los permisos, la mamá refiere que trabaja y de los cuidados de sus hijas se encarga su abuela, "Luna" les refirió que lo hizo por que piensa que no la quieren; menciona la madre que todos los días le revisa el celular para ver si no le han escrito, ya que recibió mensajes de hombres desconocidos para invitar a salir a la joven, les preocupa lo que hizo su hija, refieren que su hija se ha vuelto muy irritable, ha bajado las calificaciones en la escuela, les ha mencionado ya no quiere ir, La mamá refiere no piensa en denunciar porque se enterarían todos y los padres de "Beni" y él le pidieron disculpas. El padre a lo largo de la entrevista se mantiene callado, la que narra lo sucedido es la madre.

- En la segunda sesión y parte inicial de la tercera sesión, se llevó a cabo la entrevista con la menor; se identificó el motivo de consulta, las variables, quejas y demandas de la usuaria, se establecieron las metas. Por otra parte en la tercera sesión se aplicaron las pruebas psicométricas.

1) Pruebas psicométricas: se aplicaron en la parte intermedia de la tercera sesión, se le fue leyendo cada uno de los ítems de los diferentes inventarios, con el objetivo de esclarecer dudas.

- Cuestionario de depresión infantil y adolescente CDI (Versión adaptada de Del Barrio V, Carrasco MA, 2004), este cuestionario está dirigido a la población infantil y adolescente de edades entre 7 y 17 años, este cuestionario se aplicó para detectar la presencia de síntomas relevantes depresivos, consta de 27 preguntas, con tres opciones de respuesta que describa como se sintieron en los últimos 15 días. El resultado de la prueba permite obtener datos acerca del nivel de la depresión total y de dos escalas adicionales: Disforia y Autoestima negativa (Kovacs, 1992 citado en: Mengana, 2013).



La puntuación obtenida en esta parte de la evaluación fue de 21 puntos, se interpretándose como síntomas depresivos claros, se obtienen respuestas en el ítem 6 Me preocupa que me ocurran cosas malas; ítem 9 “pienso en matarme pero no lo haría; ítem 10 “tengo ganas de llorar de vez en cuando”; ítem 11 las cosas me preocupan muchas veces; ítem 12 “muy a menudo no me gusta estar con el gente; ítem 20 me siento sola siempre; ítem 21 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando; ítem 22 “No tengo amigos” ítem 25 “No estoy seguro de que alguien me quiera” ítem 27 “Me peleo muchas veces”.

- Inventario de depresión de BECK (BDI-II), de acuerdo al consejo Consejo General de colegios oficiales de Psicólogos (n.d.), es un autoinforme de lápiz y papel, compuesto por 21 ítems de tipo Likert, fue propuesto inicialmente por Beck, se han creado diferentes versiones españolas, la última fue en el 2010 por Jesús Sanz y Carmelo Vázquez en coordinación con el Departamento de I+D DE Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frederike Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.

- El usuario tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana, la puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de cero a tres; el rango de puntuación obtenida es de 0-63 puntos, se puede aplicar a adultos o a partir de los 13 años de edad.

Al calificar el inventario es esta etapa de evaluación se obtiene una puntuación de 30 puntos, indicando depresión grave, se obtienen respuestas en el ítem 1 “Me siento triste”; en el ítem 2 “Me siento descorazonada por mi futuro”; en el ítem 3 “siento que he fracasado más que las personas en general”; en el ítem 4 “Estoy insatisfecha o aburrida con todo”; ítem 6 “siento que he sido castigada” ítem 9 “tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo” e ítem 11 “Me enojo irrito más fácilmente que antes”.

- Escala de autoestima de Rosenberg (RSE), (Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000); De acuerdo a Corollo, Z., Campo A., & Herazo, E (2015). incluye 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de aceptación y respeto a uno mismo/a. La mitad de los enunciados están respondidos positivamente y la otra mitad negativa, la puntuación total oscila de 10 a 40; al aplicarla con la usuaria en esta fase se obtiene una puntuación de 14 puntos, que de acuerdo a la escala indica una autoestima normal, “Luna” responde en el ítem 3 “Creé tener algunas cualidades buenas; en el ítem 4 considera que es capaz de hacer las cosas tan bien como las demás personas; en el ítem 6 condiera tiene una actitud positiva hacia ella misma” en el ítem 7 En general se siente satisfecha con ella misma “ y en el ítem 8 “Le gustaría tener más respeto por ella misma”.

- Inventario de ansiedad de Beck (BAI). De acuerdo al Consejo General de colegios oficiales de Psicólogos (n.d.). El Autor fue Aaron T. Beck y Robert A. Steer; adaptación española: Jesús Sanz, Frederique Vallar, Elena de la Guia y Ana Hernández; adpatación española Pearsons Educación, S.A.

Es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos, el inventario consta de 21 ítems proporcionando un valor de 0 a 63 puntos.

Al aplicar el inventario se obtiene una puntuación de 23 puntos, que de acuerdo al BAI se interpreta como ansiedad moderada, refiere en el ítem 4 incapaz de relajarse; en el ítem 5 “Con temor a que ocurra lo peor”; en el ítem 8 “Inestable”; en el ítem 9 atemorizada o asustada; en el ítem 10 “Nerviosa” en el ítem 12 “Con temblores en las manos”; en el ítem 15 con sensación de ahogo; en el ítem 17 con miedo; en el ítem 20 con rubor facial y en el ítem 21 con sudores frios o calientes.

2) Autoregistros. Se explicó su uso al final de la cuarta sesión, después de realizar el análisis secuencial integrativo, se diseñó un formato con los indicadores más sobresalientes en las variables (cognitivo, fisiológicas y conductuales). Se le explicó que llevará un registro de las situaciones que

detonaban su problemas en la escuela, la frecuencia, la intencidad y duración, entre ellas quedaron las siguientes “pensar que los demás se van a enterar de lo que pasó”, “pensar que van a compartir las fotografías con sus compañeros”, “pensar que hablan mal de ella sus compañeros/as”; no habla cuando se encuentra cerca de él”; “pena a preguntar en clase”; “sudor en las manos”; temblor en el cuerpo”; “se sonroja, “Luna” se mostro con toda la disponibilidad para realizar el registro de los indicadores más sobresalientes como detonadores de su conducta.

### 3) Diagnóstico.

De acuerdo al manual DSM-5 la usuaria cumple con los criterios de probable trastorno de ansiedad generalizada, 300.02 y en la CIE-10 (Clasificación Internacional e las Enfermedades, de la organización Mundial de la salud, 2014) F41. La usuaria refiere ansiedad y preocupación excesiva anticipatoria, en casa, en la escuela, durante un mínimo de seis meses; presentando irritabilidad, dificultad para concentrarse, tensión muscular, problemas de sueño, se aísla, no quiere hablar, no quiere ir a la escuela, estos síntomas no se atribuyen al consumo de alguna sustancia (droga o medicamento) o alguna enfermedad,

Por otra parte de acuerdo a Martínez (2017) se detecta una fuerte asociación entre los diversos trastornos de ansiedad con la depresión mayor, por lo que de acuerdo a los inventarios se asocia a la ansiedad generalizada.

#### 10.15 Descripción del proceso terapéutico

A continuación se presenta una descripción detallada del proceso terapéutico después de la evaluación, sesión por sesión que incluye el estado de la usuaria, la forma en la que se aplicaron las técnicas, los recursos que se emplearon, las tareas que se dejan en casa, los problemas detectados durante las sesiones y los cambios observados















		<p>Pensamiento de afrontamiento elaborados por "Luna"</p> <p>Imagine que entra por el portón de la escuela y a partir de allí realice respiración lenta, para bajar niveles de ansiedad, posterior continúe con las autoinstrucciones:</p> <p>-“Luna”, tranquila, esta ansiedad es algo que puedo controlar”</p> <p>Ya en el salón Fase de confrontación</p> <p>Le pido cambie esos pensamientos en positivo</p> <p>-“Soy digna de tener amigas” -“No tengo la certeza de que hablen mal de mí” -“Todo está bien”</p> <p>Fase de resolución -“Lo hice, pudo ser peor” -Con el tiempo sé que cada vez estaré mejor” -He vencido el miedo.</p> <p>Por otra parte se le indica que cuando estos pensamientos automáticos aparezcan se diga así misma “Basta Luna”, tu puedes controlarte” (parada de pensamiento).</p>		
--	--	---	--	--

<b>No. De sesión: 7                      Fecha: 27-08-2019                      Duración:70 minutos</b> <b>Nombre de la paciente: “Luna”</b> <b>Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón</b>				
OBJETIVO	TÉCNICA	HECHOS DE LA SESIÓN	AVANCES	TAREAS
Afrontamiento de situaciones problemáticas actuales	Solución de problemas(Caballo, 1995)  autoregistro de pensamientos automáticos	Inicio pidiendo el autoregistro, los indicadores tienen una disminución de frecuencia a 3 veces de manera general, ¿le pregunto a que le atribuye este cambio? Contesta que estuvo realizando las autoinstrucciones, desde antes que entrar a la escuela se repetía “Todo va a estar bien”	Se le enseñó a “Luna” a identificar las situaciones problemáticas dentro del entorno escolar y cómo se	-Buscar la manera de hablar con la profesora y le expone su problema o inclusive le pide













		que información se puede compartir, pues una vez que se envía por cualquier dispositivo, corre el riesgo de que sea compartida, "Luna menciona que fue un error" que le sigue costando, pero no volverá hacerlo. Le pregunto que si hay algo más que quiera agregar, menciona que no, que ha sido difícil pero se sentirse mejor.	personas suben datos, información personal o fotografías, pueden llegar a muchas otras personas y pueden ser utilizadas con otros fines, por lo que es un factor de riesgo.	
--	--	---	---	--

<b>No. De sesión: 13</b> <b>Fecha: 01-10-2019</b> <b>Duración: 60 minutos</b> <b>Nombre de la paciente: "Luna"</b> <b>Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón</b>				
OBJETIVO	TÉCNICA	HECHOS DE LA SESIÓN	AVANCES	TAREAS
Que tenga información sobre sus derechos, para que sean vistos como factores de protección en su ambiente socio-escolar.	Psicoeducación/ Acoso escolar con un enfoque sobre los derechos humanos  -autoregistro de pensamientos automáticos  -Técnica de respiración diafragmática. - autoinstrucciones	Le doy la bienvenida a "Luna", revisamos el autoregistro y la frecuencia se mantuvo solo en 2 veces de frecuencia; por lo que le pregunto ¿A qué cree que se deban esos cambios? ella comenta que le han servido mucho las verbalizaciones, las respite constantemente, ¿Cómo cuáles? como por ejemplo "Tranquila "Luna" todo va a salir bien", cuando se siente incomoda se repite "Esta situación me molesta, pero puedo controlarla" y siente que se calma. Para continuar le comento que vamos a ver una presentación sobre los derechos de las niñas, niños y adolescentes, con el objetivo de proporcionar información sobre sus derechos, para que sean vistos como factores de protección en su ambiente socio-escolar, que no permita sean vulnerados, posteriormente le pregunto que le pareció la presentación, reconoce que hay que respetar los derechos de los demás, y que dentro de las modalidades se encuentra el cyberbullying que bien puede ser calificado como un delito. Le comento ¿Qué si ahora que sabe que es un delito desea proceder contra Beni? comenta " no, pues él le pidió disculpas cuando por primera vez se dieron los	"Luna" menciona que hay que respetar a los demás.  -reconoce sus derechos como adolescentes  -reconoce que hay que expresar acuerdos y desacuerdos en el grupo.  -Disminuye el coraje hacia "Beni"  -Controla más la situación hacia él en el salón de clases	Continuar con al autoregistro  -continuar con la respiración profunda  -continuar con las verbalizaciones





		<p>es como antes, me daba mucha pena, me sentía mal, me sudaban mucho las manos, ahora ya no me pasa eso; al preguntarle ¿La última vez que estuvo en el salón de clases la cantidad de pensamientos, recuerdos o imágenes desagradables acerca de lo ocurrido fue igual que al principio del tratamiento? A lo que responde “No, es menor, en ocasiones ya no me acuerdo de lo que paso, he podido trabajar en equipo y tengo compañeras con las que salgo al receso; por otra parte se le pregunta ¿La última vez que estuviste en el salón de clases, los síntomas de la ansiedad son iguales que antes del tratamiento (sudor en las manos, temblor en el cuerpo, sorojarse)? A lo que contesta que no, se redujeron considerablemente, el número de frecuencia es menor, no se me han quitado por completo pero me siento mejor; Por último se le pregunta ¿Lo qué a prácticado en las sesiones para que le ha servido? Menciona que para sentir mucho mejor, pues piensa diferente, se siente mejor con ella misma, descubrió partes de su cuerpo que le gustan y que antes no lo había pensado así.</p> <p>Le pregunto que si hay algo más que quiera comentar, me dice que gracias por el apoyo, ve las cosas de diferente manera, piensa que hay una solución para todo.</p> <p>Posteriormente le pido a los padres que pasen, le agradezco por la confianza y les recomiendo no hacer reproches, respetar el celular de “Luna”, establecer reglas con “Luna”, dejar que ella exprese sus opiniones, no hacer comparativos con su hermana menor.</p>	<p>en la misma aula de Beni.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicio a participar en clase.</li> <li>- mejoro su autoestima</li> </ul>	<p>-continuar con las verbalizaciones</p>
--	--	---	--	---



riesgo y adquiera factores de protección en su ambiente socio-escolar y comunitario		hacerca del noviazgo? ¿Cómo su exnovio (Beny) le demostraba que la quería? "Luna considera que no se había puesto a pensar que el pensar así diera parte la violencia.		-continuar con la respiración profunda -continuar con las verbalizaciones
---	--	--	--	--

No. De sesión: 17 Fecha: 22-01-2020 Duración: 60 minutos				
Nombre de la paciente: "Luna"				
Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón				
OBJETIVO	TÉCNICA	HECHOS DE LA SESIÓN	AVANCES	TAREAS
En esta fase de mantenimiento, el objetivo es continuar con la información a "Luna" sobre la violencia en el noviazgo" para que identifique factores de riesgo y adquiera factores de protección con sus nuevas parejas.	Psicoeducación: Violencia en el noviazgo	En esta sesión le pregunto a "Luna" cómo se ha sentido menciona que bien, se continua con el tema, se abordan acciones o situaciones en las relaciones del noviazgo que hacen daño y lastiman emocionalmente entre ellas: los celos; el control, el aislamiento, el acoso, la descalificación, la humillación, las amenazas, la presión y negligencia emocional. A partir de aquí se le hacen cuestionamientos de alternativas para no permitir estas situaciones pues signos de violencia. Se le cuestiona ¿Cuál era el trato que recibía de "Beni"? ¿Cómo le demostraba que la quería? ¿Qué le decían sus padres?	"Luna" reconoce que paso por varias situaciones de celos, de acoso y descalificaciones, sin embargo no sabía que era violencia, lo había visto como algo normal, aunque entre sus padres no hay discusiones o golpes, sin embargo cuando sus papá peleaba con su mamá le dejaba de hablar.	Anotar en la libreta a que situaciones difícil se enfrento, que sentimientos se detonaron, ¿Cómo las enfrento? -continuar con la respiración profunda -continuar con las verbalizaciones

No. De sesión: 18 Fecha: 05-02-2019 Duración: 60 minutos				
Nombre de la paciente: "Luna"				
Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón				
OBJETIVO	TÉCNICA	HECHOS DE LA SESIÓN	AVANCES	TAREAS
Esta es la fase de	Psicoeducación: Sistema de	La mamá de "Luna" se le Pasa una presentación en	La señora comprende como	Se le deja realice una investigación

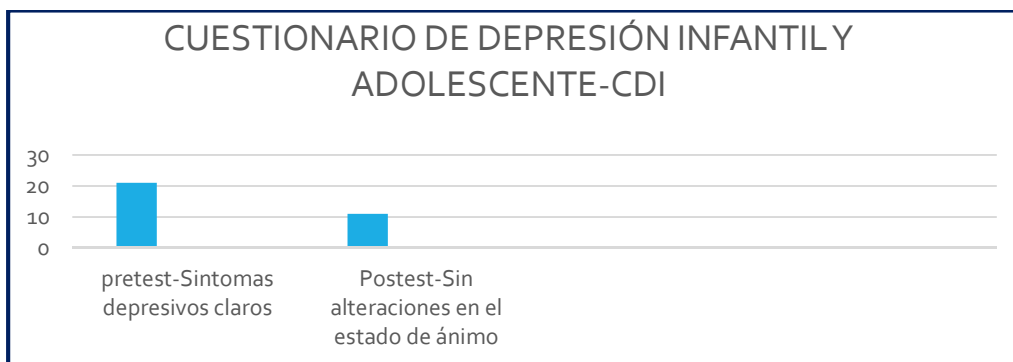
<p>mantenimiento, el objetivo es Integrar a la familia para prevenir recaídas en "Luna", como una red de apoyo a la estabilidad emocional de la usuaria.</p>	<p>creencias en la familia, enfocadas al noviazgo</p>	<p>power point, en donde se analizan las creencias de su localidad en torno a la relación de pareja. Ella reconoce que en su vida de pareja no puede salir sin sus hijas, no sale sino la lleva su esposo; cuando él se enoja le deja de hablar, ellos viven en la casa de sus suegros, y su suegro siempre le pregunta adónde va, o él la lleva, le dice que su hijo es el menor de la familia le va a heredar la casa, por lo tanto es su responsabilidad ver por ellos hasta que mueran",</p>	<p>las creencias y tradiciones, se trasmite a los hijos, como la violencia se va normalizando.</p>	<p>sobre la comunicación asertiva, la resiliencia familiar, que observa cuál es el diálogo que utiliza con "Luna" y con su menor hija, que alternativas podría encontrar para prevenir la violencia "Luna"</p>
--	---	--	--	--

## 10.16 Resultados

A continuación se presentan los resultados conseguidos, tomando como base el número de frecuencia, la intensidad y duración del autoregistro pretest y postest, así como las pruebas psicométricas, la valoración de la paciente y la observación en sesión por el terapeuta.

- 1) Al concluir el tratamiento se aplican nuevamente las pruebas psicométricas para establecer un comparativo pretest y postest encontrándose los siguientes resultados:

*Figura 1. Cuestionario de depresión infantil y adolescente CDI (Versión adaptada de Del Barrio V, Carrasco MA, 2004) (Pretest y Postest caso "Luna).*



*Figura 1. Muestra la comparación entre los puntajes obtenidos en el pretest y el postest de "Luna".*

De acuerdo a la figura 1, se observan los resultados del Cuestionario de depresión infantil y adolescente CDI (Versión adaptada de Del Barrio V, Carrasco MA, 2004). La puntuación obtenida antes de iniciar el proceso de intervención fue de 21 puntos interpretándose como síntomas depresivos claros, ítem 6 “Me preocupa que me ocurran cosas malas”; ítem 9 “pienso en matarme pero no lo haría; ítem 10 “tengo ganas de llorar de vez en cuando”; ítem 11 “Las cosas me preocupan muchas veces”; ítem 12 “Muy a menudo no me gusta estar con el gente; ítem 20 “Me siento sola siempre”; ítem 21 “Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando”; ítem 22 “No tengo amigos”; ítem 25 “No estoy seguro de que alguien me quiera”; Ítem 27 “Me peleo muchas veces”.

Al finalizar el tratamiento se obtiene una puntuación de 11 puntos, refiriendo en cambios en el ítem 6. “Me preoucpa que me ocurran cosas malas”; en el ítem 9 “No piensa en matarse”; en el ítem 10 “Tiene ganas de llorar de vez en cuando”; en el ítem 11 “Las cosas le preocupan muchas veces”; en el ítem 12 “Le gusta estar con la gente”; en el ítem 20 “Se siente sola muchas veces”; en el ítem 21 “Se divierte en el colegio muchas veces”; en el ítem 22 “Tiene algunos amigos, pero le gustaria tener más”; en el ítem 25 “Esta segura de que alguien la quiere, y en el ítem 27 “Se pelea muchas veces. Como puede observarse se redujeros considerablemente sus pensamientos catastróficos, pudo relacionarse más en la escuela, de acuero al CDI, el máximo para ser considerado con síntomas depresivos claros es de 12, en “Luna” no se cumple con la puntuación requerida de síntomas depresivos al final el tratamiento.

Figura 2. Inventario de depresión de Beck (BDI-II), (Versión adaptada de la Jesús Sanz y Carmelo Vázquez en coordinación con el Departamento de I+D DE Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frederike Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández. 2010)

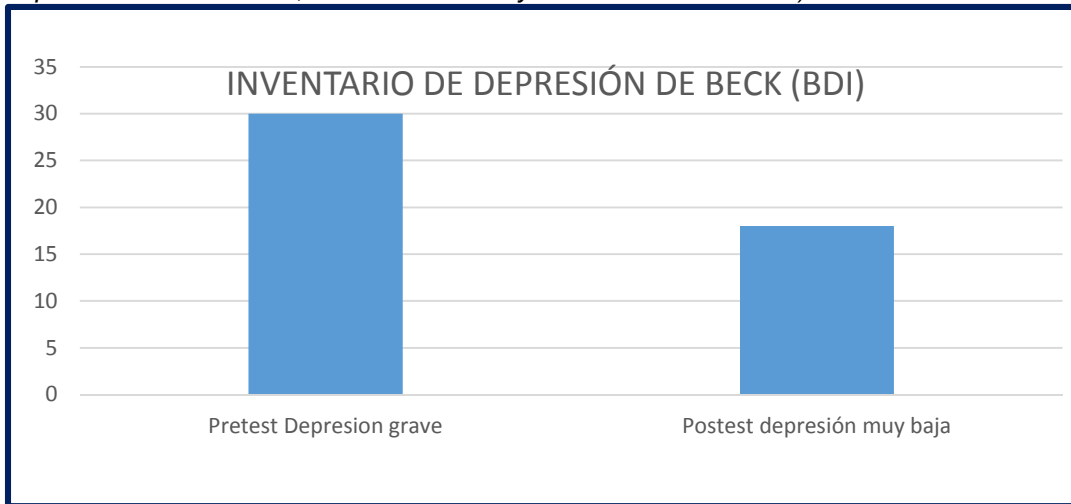


Figura 2. Muestra la comparación entre los puntajes objetidos en el pretest y el posttest de "Luna".

De acuerdo a la figura 2 se observan disminuidos considerablemente los síntomas depresivos ya que al calificar el inventario en la etapa de evaluación psicológica se obtiene una puntuación de 30 puntos, que de acuerdo al mismo, indican depresión moderada, se obtienen respuestas en el ítem 1 "Me siento triste"; en el ítem 2 "Me siento descorazonada por mi futuro"; el ítem 3 "siento que he fracasado más que las personas en general"; en el ítem 4 "Estoy insatisfecha o aburrida con todo"; ítem 6 "Siento que he sido castigada" ítem 9 "Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo" e ítem 11 "Me irrito más fácilmente que antes". al finalizar el tratamiento se obtiene un puntaje de 18 puntos, contestando en el ítem 1 "Ya no me siento triste"; en el ítem 2 "Me siento descorazonada por mi futuro"; en el ítem 3 "siento que he fracasado más que las personas en general"; en el ítem 4 "Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo; en el ítem 6 "Siento que he sido castigada"; en el ítem 9 "Yo no tengo pensamientos suicidas" en el ítem 11 ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo, que interpretándolo se considera depresión muy baja, se redujeron considerablemente los niveles de depresión.

Figura 3. Escala de autoestima de Rosenberg (RSE) (Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

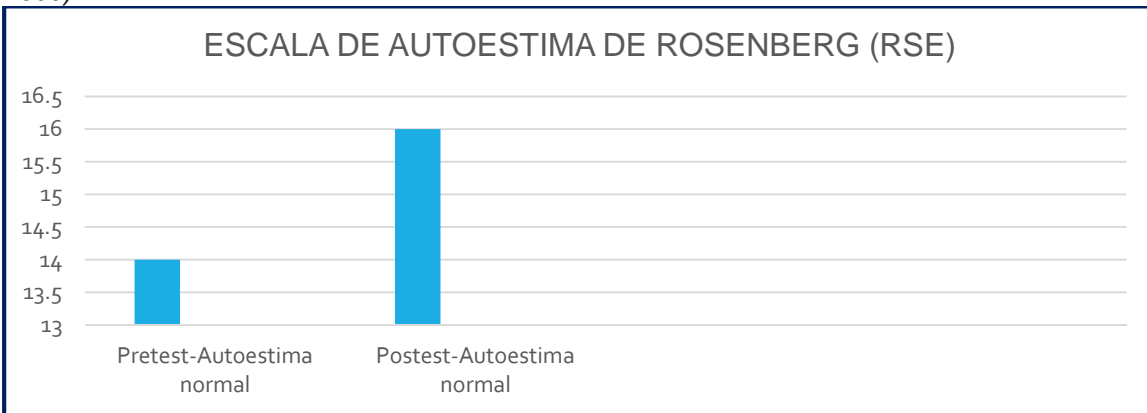


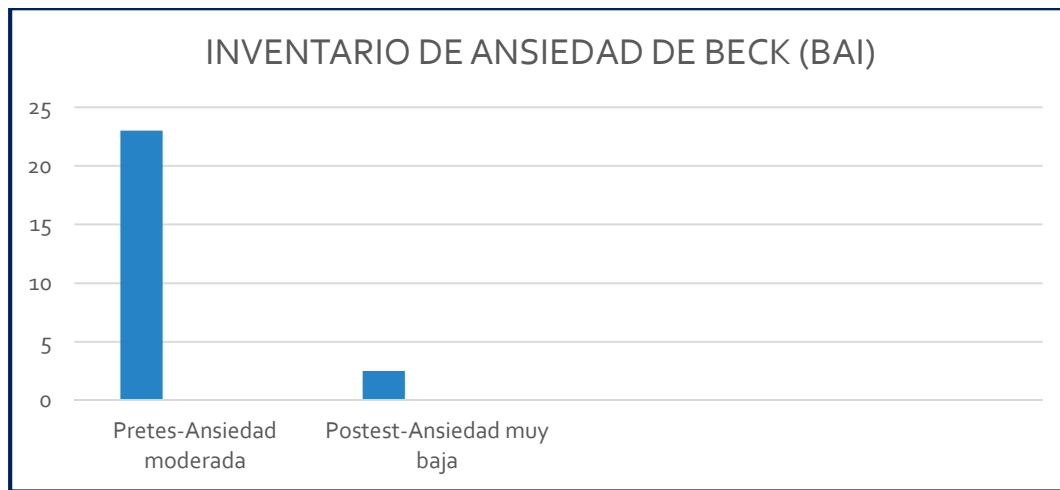
Figura 3. Muestra la comparación entre los puntajes obtenidos en el pretest y el posttest de "Luna".

- Como puede observarse en la figura 3, al aplicarla con la usuaria al inicio de la intervención se obtiene una puntuación de 14, al aplicarla con la usuaria en el pretest se obtiene una puntuación de 14 puntos, que de acuerdo a la escala indica una autoestima normal, "Luna" responde en el ítem 3 "Creé tener algunas cualidades buenas; en el ítem 4 considera que es capaz de hacer las cosas tan bien como las demás personas; en el ítem 6 considera tiene una actitud positiva hacia ella misma" en el ítem 7 "En general se siente satisfecha con ella misma " y en el ítem 8 "Le gustaría tener más respeto por ella misma".

Al término de la intervención se obtiene una puntuación de 16 puntos aumentando la puntuación al reconocer se siente una persona tan valiosa como las demás, se aprecia mejoró la valia personal



- *Figura 4.* Inventario de ansiedad de Beck (BAI). Autor: Aaron T. Beck y Robert A. Steer; adaptación española: Jesús Sanz, Frederique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández; adaptación española Pearson Educación, S.A. (2011)



- *Figura 4.* Muestra la comparación entre los puntajes obtenidos en el pretest y el posttest de “Luna”.

De acuerdo a la figura 4 se muestra el comparativo en el pretest y el posttest indicando la disminución de ansiedad moderada a ansiedad muy baja; al aplicar el inventario en la etapa inicial se obtiene una puntuación de 23 puntos, que de acuerdo al BAI se interpreta como ansiedad moderada, refiere en el ítem 4 “Incapaz de relajarse”; en el ítem 5 “Con temor a que ocurra lo peor”; en el ítem 8 “Inestable”; en el ítem 9 “Atemorizada o asustada”; en el ítem 10 “Nerviosa” en el ítem 12 “Con temblores en las manos”; en el ítem 15 con sensación de ahogo; en el ítem 17 “Con miedo”; en el ítem 20 “Con rubor facial” y en el ítem 21 “Con sudores fríos o calientes”. Al aplicar el instrumento al finalizar la intervención en el ítem 4 “Incapaz de relajarse”; en el ítem 9 atemorizada o asustada; en el ítem 10 “Nerviosa” en el ítem 12 “Sin temblor en las manos; en el ítem 15 “Sin sensación de ahogo” en el ítem 17 “Con miedo”; en el ítem 20 “Con rubor facial”; en el ítem 21 “Sin sudor frío o caliente”, como puede apreciarse hay un cambio significativo en la activación de sus respuestas fisiológicas, se obtiene una puntuación de 12 puntos, se interpreta como ansiedad muy baja.

2) Por otra parte se considera necesario en este apartado hacer énfasis en la percepción de usuaria, en la sesión 14 “Luna” refiere sentirse mucho mejor, han disminuido considerablemente los pensamientos automáticos o catastróficos; los síntomas de la ansiedad disminuyeron considerablemente, ha adquirido y lleva a cabo las herramientas de afrontamiento al estar todos los días en el salón de clases, ve a Beni como un compañero más, al principio cuando lo veía sentía mucho coraje y ganas de golpearlo; así como vergüenza, ha logrado tener compañeras con las que puede salir a receso, así como participar en el equipo de trabajo y dar sus opiniones.

En esta sesión le pregunto a “Luna” cómo se ha sentido menciona que mejor, se nota tranquila, menciona sigue asistiendo a la escuela, cuando ve a Beni ya no siente nada lo ve como un compañero más, sigue realizando las autoinstrucciones “Tranquila “Luna”, todo va a estar bien”, “No tengo la certeza de que hablen mal de mi”; “Hay situaciones que me molestan, pero sé que puedo controlarlas”; “Me quiero y me acepto como soy”, etc, sigue practicando la respiración profunda, eso le ayuda a controlarse y sentirse mejor; se le pide continúe con las técnicas que aprendió, se da cita nuevamente para 15 días.

### 3) Resultados de los autoregistros

Cuadro 5 pretest Usuaría: “Luna” Fecha de Inicio: 08-07-2019								
Indicadores		Lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	Domingo
1.Pienso que los demás se van a enterar de lo que paso	Frecuencia	5	4	5	4	4	3	4
2.Pienso que Beni, va a compartir las fotos con los compañeros	Frecuencia	4	5	5	4	4	4	4
3.Pienso que mis	Frecuencia	4	4	5	5	4	3	3

compañeras hablan mal de mi								
4.No habla cuando está cerca de él	Frecuencia	3	4	3	3	4	0	0
5.Pena a preguntar en clase	Frecuencia	4	4	4	4	4	0	0
6.Sudor en las manos	Frecuencia	3	3	3	3	3	0	0
	Intensidad	10	9	9	8	9	0	0
	Duración	20	15	17	10	10	0	0
7. Temblor en el cuerpo	Frecuencia	4	3	3	3	3	0	0
	Intensidad	9	7	8	8	8	0	0
	Duración	7	8	8	7	8	0	0
8.Se ruboriza	Frecuencia	4	4	5	5	4	0	0
	Intensidad	9	9	8	8	9	0	0
	Duración	12	15	15	17	10	0	0

**Cuadro 6 Postest**  
**Usaria: "Luna"**  
**Fecha de término: 07-10-2019**

Indicadores		Lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	Domingo
1.Pienso que los demás se van a enterar de lo que paso	Frecuencia	2	0	2	1	0	0	1
2.Pienso que Beni, va a compartir las fotos con sus compañeros	Frecuencia	0	0	1	0	0	0	0
3.Pienso que mis compañeras hablan mal de mi	Frecuencia	2	1	2	2	2	0	0
4.No habla cuando está cerca de Beni	Frecuencia	2	1	2	2	2	0	0
5.Pena a preguntar en clase	Frecuencia	2	2	2	0	0	0	0
6.Sudor en las manos	Frecuencia	2	1	2	2	2	0	0
	Intensidad	3	2	3	3	3	0	0

	Duración	5	3	5	2	3	0	0
<b>7. Temblor en el cuerpo</b>	Frecuencia	2	1	2	2	2	0	0
	Intensidad	3	2	2	3	3	0	0
	Duración	5	5	4	3	3	0	0
<b>8. Se sonroja</b>	Frecuencia	2	2	3	2	2	0	0
	Intensidad	3	3	3	3	2	0	0
	Duración	5	7	10	5	5	0	0

En lo que se refiere al ítems 1. “Pienso en que los demás se van a enterar en lo que paso” en el pretest, tiene una frecuencia de 4 a 5 veces de registro por día a la semana; en el postest se observa una frecuencia de 2 veces por semana en dos días; 1 vez de registro al día en dos días y un registro de 0 veces en 3 días, lo que indica que se redujeron considerablemente los pensamientos catastróficos, inclusive hubo días en los que desapareció la cognición.

En lo que se refiere al ítems 2. “Pienso que Beni, va a compartir las fotografías con los compañeros”, en el pretest, se observa tiene una frecuencia de 5 veces durante dos días a la semana y de 4 veces de registro durante 4 días a la semana; en comparación con el postest se observa una disminución en la frecuencia de sólo 1 vez a la semana por un día, en el resto de los días el pensamiento automático ya no se hizo presente, la usuaria reconoció que él en el salón si le hablaba, que no le ha hecho ningún comentario o ha observado burla hacia ella, inclusive le pidió perdón.

Por otra parte en el ítems 3. “Pienso que mis compañeras hablan mal de mí”, al inicio se observa una frecuencia de 5 veces de registro por 2 días; 4 veces por 3 días y 3 veces por 2 días; al revisar el último autoregistro después de la intervención se observa una frecuencia de 2 veces por 4 días, un registro en un día y los otros 2 días no se presentó la cognición, esta disminución como lo refiere “Luna” se deben a las autoverbalizaciones-“Soy digna de tener amigas”, “No tengo la certeza de que hablen mal de mí”, “Todo está bien” y la confianza que adquirió en ella misma.

En lo que se refiere al ítems 4. “No hablo cuando estoy cerca de él”. Al inicio se observa una frecuencia de 4 veces de registro en 2 días, 3 veces en 3 días y 2 días con un registro de 0; al término de la intervención se observa un registro de 2 veces de registro por 4 días, un día con un registro y 2 días de cero.

De acuerdo al ítems 5. "Pena a preguntar en clase" se observa en el pretest una frecuencia de 4 veces por los 5 días de la semana; en el postest se observa una frecuencia de 3 veces por días a la semana, refiriendo que ya puede preguntar en clase, inclusive en el desarrollo de las últimas sesiones refirió, ha podido trabajar en equipo y dar sus opiniones.

Respecto a las respuestas fisiológicas se observa en el ítems 6. "Sudor en las manos" se tiene un registro en el pretest de 3 veces durante los 5 días que asiste a la escuela; con una intensidad que varía 8 a 10 y una duración de 10 a 20 minutos; en comparación con el postest se observa una frecuencia de 2 registros durante 4 días que asiste a la escuela y un registro en 1 día, se observa una intensidad de 4 días 2 y un día de 2, con una duración de 3 a 5 minutos, se observa que disminuyo en cuanto a frecuencia, intensidad y duración.

En lo que se refiere al ítems 7. "Temblor en el cuerpo" en el pretest se observa una frecuencia de un día con 4 registros y 4 días con 3 veces de registro, una intensidad de 7 a 9 y con duración de 7 a 8 minutos, en el postest se observan disminuciones considerables, hay una frecuencia de 2 veces durante 4 días y 1 vez en un día, con una intensidad de 2 a 3 y una duración de 3 a 5 minutos, se observa un disminución considerable en frecuencia , intensidad y duración, dado a que la paciente refiere ha realizado la técnica de la respiración y las autoinstrucciones cuando va a entrar a la escuela le han permitido ser más funcional.

Por último en lo que se refiere al ítems 8. "Se sonroja", en el pretest se observa una frecuencia de 4 veces de registro por día, en 3 días y 5 veces por día, en 2 días, una intensidad de 8 a 9, con una duración de 10 a 17 minutos, en el postest se observa una frecuencia de 2 veces por día en 4 días, un día con un registro de 3 veces; una intensidad de 2 a 3 y una duración de 5 a 10 minutos.

A manera de conclusión se observa que al inicio los pensamientos catastróficos de "Luna" como "Pensar que los demás se van a enterar de lo que paso"; "Pienso que "Beni" va a compartir las fotos con sus compañeros" o "pienso que mis compañeras hablan mal de mí" su frecuencia disminuyo de 4 a 5 veces a 2 veces;

como lo refiere la joven el hacer las autoinstrucciones, fueron de gran apoyo para que ella pudiera cambiar de pensamientos, por otra parte en su conducta se ven reflejados cambios ya que al inicio ella no hablaba, se mantenía callada o se aislaba del grupo; al final refiere pudo realizar tarea en equipo y dar sus opiniones.

Por último se observa pudo controlar las respuestas fisiológicas que al principio eran de 4 a 5 registros por día, con intensidad de 9 y duración de 7 a 8 minutos en promedio, logrando inhibirlas en el entorno escolar, refiriendo que las autoinstrucciones como “Tranquila Luna, todo va a estar bien”; “Hay situaciones que me molestan, pero sé que puedo controlarlas”. Así como la relajación en respiración profunda le fueron de gran ayuda.

#### 10.17 Evaluación de la eficacia del tratamiento

Como mencionan Portugal, Pérez e Iglesias (2003) La Terapia Cognitivo Conductual, enfrenta la posición del sujeto, sus conductas y sus creencias activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, promoviendo así el autocuestionamiento. En este caso fue eficaz el tratamiento cognitivo-conductual tomando en cuenta que se redujeron considerablemente las respuestas dentro de las variables cognitivos, motor/conductual y fisiológicas.

Las estrategias terapéuticas (la exposición de imaginación e in vivo, la respiración diafragmática, las autoinstrucciones de enfrentamiento y la parada de pensamientos) fueron seleccionadas en función al análisis secuencial integrativo que resumían y detallaban la problemática del caso.

Dentro del enfoque cognitivo fue la reestructuración cognitiva y las autoinstrucciones, las técnicas más empleadas fueron la reestructuración cognitiva, que permitió identificar a la usuaria las situaciones, las cogniciones en donde las enfocaba de manera automática y catastrófica, identifico emociones, así como las respuestas fisiológicas (síntomas de ansiedad) y las conductas que no le permiten ser funcional en el ámbito escolar; ante ello aprendió a enfocar los pensamientos de

manera positiva, por medio del entrenamiento en autoinstrucciones que se dejaron desde la primer sesión de la intervención hasta la última, se consiguió enfrentarlas a situaciones que en un momento le causaban mucha incomodidad.

Dentro de las técnicas de afrontamiento se desarrollaron con la técnica de inoculación de estrés la cual tuvo lugar en la quinta y sexta sesión de la intervención, mediante exposiciones in vivo, al hacer una lista de situaciones temidas en la escuela, se entrenó a la paciente para adquirir pensamientos de afrontamiento, identificando la fase de preparación, fase de confrontación y fase de resolución, nuevamente se entrenó en autoinstrucciones, por otra parte se consideró necesario retomar la parada de pensamiento, con el objetivo de disminuir los pensamientos anticipatorios negativos.

En lo que se refiere a la técnica de solución de problemas se abordó en la séptima y octava sesión, se le entreno partiendo de situaciones in vivo para identificar el verdadero problema en la escuela; en especial en el salón de clases, se pone un ejemplo, se buscan alternativas de solución y se pide ponerlas en práctica en el salón.

Por otra parte se aborda la autoestima desde el enfoque cognitivo-conductual, en la sesión diez y once; partiendo de los pilares de la autoestima: autoconcepto, autoimagen, autoeficacia y autoreforzamiento, lo que permitió a la usuaria revalorarse, conocerse, aceptarse y ver las cosas positivas que tiene.

En la sesión doce y trece se dio psicoeducación sobre el acoso escolar con enfoque de los derechos humanos, con el objetivo de que la usuaria conozca sus derechos y no permita sean vulnerados, a partir de aquí ella conoce a fondo que el cyberbullying es un delito que se castiga, que no es la única persona que ha sufrido este tipo de violencia.

Otro punto que se puede destacar en el éxito del tratamiento es la práctica repetida de la respiración profunda durante las sesiones, que posteriormente puso en el ambiente escolar, reduciendo considerablemente los síntomas de ansiedad que presentaba.

Por otra parte el éxito del tratamiento se debe a la constancia de la usuaria a las sesiones, su motivación de llegar puntual y estar por lo regular más de una hora, realizar las actividades en la sesión.

Sin embargo, en el trascurso de la terapia también se presentaron dificultades como por ejemplo en la de inoculación de estrés, ya que ella menciona al último “me desagradó fue como repetir lo que había ocurrido”, así como la técnica de la respiración profunda, pues al principio le costaba trabajo realizarla.

Sin embargo por cuestiones de tiempo durante la intervención solo se abordó el tema en la sesión 9 de “Crianza positiva” con la madre de la menor, por otra parte se hicieron recomendaciones generales como: ya no recordarle los hechos a “Luna”, no hacer reproches, tratar de tenerle confianza y no compararla con la hermana menor.

#### 10.18 Seguimiento

El primer seguimiento se realizó quince después de haber concluido el tratamiento, en esta sesión le preguntó a “Luna” cómo se ha sentido menciona que mejor, se observa tranquila, menciona sigue asistiendo a la escuela, “cuando veo a Beni ya no siento nada lo ve como un compañero más”, sigue realizando las autoinstrucciones “Tranquila “Luna”, todo va a estar bien”, sigue practicando la respiración profunda, eso le ayuda a controlarse y sentirse mejor; se le pide contunue con las técnicas que aprendió y se le da cita nuevamente para 15 días.

Posteriormente acude a otras dos sesiones en dónde por medio de la psicoeducación se le comparte el tema de violencia en el noviazgo con el objetivo de que identifique los factores de riesgo en una relación sentimental, tomando en consideración que la persona que subió las fotografías de “Luna” en ese momento era su novio, “Luna reconoce que habían celos y acoso, sin embargo no se había percatado.

Es importante mencionar que es muy importante la integración de la familia en el proceso psicoterapéutico de “Luna”, por lo que se les pedirá su participación en las sesiones psicoeducativas en donde se contemplen los temas sobre la resiliencia familiar, los buenos tratos en familia, la comunicación y el respeto, con el



objetivo de crear un cambio para afrontar la situación que actualmente viven como familia, Como menciona Domínguez (2014), La resiliencia familiar se construye a través de actitudes demostrativas de apoyos emocionales entre sus miembros, la comunicación, el reconocimiento de recursos personales y colectivos con el objetivo de superar las situaciones difíciles. Por lo que el proceso psicoterapéutico continúa.

## **11.CONCLUSIONES**

De acuerdo con los resultados de la intervención durante las 15 sesiones, se concluye que se alcanzaron los objetivos del tratamiento en “Luna”, como se describe a continuación:

Promover la reestructuración cognitiva para disminuir sus niveles de ansiedad y depresión, se entrenó para la identificación de cómo sus pensamientos (“pienso que los demás se van a enterar de lo que paso; Beni va a compartir las fotos con los compañeros y mis compañeras hablan mal de mí”) mantenían sus respuestas fisiológicas (sudor en las manos, temblor en el cuerpo, rubor facial) y motoras (no hablar cuando estaba Beni cerca y pena a preguntar en clase) se logró reestructurar sus pensamientos de negativos a positivos, ser más realistas, no utilizar la crítica de manera constante, ya que es una limitante para su funcionamiento en el salón de clases y las relaciones interpersonales, es decir al convivir con “Beni” en el salón todos los días, como lo refiere ella ha podido saludarlo, ha participado en equipo, comparte sus puntos de vista, ha disminuido considerablemente las respuestas fisiológicas, sale a la hora de receso con compañeras.

Por medio de la reestructuración cognitiva, que se llevaron a cabo en la sesión 2, 3 y 4 aprendió a identificar los pensamientos automáticos irracionales en la familia: “mis padres no me quieren” “No me tienen confianza”; en la escuela: “No querer ir a la escuela, pensar que no tiene amigos, no hablarle a casi nadie, pensar que le hablan para no hacerla sentir mal, por lo que fue necesario separar ámbito escolar y familiar, el tratamiento se enfocó al ámbito escolar debido que ahí se detonaban más las respuestas ansiosas.

De acuerdo a las autoinstrucciones, la inoculación de estrés que se realizaron en la sesión 5 y 6, se utilizaron las situaciones estresantes in vivo, se imaginó en la sesión que antes de llegar al salón de clases, verbalizara: “Luna”, tranquila no pasa nada”; “De que me sirve preocuparme”; “Lo peor ya pasó” durante su estancia en el salón de clases: “Hay situaciones que me molestan, pero sé que puedo controlarlo” y que prestara atención a sus clases, no pensar en el futuro ni en el pasado, al terminar su estancia en la escuela: verbalizara: “Lo hice, pudo ser peor”; “Con el tiempo sé que cada vez estaré mejor”; “He vencido el miedo”, funcionando las autoinstrucciones como herramientas de afrontamiento

- Por otra parte en la técnica en solución de problemas, se pusieron situaciones in vivo para identificar el verdadero problema en el ámbito escolar, en la sesión 7 y 8 se le pidió a “Luna” imaginara un escenario que le causara mucho conflicto en el salón de clase, dentro de sus problemas describe “No le entiendo a las clases” le pregunto en específico a qué, me comenta que a algebra, ¿exactamente a que no le entiende? “A la fórmulas y sustitución de números, la maestra explica muy rápido y me da pena preguntar” “pues que van a pensar los demás de ella” como consecuencia no entrega la tarea; a lo que le pregunto ¿Qué podría hacer para mejorar esta situación?. Le comento que si pregunta no pasara absolutamente nada, puede decirse a sí misma “Tranquila Luna, no pasa nada si preguntas” respirar y realizar las preguntas, por otra parte, sugiere que quizá preguntarle a solas a la profesora o al último de la clase, o que podría buscar un tutorial y quizá cambiarse de lugar, es decir se buscan diferentes alternativas, y por último ponerlas en marcha.

Así también se utilizó la herramienta de psicoeducación se abordó el tema de autoestima (Autoconcepto, autoimagen, autoreforzamiento y autoeficacia).

Por lo que le menciono que de acuerdo a algunos autores como Riso (2010) sugieren: ser más flexible con uno mismo y con los demás, dejando atrás las ideas perfeccionistas, es importante no dar rótulos a las personas y tampoco a ella misma, encontrar aspectos positivos, no únicamente los negativos, ya que de esta manera solo se maximizan y por último que el ser humano debe aprender a perder y aceptar cuando se equivoca y aprender de estas equivocaciones

-En lo que se refiere así al tema de acoso escolar, se hace énfasis en el cyberbullying, con un enfoque de violación a los derechos humanos, se consideró importante en el sentido de que una persona que conoce sus derechos no permite que sean vulnerados.

### 11.1 Competencias desarrolladas en la actividad de servicio realizada

Es considerable mencionar que al realizar la práctica de servicio permitió poner en práctica las competencias adquiridas durante la licenciatura, como la elaboración de la entrevistas de acuerdo al caso, la evaluación psicológica, identificar quejas y demandas, establecer las tratamiento de acuerdo a las especificaciones del caso, mostrar resultados obtenidos, así se adquirieron los conocimientos teóricos/metodológicos y aplicados, enfocados a la licenciatura en psicología.

El proceso de intervención clínica se inició con la entrevista semi-estructurada, rapport y empatía; lo que permitió conocer las quejas (poder mejorar sus relaciones interpersonales en la escuela) y demandas (Quiere tomar mejores decisiones) de “Luna”; para dar paso a la operacionalización de la conducta: que se ve reflejado en las variables del autoregistro: cognitivo “Pienso que los demás se van a enterar de lo que paso”; Pienso que “Beni va a compartir las fotos con los compañeros”; “pienso que mis compañeras hablan mal de mí”; en lo motor o conductual: “No hablo cuando estoy cerca de “Beni” y “Pena a preguntar en clase”; en lo fisiológico: Sudor en las manos; temblor en el cuerpo y rubor facial. Se realizó en análisis funcional que permitió explicar cómo sus cogniciones mantenían su respuestas motoras y fisiológicas y por otra parte dejo ver cuáles eran los tratos de los padres hacia ella: poca comunicación, le reprochaban constantemente los hechos, hacían comparaciones con su hermana, no la dejaban salir, le revisaban constantemente el celular, a los abuelos paternos se les permitía opinar en la educación de “Luna” ya que se quedaba al cuidado de ellos porque su mamá trabaja la mayor parte del día.

Se eligieron las técnicas cognitivo-conductuales, como parte del tratamiento después de analizar el caso, como fueron: Restructuración cognitiva, inoculación de estrés, autoinstrucciones, soluciones de problemas, se utilizó la psicoeducación para

abordar los temas de autoestima y ciberbullyyn, haciendo un tratamiento de intervención específico para las necesidades de la persona, como menciona Kazdin (1983), el análisis aplicado a la conducta pone su acento en la conducta manifiesta y en los acontecimientos ambientales que influyen sobre ella.

#### 11.2 Identificación de los elementos que se deben considerar para producir cambios en los fenómenos de interés.

Al concluir el tratamiento se valoraron los elementos significativos en el proceso de cambio en “Luna”, al aplicar el Cuestionario de depresión infantil y adolescente CDI refiere no pensar en matarse, le gusta estar con la gente, estar segura de que la quieren, tener amigos, aunque le gustaría tener más, en la . Escala de autoestima de Rosenberg (RSE) (Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000), el elemento significativo fue “Se siente tan valiosa como los demás” y en el. Inventario de ansiedad de Beck (BAI). Autor: Aaron T. Beck y Robert A. Steer; adaptación española: Jesús Sanz, Frederique Vallar, Elena de la Guia y Ana Hernández; adaptación española Pearson Educación, S.A. (2011), se observa no referir temblores en las manos, con sensación de ahogo y ya no suda.

Otro aspecto que se valora esencial para el cambio en “Luna” es el compromiso de ella al asistir a todas y cada una de las sesiones y la empatía que se estableció con ella.

Por otra parte cuando lo padres de “Luna” asistieron al SMDIF, al área de psicología y trabajo social se les proporciono el consentimiento informado, apegándonos a lo establecido en el artículo 119 del Código ético del psicólogo (2010) “Cuando las personas presenten incapacidad legal para dar un consentimiento informado, el psicólogo lo obtiene de una persona legalmente autorizada”, es este estudio de caso, ella tiene 15 años, por lo que después de dar lectura al consentimiento informado, dan la autorización los padres para retomar el caso; por otra parte de acuerdo al artículo. 120 “El psicólogo: le explica a las personas legalmente incapaces de consentir informada mente acerca de las intervenciones propuestas de manera conmensurable de las capacidades psicológicas de estas personas, busca su asentimiento para esas intervenciones, y considera las

preferencias y mejores intereses de tales personas. En este sentido se le pidió a “Luna” su autorización, se le explico la frecuencia de las sesiones, el horario, las tareas asignadas en casa.

### 11.3. Responsabilidad social de su quehacer profesional.

De acuerdo al Código Ético del Psicólogo (2010) se le hizo mención a los padres de “Luna” y a ella de la confidencialidad de la información obtenida en la entrevista, como menciona en el artículo 132 “El psicólogo tiene la obligación básica de respetar los derechos a la confidencialidad de aquellos con quienes trabaja o le consultan, reconociendo que la confidencialidad puede establecerse por ley, por Reglas institucionales o por relaciones científicas, y toma las precauciones razonables para tal efecto; por otra parte se le pidió el consentimiento a “Luna y a los padres de poder compartir la información referida a su caso, con el profesionista del Seminario de titulación, con la finalidad de buscar alternativas de solución a la conducta problema, apegándonos al artículo 136 “El psicólogo informa a los participantes en investigación acerca de la posibilidad de compartir o usar subsecuentemente los datos de investigación identificables personalmente o de usos futuros no previstos.

Tomando en consideración los principios básicos que rigen el comportamiento de los psicólogos, el respeto a los derechos y a la dignidad de las personas fue uno por los cuales se rigió en este estudio de caso, tomando en cuenta el respeto, no emitiendo juicios personales o creencias a “Luna” y sus padres ya que el valor del ser humanos no se dimensiona por sus características, condiciones o estatus personal alguno.

Se buscaron las técnicas de intervención específicas para el caso con el objetivo de buscar un bienestar, los horarios que fueran adecuados para no intervenir en la educación, el lenguaje que fuera comprensible y adecuado, las instrucciones claras y en el caso que hubiera duda, se aclararon.

#### 11.4 Limitaciones de la práctica realizada.

Una limitante a la que me enfrente en el avance terapéutico de “Luna” fue el tiempo destinado para el Seminario de titulación, el tiempo para poder integrar más a la familia con psicoeducación, para poder brindar el acompañamiento a luna en este proceso de cambio

#### 11.5 Propuesta y recomendaciones para mejorar la práctica de servicio.

Considero que los elementos proporcionados para la elaboración del Manuscrito Recepcional, son adecuados, como menciona Phares (1999) “las áreas de habilidad que se consideran esenciales para el campo de la psicología clínica incluyen: evaluación y diagnóstico, intervención o tratamiento, consultoría investigación y aplicación de principios éticos y profesionales”. En la práctica de servicio se cumplieron el material proporcionado es claro y explicativo. Sin lugar a duda fue una grata experiencia, se pusieron en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de la licenciatura, será la experiencia y el seguir capacitándonos el que hará que logremos un mayor aprendizaje.

Por otra parte refiere en el campo de la psicología son necesarias e inevitables para dar atención a personas o grupos; el diagnóstico o la evaluación nos va a dar un panorama de la situación actual, vamos a obtener información precisa del momento actual, y parte de los antecedentes de la situación, apoyándonos de la entrevista, la observación, aplicación de algunas pruebas, los que va a dar pauta a tomar alguna decisión para llevar a cabo la intervención o el tratamiento, considero ya aquí es depende de las necesidades de cada paciente, respetando las creencias, la cultura de cada usuario, reconocer que si no estamos capacitados para atender un caso, hay que estar informados, presentar alternativas, canalizar a los usuarios, recomendarlos con algún colega u otro profesionalista de la salud, si fuera el caso, con el objetivo de para promover el bienestar de la persona.

## 12. REFERENCIAS

- Acevedo, A. y López, A. (2009). *Tipos de entrevista. En Autores, El proceso de la entrevista.* Conceptos y modelos, (pp. 25-49). México: Limusa.
- Asociación Americana de Psiquiatría, *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5.* Arlington, Va, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013
- Bados, A y García E (2010) *La Técnica de la Reestructuración cognitiva.* Departamento de personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona
- Barudy y Dantagnan (n.d) Los buenos tratos a la infancia Recuperado de: ([https://www.academia.edu/11611886/Los\\_Buenos\\_Tratos\\_a\\_la\\_Infancia\\_Parentalidad\\_Apego\\_y\\_Resiliencia\\_Jorge\\_Barudy\\_y\\_Maryorie\\_Dantagnan](https://www.academia.edu/11611886/Los_Buenos_Tratos_a_la_Infancia_Parentalidad_Apego_y_Resiliencia_Jorge_Barudy_y_Maryorie_Dantagnan))
- Ballenato, G (2007) *Educación sin gritar.* 1ra edición. España: La esfera de los libros.
- Cárdenas EM, Feria M, Palacios L, De la Peña F. (2010). *Guía Clínica para los trastornos de Ansiedad en Niños adolescentes.* Ed. Berenzon, J. del Bosque, J. Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales).
- Carmen, R., y Caño, A. (2012) Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, España *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 3, 389-403 Recuperado de. <http://www.redalyc.org/pdf/560/56024657005.pdf>
- Castillo, P.L (2011) El acoso escolar. De las causas, origen y manifestaciones a la pregunta por el sentido que le otorgan los actores *Magis. Revista Internacional de Investigación en Educación*, vol. 4, núm. 8, julio-diciembre, 2011, pp. 415-428 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2810/281021722009.pdf>
- Consejo General de colegios oficiales de Psicólogos (n.d.). *Evaluación de Inventario BDI-II.* EfpA Miembro de la Federación Europea de Asociaciones de Psicología. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Consejo General de colegios oficiales de Psicólogos (n.d.). *Evaluación de Inventario BAI.* EfpA Miembro de la Federación Europea de Asociaciones de Psicología. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>

- Corollo, Z., Campo A., & Herazo, E (2015). Escala de Rosenberg para autoestima: consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 9(2) Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297241658005>
- Deffenbacher, J. (1998). La inoculación de estrés. En Caballo, V (Comp.) *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. España: Siglo XXI. Cap. 26
- Del Barrio, V., Carrasco MA. (2004) *Inventario de Depresión Infantil*. CDI Inventario de Depresión Infantil. Madrid TEA. Recuperado de <http://web.teaediciones.com/CDI-INVENTARIO-DE-DEPRESION-INFANTIL.aspx>
- Domínguez de la Ossa (2014) Un modelo teórico de la resiliencia familiar en contextos de desplazamiento forzado. *Centro de estudios avanzados en niñez y Juventud alianza de la Universidad de Marizales y el CINDE* recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/35215618.pdf>
- Escala de autoestima de Rosenberg (RSE), (Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000); Recuperado de: <https://www.uv.es/uipd/cuestionarios/accesolibre/EAR>
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integración de la Familia SNDIF (2017) *Estrategia integral para la prevención del Acoso Escolar y otros tipos de Violencia* (Guía de prevención integral del Acoso escolar para las/os promotores/as comunitarios/as
- Franks, C. (1993). *Orígenes, historia reciente cuestiones actual y estatus futuro de la terapia de la conducta. Una revisión conceptual*. En V Caballo (Dir). *Manual de Técnicas y Modificación de Conducta*. Madrid: Siglo XXI. Pp 3-24
- Feldman, R. (2007). *Desarrollo Psicológico a través de la vida*. Cuarta edición. PEARSON EDUCACIÓN, México
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) 2015, Manual de charlas sobre crianza positiva y parentabilidad bien tratante
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) 2015, Manual de charlas con adolescentes y jóvenes sobre relaciones bien tratantes en la amistad y en el noviazgo
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integración de la Familia (SNDIF) 2017, Guía de prevención integral del coso escolar para las/os promotores/as comunitarios/as
- Martínez AL, Fernández C, Navarro I, Martínez MO. (2017). *Guía Clínica, Diagnostico y Manejo de los Trastornos de Ansiedad*. Secretaria de Salud México (Serie: Guías clínicas del hospital psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro).



- Godoy, J. (1993). *El proceso de evaluación conductual*. En V. Caballo (dir.). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI. Cap. 5.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Jacinto, M., Aguirre, D. (2014). Violencia escolar en México: Construcciones sociales e individuales generadoras de violencia en la escuela secundaria. *El cotidiano 186* recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/325/32531428003.pdf>
- Kazdin, A. (1983) *Historia de la modificación de Conducta*. Bilbaro: Desclée de Brouwer. Pp.251-275
- Landa, P. (2004). Introducción a la aproximación cognitivo conductual. Conferencia introductoria al módulo Introducción a la Terapia Cognitivo Conductual. Material inédito, SUAED-Psicología.
- Martínez, J., Vargas, R., & Novoa, M. (2016). Relación entre la violencia en el noviazgo y observación de modelos parentales de maltrato. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(1), 101-112.
- Melero, (2017) Intervención Cognitivo-conductual en una adolescente víctima de acosos escolar. *Revista de Psicología clínica con niños y adolescentes. Clínica Universitaria. Universidad Miguel Hernández, Elche, España*. Vol.4. No. 2-Mayo 2017-pp.149-155
- Mengana (2013) *ADAPTACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL DE KOVACS EN ADOLESCENTES CUBANOS DE 12 a 15 AÑOS*. Universidad central "Martha Abreu" de las Villas. Recuperado de <http://dspace.uclv.edu.cu/bitstream/handle/123456789/175/Tesis%20de%20Kenia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nezu, A. y Nezu, C. (1998). *Entrenamiento en soluciones de problemas*. En: Caballo, V. (Comp.) Manual de técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. España: Siglo XXI. Cap. 22
- Ranero (2014) "*Propuesta de Programa Cognitivo Conductual de Autoestima para niños de 7 a 10 años víctimas de maltrato intrafamiliar.*" Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2014/05/42/Ranero-Maria.pdf>
- Riso, W. (2010). *Enamórate de ti, el valor imprescindible de la autoestima*. (1era. Edición). México: Editorial Océano, S.A. Recuperado de <https://libroayudate.files.wordpress.com/2015/07/walter-riso-enamorate-de-ti.pdf>
- Rodríguez, J. (2013). Guía de entrevista para el análisis funcional de conductas en personas transexuales. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 150-154.

- Payné, R. (2002). *Técnicas de relajación: Guía Práctica*. España: Paidotribo.
- Phares, J. (1999). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica*. México: *El manual moderno*. (Cap. 1).
- Portugal, R., Pérez, J. e Iglesias, M. (2003). Efectividad de la terapia cognitivo conductual. *Revista Psicología .com*. Disponible en: <http://www.psiquiatría.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/785/>
- Rodríguez, M. y Márquez, M. (1988). *Manejo de problemas y toma de decisiones*. 2da. Ed. El manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud: Informe mundial sobre la violencia y la salud, Washington, DC, OPS, 2002.
- Tapia, D (2012). *La violencia escolar en las escuelas secundarias de México*. Tesina profesional (título en la licenciatura en pedagogía). Universidad Veracruzana recuperada de: <https://www.uv.mx/ihs/files/2015/05/La-violencia-escolar-en-las-escuelas-secundarias-de-Mexico.pdf>
- Santoyo, C., y Frías. (2014) Acoso escolar en México: actores involucrados y sus características *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México)*, vol. XLIV, núm. 4, 2014, pp. 13-41 Centro de Estudios Educativos, A.C. Distrito Federal, México. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27032872002>
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código Ético del Psicólogo*. 5ª ed. México, edit. Trillas.
- Secretaría de Salud en México (2010). *Manual Atención Psicológica a mujeres en situación de Violencia*
- Valenzuela, A y Vega, MG (2015). *Violencia en el noviazgo en adolescentes. Un problema de salud pública*. Rev. Saljal. Año 2. Número 3. Septiembre-diciembre. Recuperado de: [https://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showIndex&id\\_revista=371&id\\_seccion=5747&id\\_ejemplar=10711](https://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showIndex&id_revista=371&id_seccion=5747&id_ejemplar=10711)

### 13. APÉNDICE

#### a) Instrumentos de evaluación

##### Apéndice A

**Carta Consentimiento Informado**

Por este medio Yo la C. Nayeli Hernández Paralta C. José Luis Ríos Cande, PADRES de nuestra menor hija de nombre Gabriela Ríos Hernández, autorizamos para que de manera voluntaria sea intervenida de manera psicológica, para efectos del Manuscrito Recepcional desde el enfoque cognitivo-conductual, con las fases que a ello conlleva, el cual será llevada a cabo por la alumna Magda Rodríguez Limón, estudiante del 9no. semestre de la Licenciatura en Psicología del SUAYED de la UNAM; dicho proceso estará supervisado por la Aseora Mónica Jazmín Montoya García, asesor del módulo 0909 –Seminario de Titulación, Procesos psicología Clínica del grupo 9911.

Se le informa a la usuaria, que de acuerdo al Código ético del Psicólogo 4a Edo. de México: Trillas (2007), uno de los deberes éticos es la confidencialidad de la información, así como el anonimato, con la finalidad de salvaguardar la identidad y el bienestar emocional del usuario, por lo que tendrá acceso a ella solamente la asesora y la alumna, la información que se obtenga será utilizada para planear y diseñar la intervención.

Por otra parte se le hace mención y se pide su autorización de que de ser necesario se grabaran en audio las sesiones, de ser necesario se realizaran video grabaciones y toma de fotografías con la única finalidad de que se reciba supervisión por parte del tutor, para planear y diseñar la intervención.

Sin otro particular por el momento firman de común acuerdo

Santa Cruz Tlaxcala 18 de Junio de 2019

José Luis Ríos Cande  
Papá de la menor

Nayeli Hernández Paralta  
Madre de la menor

Gabriela Ríos Hernández  
Enterada  
Gabriel Ríos Hernández

##### Apéndice B

#### Entrevista Semi-estructurada (Adaptación de la entrevista)

##### Datos Demográficos:

Nombre completo : "Luna"

Edad: 15 años

Domicilio: Calle San Juan No. 85, Guadalupe Tlachco, Santa Cruz Tlaxcala

Estado civil: Soltera

Religión: Católica

Ocupación: Estudiante 3ro. De secundaria

Telefonos de contacto: s/n

Correo electrónico: no tiene

Personas con quien vive: con sus padres y su hermana de 9 años

Actividades en tiempo libre: se mantiene comunicada con sus amigos (as) por las redes sociales.

##### Planteo del motivo de consulta:

- Sondeo inicial del motivo de consulta  
Hace tres meses le envió fotografías a su novio desnuda de la parte superior de su cuerpo, su novio la subió a las redes sociales, se enteraron sus compañeros de la escuela, sus padres, conocidos, ha recibido invitaciones de hombres que ella no conoce.
- Exploración de la conducta motora (incluir la exploración de parámetros de la conducta)

Al realizar la entrevista, ella baja la mirada, su voz es entrecortada, suda, se ve ruborizada, no entrega la tarea en tiempo y forma, pelea seguido con sus padres,

Exploración de la conducta cognitiva (incluir la exploración de parámetros de la conducta)

Gabriela tiene pensamientos catastróficos y negativos sobre su comportamiento, considera que su confianza fue traicionada, que sus papas ya no la quieren y no le tienen confianza incluso ha llegado ha pensar en quitarse la vida, piensa que sus compañeros la ven feo, siente mucha vergüenza, Pues que estuvo mal que pasara eso, que pues yo le di toda la confianza a él, y pues ahorita ya quiero olvidarlo, me ha dejado marcada, no es fácil.

Exploración de la conducta fisiológica (incluir la exploración de parámetros de la conducta)

A consecuencia de ello, ella se ponía a llorar, en la escuela se enojaba con facilidad, le sudan mucho las manos, no puede dormir, se pone nerviosa cuando habla en público.

Historia (antecedentes que el paciente relacione con la conducta problema)

Gaby, es la mayor de dos hermanas, su papá tiene 32 años es albañil , termino la secundaria; su mamá tiene 32 años de edad, temino la secundaria trabaja en casa(maquila) tiene una hermana de 9 años, actualmente cursa 4to de primaria; el problema inicio el 12 junio de 2018, su compañero de escuela de quien se hace novia le pide envíe le envíe fotografías de su cuerpo desnuda, que no las va a mostrar con nadie, ella accede pues deposita toda su confianza en él , envía de la parte superior de su cuerpo. Posteriormente sus compañeros le hacen comentarios desagradables, se burlan de ella en la redes sociales, sus padres se enteran y algunos vecinos de la localidad. Ella espieza a mostrar rebeldía con sus padres, su mamá seguido le dice de groserías, la regaña y ofende, ella llora mucho, su papá antes de que pasara el evneto la abrazaba mucho, ahora ya no lo hace y seguido la regaña, ella tiene vergüenza, ya no quiere ir a la escuela, inclusive penso en quitarse la vida.

La directora de la escuela habla con ella le dice que le va a dar otra oportunidad de que siga asistiendo pues en días anteriores, había tenido llamado de atención, por otra parte recomienda a los padres de Gaby que busquen ayuda psicologica para ellos, en especial para Gabriela.

Descripción de la primera vez que se presentó la conducta problema

A partir de que Gaby envía las fotografías, y se da cuenta que su fotografía se volvió viral en Facebook, ya no quiere ir a la escuela, siente que sus compañero hablan mal de ella, o que le hablan para que no se sienta mal ella. El chico al que le envió las fotografías las compartió con un compañero, con el cual Gabriela siente mucho coraje, con ganas de pegarle, reclamarle "Porque lo hizo", ella responde con agresividad. En las redes sociales recibió comentarios de insinuaciones por parte de compañeros y desconocidos de tener relaciones sexuales o le pedían que subiera más fotografías.

Descripción de la última vez que se presentó la conducta problema

Gabriela reconoce que en las redes sociales ya no le han mandado mensajes, la han dejado de molestar, sin embargo sigue arrepentida, en la escuela no entrega sus tareas, en algunas ocasiones se le olvidan, en otras no le entiende pero se queda callada no pregunta dudas, o no las quiere realizar

- Estímulos externos (características de la situación o contexto que facilitan la presentación del problema):

¿Dónde? en su casa cuando la regañan sus papas por querer controlar el tiempo que pasa en el celular, cuando ve a sus compañeros en la escuela que subieron sus fotografías, en el salón de clases

¿Cuándo? cuando ve a sus compañeros que subieron sus fotografías, en el salón de clases se siente triste, es callada,

¿Cómo? Imaginando que es lo que piensas sus compañeros de ella, piensa que sus compañeras se juntan con ella para no hacerla sentir mal.

¿Con quién?,

¿Horario?, En el horario de clases, cuando esta con su familia y la mandan hacer algo, cuando quiere abrazar a su papá y se siente rechazada

¿Temática? Cuando está en clases y ve a sus compañeros se siente muy avergonzada

Estímulos internos: fisiológicos y/o cognitivos previos a la ocurrencia de la conducta problema

- Que pensarán de ella sus compañeros
- Sus papás ya no la quieren
- Por qué la engañó "ella depositó toda su confianza en él"
- -siente ganas de llorar
- -ha pensado en quitarse la vida
- -ya no quiere seguir estudiando
- No tiene confianza con sus papás
- -siente que su corazón late muy fuerte,
- siente un nudo en el pecho
- le cuesta trabajo preguntar en público las dudas que tenga

Cómo se termina el evento. Qué hace el paciente. Qué hacen otras personas

Se pone a llorar, en ocasiones se queda dormida, en ocasiones siente mucha hambre

- Situaciones que incrementan la conducta problema

Cuando sus padres le revisan el celular ella se pone muy irritable, o cuando le prohíben salir o le preguntan que a donde va.

En la escuela cuando ve a sus compañeros que subieron la fotografía siente mucho coraje, se siente ofendida y tiene ganas de llorar.

Qué es lo que piensa al término de la conducta problema

Que no tiene confianza con sus padres, que invaden su privacidad, que ella tuvo la culpa, que estuvo mal.

- Qué es lo que siente en su cuerpo al término de la conducta Problema

Cuando puede llorar se siente más tranquila

- Consecuencias a corto plazo de la conducta problema

Mala comunicación y pérdida de confianza con sus padres, pensamiento catastrófico: quitarse la vida, no querer ir a la escuela, llanto constante, sudor en las manos, dolor en el pecho, dolor de cabeza

En la escuela se siente observada, vergüenza a expresar sus ideas, peleas con sus compañeros, vergüenza por lo que pasó, le preocupa lo que piensen sus compañeros, bajas calificaciones.

- Consecuencias a largo plazo de la conducta problema

-Peleas más extremas con sus padres, pérdida de comunicación, quitarse la vida, ansiedad extrema

-Ya no continuar estudiando, unirse a una pareja a temprana edad, aislamiento social

- Biológicas: Enfermedades relacionadas con la conducta problema

Sí sigue durmiendo y no hace ejercicio puede ganar sobrepeso

Insomnio crónico

Recursos y competencias con las que cuenta el usuario que pueden facilitar o entorpecer el proceso terapéutico.

-Un recurso es que le gusta escuchar a sus compañeras, pues le cuentan sus problemas

-Tiene deseos de superar su problema

-quiere asistir a terapia psicológica

Lo que podría entorpecer su proceso:

- su inseguridad, poca confianza en ella misma

-Su carácter de irritabilidad

-Le cuesta trabajo hacer tareas en casa y quehaceres

- Valores y creencias relacionadas con la conducta problema (recordar que esta área NO se explora con preguntas directas).

Creencia negativa que refuerzan su conducta

- Su mamá así ya no la quiere, le dice de groserías
- Su papá la rechaza, ya no la abraza como antes
- No le entiende a las clases en la escuela
- Sus compañeros piensan mal de ella, le hablan para no hacerla sentir bien

### **Trascendencia del problema e intentos de solución**

Cómo se han visto afectadas las diferentes áreas de funcionamiento de su vida:

- Personal: Se siente culpable, siente que ha hecho las cosas mal, mala comunicación con sus padres, peleas con sus compañeros
- Social: le ha dejado de hablar a sus compañeros, siente odio cuando los ve.
- Laboral: No le gusta trabajar en este momento
- Familiar: Poca comunicación con sus padres, no les tiene confianza, piensa que quieren más a su hermana la menor, se siente avergonzada con sus abuelos
- Escolar: Quiere desertar de la escuela, le cuesta trabajo comprender los temas, no pregunta cuando tiene dudas
- Salud: Dolor de cabeza, sudoración en las manos, dolor en el pecho
- Otra (indicar cuál)

- Qué tan grave considera que es la conducta problema:

Gaby considera el problema es muy fuerte, se sintió ofendida, muy avergonzada, cuando se dio cuenta que sus fotografías habían sido expuestas.

Intentos de solución de la conducta problema:

Personales: Quiere olvidarlo pero no sabe cómo, no quiere hablar con sus padres,

Profesionales: desea asistir a terapia, no sabe qué hacer, su directora le ha mostrado apoyo al seguir permitiendo acuda a la escuela

Otros (especificar):

A qué atribuye que no hayan funcionado esos intentos previos de solución.

Metas

¿Qué le gustaría lograr y/u obtener al asistir a terapia?

Pues que me ayuden a superar esto, pues que me ayuden, también que no pase cosas personales, que, no enseñe así cosas, mi dirección o cualquier cosa.

¿Cómo se visualiza al término de la terapia?

Pues conocerme más a mí misma, este, y también que está mal, que tiene sus riesgos y que puedo hacer y que no, y nada más

## **ANEXOS**

### *Traducción de la entrevista*

Vamos a dar inicio.

1.- Gaby, que fue lo que te llevo a tomar pues esa decisión de subir fotografías de tu cuerpo, que fue lo que te llevo, a tomar esa decisión, en ese momento,

R=he, A el yo le di la confianza, y este, me decía que se las iba a quedar él, que no las iba a compartir con nadie y yo creí eso, y pues a veces creo que mis papas se avergüenzan de mí, que a mí no me hacían caso, nada más a mi hermana, por eso yo llegue a tomar esa decisión.

Bien Gaby

2.- ¿Cuándo te das cuenta que se ha vuelto viral tu fotografía, cuál fue tu reacción, qué pensamiento vinieron a tu mente?

R= Pues me sentí avergonzada, este, había momentos en que ya no quería vivir, a veces sentía que ya me quería quitar la vida.

3.- ¿Alguna vez intestaste hacerlo?

Si, una vez, intente cortarme

4.- ¿Qué piensas de ti?

R=Mmmm (SE QUEDA CALLADA)

-Qué piensa de ti ahora que ya ha pasado el tiempo, porque este suceso se dio, mira, prácticamente la situación por la que tu estas pasando le vamos a dar un nombre, se llama ciber-bullyn, si nos damos cuenta fue una situación de ciber-bullyn, porque que precisamente, pues esa manera de exhibir, no, de exponerte, de este, de agredir tu intimidad, a eso le vamos a llamar ciber-bullyn, sale para ya no ocupar otros términos, entonces bueno, ahora esta situación cuando se dio, ¡Ya va hacer un año?

R= No, todavía No

5.- ¿Todavía no? ¿Cuándo fue no te acuerdas?

Fue el 12 de Junio (2018)

Bueno, ya ha pasado un lapso de tiempo, ¿qué piensas de ti, ahora?

R= Pues que estuvo mal que pasara eso, que pues yo le di toda la confianza a él, y pues ahorita ya quiero olvidarlo, me ha dejado marcada, no es fácil

Claro Gaby

¿Qué cambios has notado en tu forma de sentir físicamente, ósea, por ejemplo, has tenido dolor de cabeza, has tenido angustia, has tenido insomnio? ¿Qué cambios físicamente has observado en ti?

R= Pues que a veces no duermo bien, estoy nerviosa o luego me sudan mucho las manos, o luego a veces me enojo,

¿Te sudan tus manitas? ¿Siempre te sudan? O nada más por ejemplo ¿cuándo estas por ejemplo en la escuela o cuando a lo mejor te regañan tus papas o es un sudor que se te venga de momento o ante ciertas situaciones?

R= Pues en a veces

¿Qué crees que piensa tu mami ahora de ti?

R= Pues que, estuvo mal en eso, que pues me decía a veces groserías y ya, pues me ofendía entonces yo decía ella ya no me quiere ella tanto así.

¿Actualmente sigues pensando que ya no te quiere tanto?

R=Si

¿Sigues pensando eso?

Asciende con la cabeza

¿Qué crees que piense ahora tu papá de ti?

Pues que ya no me da la misma confianza como antes, ya es diferente conmigo, eso es lo que he notado en mi papá

¿En que podrías decir que es diferente, por ejemplo?

R=Pues antes lo abrazaba yo mucho, ahorita ya no, ahora a cada rato me regaña, así es, ahora ya no quiere que lo abrace mucho,

Como que se han distanciado

R= Sí, el me rechaza, ya no me quiere mucho

A partir de que se dan estos hechos

SI

¿Cómo era tu relación antes del cyber-bullyn con tus compañeros de clase?

Pues era buena, me apoyaban en todo, con cualquier cosa, hasta que se enteraron, me empezaron a decir de cosas

¿Cómo que cosas te dicen?

Pues que tengamos relaciones sexuales, éste, que les pase fotos, y yole digo que no, que ya no hago eso, que ya me arrepentí, dicen que porqué, si nada más va a quedar entre él y yo, yo dije que no, y hasta ahorita ya no me dicen cualquier cosa

Eh , entonces consideras que eso fue en un principio, ahora la relación con ellos ya es diferente, en el sentido de que ellos ya no te hacen ciertas insinuaciones, ya te ven como una compañera más,

R= si

9.- ¿Cuál ha sido la actitud de la directora de la institución, hacia tí?

Ella me apoya, este, esa vez me dijo que me iba apoyar, me dijo que me iba a dar la oportunidad de ir a la escuela, me estuvo apoyando, me dio consejos, y lo tomo así como, porque ya había tenido otros problemas, lo tomo algo extraño, así,

¿Qué problemas habías tenido?

Me había yo peleado,

¿Con otra niña o con otro niño?

Con otra niña, por eso se le hacía raro, que hiciera eso ella me dijo que porque lo hice, si ella me apoyo

Te sentiste apoyada con ella

R=si

Bien ¿Qué cambios has notado en tu actitud después del evento? En la casa por ejemplo ¿tienes llanto, no quieres hablar, duermes por las tardes, comes a cada rato, o has dejado de comer? ¿Cómo que cambios has notado en ti?

OPues a veces me quedo a dormir, a veces me da mucha hambre, luego ya siento ganas de llorar, mmm, nada mas

¿En la escuela como eres con tus compañeras y compañeros?

Pues soy así, cuando luego me dicen que tienen algún problema me lo cuentan y les doy luego algún consejo, así. Porque hay una de mis amigas que también hizo eso y yo le dije mira, eso te deja marcada, no es fácil superarlo, yo creí en el, que no iba a pasar nada y mira que paso, y ya me dijo que sí, que no lo van hacer y luego me siguen contando de su novio, también le pide relaciones sexuales que si es bueno tener ahorita relaciones, le dije que no se es tu decisión, es tu cuerpo si quieres tener relaciones, pues tenlas, y así, ya luego me dice que seguido le dice, le dije bueno tu como quieras, si quieres hazlo y ahorita ya no la he visto

¿Entregas tareas en tiempo entiempro y forma Gaby?

R=No

¿Por qué, que te cuesta trabajo?

Pues a veces luego, luego me dejan trabajos y luego ya este, entrego después, ya, bueno a veces se me olvidan o luego yo no los quiero hacer

¡Por que no los quieres hacer, no les entiendes, consideras no son importantes, o porque no los quieres, o te da flojera

R=Bueno a veces no les entiendo

¿Y no preguntas en clase, tampoco?

No, porque, luego dice, entendieron y Luego ya no repite la maestra,

Bueno, ¿Tú te percatabas que tus compañeros antes, anteriormente, hacían comentarios que te desagradaban, sí, como solucionabas esta situación o cómo reaccionabas?

R= Yo reaccionaba en forma de agresión, porque pues no, me sentía ofendida, me ponía a llorar, sentía que ya no, ya no tenía sentido vivir,



Ok, Gaby ¿A consecuencia de esta situación, bueno ya me comentaste que sí has tenido reacción en tu cuerpo, como dolor de cabeza, te sudan las manos, has llegado a sentir que por ejemplo te falta el aire?

A veces

¿Que tu corazón late muy fuerte así muy rápido, que a eso se le llama taquicardia?

A veces

Por ejemplo en que momento llegas a sentir taquicardia

R= Pues a veces cuando, me regañan o me dicen cualquier cosa, que me lo llegan a decir mis papás a veces y este pues así si siento algo adentro, siento un nudo acá (en el pecho)

¿Y qué haces para dejar de sentir este mal estar?

Pues lloro a veces

¿Qué esperas de la terapia Gaby, nuevamente, que esperas de venir acá?

Pues que me ayuden a superar esto, pues qué pues me ayuden, también que no pase cosas personales, que, no enseñe así cosas, mi dirección o cualquier cosa.

¿Qué te guaría aprender en esta relación, en esta relación psicoterapeuta-paciente? Que te gustaría aprender

R= Mmmm

Te gustaría aprender por ejemplo: a conocerte a ti misma, te gustaría por ejemplo, desarrollar el sentido de la tolerancia, o te gustaría por ejemplo, desarrollar la habilidad en comunicación asertiva o en soluciones asertivas

Pues conocerme más a mí misma, este, y también que está mal, que tiene sus riesgos y que puedo hacer y que no, y nada mas

Bien algo más que quieras agregar Gaby de las preguntas que te he echo

No

Bien, como te darás cuenta Gaby, como tú mencionas no, el evento fue en junio, en junio?

Si

¿Cuándo me dijiste?

R= el 12

Eres Gabriela Ríos Hernández, tu edad hija, 15, vives con: mis papas, bien ahora yo te voy a preguntar, bueno, Si te das cuenta ya estamos ahorita en abril, ya ha habido un proceso de alguna manera, se dio la situación, como tu bien me comentas sentías mucha vergüenza, de desilusión inclusive con esta persona, ahora ¿tú lo sigues viendo en la escuela?

R=si

¿Cuándo lo ves que sientes?

Pues así enojo, que, pues porque son dos y este a uno si le tengo mucho enojo, y al otro pues casi no,

Ósea, tu fotografía se la mandaste a dos personas o ellos se la compartieron?

R=Ellos se la compartieron

Pues siento odio así, me dan ganas de decirles que porque, hicieron eso

¿Tú en algún momento has en llegado a pensar en denunciarlos?

No,

Porque yo quiero que sepas, que finalmente, esta fue una situación como yo te lo mencione de cyber-bullyn, en si lo que ellos hicieron hacia tu persona es un delito, no sé si a ellos les ha quedado claro esta acción, es un delito porque mostraron una parte de tu privacidad.

Entonces tú en algún momento ya lo habías visualizado así, yate ubicaste, haber yo soy Gabriela y yo fui víctima de este tipo de delito, si Gaby, primero que nada ósea que a lo mejor no habíamos pensado eso, ósea en que parte yo estoy, bueno pues

ya como nos dimos cuenta no, el cyber-bullyn precisamente eso que nos estemos, decian cuando tú enviás una fotografía por celular, deja de ser tuya, nunca ya va hacer tuya, porque no sabes que uso le van a dar, pero esta persona que le da ese uso, sí lo hace con una intención y lo hace con la intención de dañar a la otra persona de exponerla, pues de exponerla a burlas, de exponerla a muchas situaciones, porque creo fueron tus padres, te has tenido que enfrentar a la conducta de tus padres, la reacción de tus padres, en la escuela también, a los comentarios de tus compañeros, entonces de alguna manera la persona que hizo esto, pues está cometiendo un delito, un delito muy graves que se castiga, no se sí en algún momento a ti te gustaría llegar a denunciar,

Pues sí

¿Si te gustaría llegar a denunciar?

Bueno, entonces este déjame platicarlo también sale, para ver en qué medida y como sería el proceso por esa parte legal, pero bien esa sería como que la parte legal, pero también está la parte emocional que es la que precisamente por la cual estas acá, bien bueno entonces ya te ubicaste que fue una acción en donde se violan tus derechos.

Bien ahora de junio que pasaste esta etapa en la que te sentías pues muy señalada, muy culpable, ahorita la Gaby que está aquí ahorita ha evolucionado, ha habido cambios positivos para ti

R=Algunos,

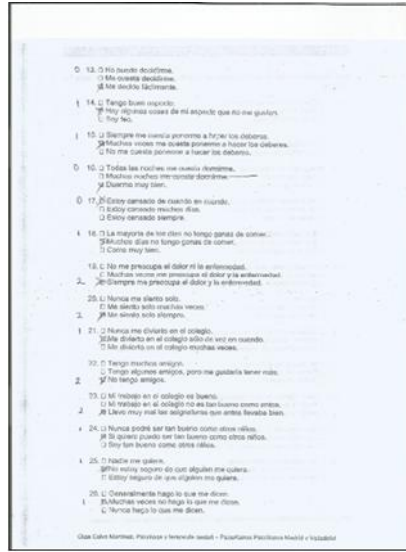
Cuales serían Gaby

Ya no me señalan tan seguido, ya no me dicen porque lo hice, ya me hablan más mis amigos, ya no me dicen cualquier cosa,

Si, Gaby, eso me da gusto

Yo quiero que tu veas esta situación, a ver tu estas acá, en un primer momento cuando se da esta situación de cyber-bullyn pues Gaby siente mucha vergüenza, inclusive hasta hubieron pensamiento suicidas, sí, la otra el enfrentar a tus padres, que no fue fácil, ahora de acá ya ha pasado el tiempo ya pasaron 10 meses, si, ahora ya estamos en otra etapas, sale, ya estamos en otra etapa

### Apéndice C (Pretest)



ANEXO 2

INVENTARIO DE ANIEDAD DE BECK

Fecha: 02/02/2015 Lugar: Salto Paciente: Salto

Nombre: Salto Apellido: Salto

Profesión: Salto

Para el siguiente problema hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lee cada uno de los ítems y marca con un número del 0 al 3 el grado en el que se relaciona con el paciente. El número máximo de un ítem puede ser 3. Anota en la parte superior de cada ítem el grado que le has dado a la ansiedad.

1. ¿Te sientes nervioso/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
2. ¿Te sientes inquieto/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
3. ¿Te sientes cansado/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
4. ¿Te sientes preocupado/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
5. ¿Te sientes triste/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
6. ¿Te sientes inseguro/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
7. ¿Te sientes confundido/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
8. ¿Te sientes débil/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
9. ¿Te sientes irritable/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
10. ¿Te sientes incapaz/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
11. ¿Te sientes nervioso/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
12. ¿Te sientes inseguro/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
13. ¿Te sientes cansado/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
14. ¿Te sientes preocupado/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
15. ¿Te sientes triste/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
16. ¿Te sientes inseguro/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
17. ¿Te sientes confundido/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
18. ¿Te sientes débil/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
19. ¿Te sientes irritable/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho
20. ¿Te sientes incapaz/a?
  - 0. No, nunca
  - 1. Muy poco
  - 2. Algo
  - 3. Mucho

ANEXO 2

INVENTARIO DE ANIEDAD DE BECK

Fecha: 02/02/2015 Lugar: Salto Paciente: Salto

Nombre: Salto Apellido: Salto

Profesión: Salto

Para el siguiente problema hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lee cada uno de los ítems y marca con un número del 0 al 3 el grado en el que se relaciona con el paciente. El número máximo de un ítem puede ser 3. Anota en la parte superior de cada ítem el grado que le has dado a la ansiedad.

$10 + 2 + 9 = 30 = \text{Depresión Grave}$

ANEXO 2

INVENTARIO DE ANIEDAD DE BECK

Fecha: 02/02/2015 Lugar: Salto Paciente: Salto

Nombre: Salto Apellido: Salto

Profesión: Salto

Para el siguiente problema hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lee cada uno de los ítems y marca con un número del 0 al 3 el grado en el que se relaciona con el paciente. El número máximo de un ítem puede ser 3. Anota en la parte superior de cada ítem el grado que le has dado a la ansiedad.

	Muy no angustiada	En intermedio	En angustiada	Muy de angustiada
1. Me siento como personas que sufren de ansiedad	0	1	2	3
2. Experimento una ansiedad y pánico que voy con frecuencia	0	1	2	3
3. Creo que tengo algunas reacciones buenas	0	1	2	3
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como me siento	0	1	2	3
5. Creo que los tiempos difíciles de la que estar angustiado	0	1	2	3
6. Tengo una actitud positiva frente al mundo	0	1	2	3
7. En general me siento satisfecho con mi estado	0	1	2	3
8. Me gustaría hacer más cosas por mí mismo	0	1	2	3
9. Realmente me siento feliz en algunas ocasiones	0	1	2	3
10. A veces pienso que me estoy perdiendo	0	1	2	3

$0 + 2 + 3 + 2 + 2 = 9 = 14$

$1 + 1 + 0 + 2 + 1 = 5$  Subnormal normal

ANEXO 2

INVENTARIO DE ANIEDAD DE BECK

Fecha: 02/02/2015 Lugar: Salto Paciente: Salto

Nombre: Salto Apellido: Salto

Profesión: Salto

Para el siguiente problema hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lee cada uno de los ítems y marca con un número del 0 al 3 el grado en el que se relaciona con el paciente. El número máximo de un ítem puede ser 3. Anota en la parte superior de cada ítem el grado que le has dado a la ansiedad.

	Ansiedad	Subnormal	Normal	Subnormal	Ansiedad
1. Tengo un ataque	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Con dificultad en la respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dificultad de respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificultad en la respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dificultad en la respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dificultad en la respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dificultad en la respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dificultad en la respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dificultad en la respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dificultad en la respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dificultad en la respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dificultad en la respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dificultad en la respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificultad en la respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Dificultad en la respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Dificultad en la respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Dificultad en la respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Dificultad en la respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Dificultad en la respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

$0 + 2 + 3 = 5 = \text{Ansiedad Moderada}$

### Apéndice D (Autoregistros Pretest y Postest)

**AUTOREGISTRO**      FECHA DE INICIO: 08-02-2019

Nombre: Cabrera R. H.

Indicadores	Luces	Morris	Morales	Juan	Veron	Lizbeth	Carlyne
1. Pienso que los demás se van a enterar de lo que paso	5	4	5	4	4	4	5
2. Pienso que debo... me preocupar por las cosas que me pasan	4	5	5	4	4	4	4
3. Pienso que mis compañeros hablan mal de mí	4	4	5	5	4	3	3
4. No puedo controlar mi comportamiento	3	4	3	3	4	4	4
5. Pienso que los demás me miran mal	4	4	4	4	4	4	4
6. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
7. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
8. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
9. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
10. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4
11. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
12. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
13. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
14. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
15. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4
16. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
17. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
18. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
19. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
20. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4
21. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
22. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
23. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
24. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
25. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4
26. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
27. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
28. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
29. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
30. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4
31. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
32. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
33. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
34. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
35. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4
36. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
37. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
38. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
39. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
40. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4
41. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
42. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
43. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
44. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
45. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4
46. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
47. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
48. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
49. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
50. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4
51. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
52. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
53. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
54. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
55. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4
56. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
57. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
58. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
59. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
60. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4
61. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
62. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
63. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
64. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
65. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4
66. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
67. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
68. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
69. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
70. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4
71. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
72. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
73. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
74. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
75. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4
76. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
77. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
78. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
79. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
80. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4
81. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
82. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
83. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
84. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
85. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4
86. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
87. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
88. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
89. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
90. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4
91. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
92. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
93. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
94. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
95. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4
96. Me siento inseguro/a	4	4	4	4	4	4	4
97. Me siento triste	4	4	4	4	4	4	4
98. Me siento nervioso/a	4	4	4	4	4	4	4
99. Me siento cansado/a	4	4	4	4	4	4	4
100. Me siento confundido/a	4	4	4	4	4	4	4

La frecuencia se registra cada vez que se comete problema(s).  
La intensidad se registra en una escala del 1 al 10, donde 1 es casi nada y 10 es el punto máximo.  
Duración en minutos al tiempo en que dura el evento (aprox. 10 minutos)

**AUTOREGISTRO**      FECHA DE INICIO: 03-06-2019

Nombre: Gabriel B. H.

Indicadores	Luces	Morris	Morales	Juan	Veron	Lizbeth	Carlyne
1. Pienso que los demás se van a enterar de lo que paso	2	0	2	1	0	0	1
2. Pienso que debo... me preocupar por las cosas que me pasan	0	0	1	0	0	0	0
3. Pienso que mis compañeros hablan mal de mí	2	1	2	2	2	0	0
4. No puedo controlar mi comportamiento	2	1	2	2	2	0	0
5. Pienso que los demás me miran mal	2	2	2	2	2	0	0
6. Me siento inseguro/a	2	2	2	2	2	0	0
7. Me siento triste	2	2	2	2	2	0	0
8. Me siento nervioso/a	2	2	2	2	2	0	0
9. Me siento cansado/a	2	2	2	2	2	0	0
10. Me siento confundido/a	2	2	2	2	2	0	0
11. Me siento inseguro/a	2	2	2	2	2	0	0
12. Me siento triste	2	2	2	2	2	0	0
13. Me siento nervioso/a	2	2	2	2	2	0	0
14. Me siento cansado/a	2	2	2	2	2	0	0
15. Me siento confundido/a	2	2	2	2	2	0	0
16. Me siento inseguro/a	2	2	2	2	2	0	0
17. Me siento triste	2	2	2	2	2	0	0
18. Me siento nervioso/a	2	2	2	2	2	0	0
19. Me siento cansado/a	2	2	2	2	2	0	0
20. Me siento confundido/a	2	2	2	2	2	0	0
21. Me siento inseguro/a	2	2	2	2	2	0	0
22. Me siento triste	2	2	2	2	2	0	0
23. Me siento nervioso/a	2	2	2	2	2	0	0
24. Me siento cansado/a	2	2	2	2	2	0	0
25. Me siento confundido/a	2	2	2	2	2	0	0
26. Me siento inseguro/a	2	2	2	2	2	0	0
27. Me siento triste	2	2	2	2	2	0	0
28. Me siento nervioso/a	2	2	2	2	2	0	0
29. Me siento cansado/a	2	2	2	2	2	0	0
30. Me siento confundido/a	2	2	2	2	2	0	0
31. Me siento inseguro/a	2	2	2	2	2	0	0
32. Me siento triste	2	2	2	2	2	0	0
33. Me siento nervioso/a	2	2	2	2	2	0	0
34. Me siento cansado/a	2	2	2	2	2	0	0
35. Me siento confundido/a	2	2	2	2	2	0	0
36. Me siento inseguro/a	2	2	2	2	2	0	0
37. Me siento triste	2	2	2	2	2	0	0
38. Me siento nervioso/a	2	2	2	2	2	0	0
39. Me siento cansado/a	2	2	2	2	2	0	0
40. Me siento confundido/a	2	2	2	2	2	0	0
41. Me siento inseguro/a	2	2	2	2	2	0	0
42. Me siento triste	2	2	2	2	2	0	0
43. Me siento nervioso/a	2	2	2	2	2	0	0
44. Me siento cansado/a	2	2	2	2	2	0	0
45. Me siento confundido/a	2	2	2	2	2	0	0
46. Me siento inseguro/a	2	2	2	2	2	0	0
47. Me siento triste	2	2	2	2	2	0	0
48. Me siento nervioso/a	2	2	2	2	2	0	0
49. Me siento cansado/a	2	2	2	2	2	0	0
50. Me siento confundido/a	2	2	2	2	2	0	0
51. Me siento inseguro/a	2	2	2	2	2	0	0
52. Me siento triste	2	2	2	2	2	0	0
53. Me siento nervioso/a	2	2	2	2	2	0	0
54. Me siento cansado/a	2	2	2	2	2	0	0
55. Me siento confundido/a	2	2	2	2	2	0	0
56. Me siento inseguro/a	2	2	2	2	2	0	0
57. Me siento triste	2	2	2	2	2	0	0
58. Me siento nervioso/a	2	2	2	2	2	0	0
59. Me siento cansado/a	2	2	2	2	2	0	0
60. Me siento confundido/a	2	2	2	2	2	0	0
61. Me siento inseguro/a	2	2	2	2	2	0	0
62. Me siento triste	2	2	2	2	2	0	0
63. Me siento nervioso/a	2	2	2	2	2	0	0
64. Me siento cansado/a	2	2	2	2	2	0	0
65. Me siento confundido/a	2	2	2	2	2	0	0
66. Me siento inseguro/a	2	2	2	2	2	0	0
67. Me siento triste	2	2	2	2	2	0	0
68. Me siento nervioso/a	2	2	2	2	2	0	0
69. Me siento cansado/a	2	2	2	2	2	0	0
70. Me siento confundido/a	2	2	2	2			

Anexo 2  
INVENTARIO DE ESCALA DE BECK

Fecha: 03/10/2019 Edad: 15 años Sexo: M Estado Civil: soltero  
 Nombre: Garbino Pien Hernández Luna  
 Domicilio (Calle, número, colonia y municipio): Calle San Juan No. 95 Gpo. Tlaxiaco, Sta. Cruz Gto.

Este cuestionario es un instrumento de autoevaluación. Para tener los mejores resultados, recomendamos que sea un día que se encuentre en un momento de calma y tranquilidad. Posteriormente marque una cruz (X) en la casilla que mejor describe su manera de pensar y sentir en los últimos 12 meses que se acuerda que se encuentra en el momento de la creación que escribió. Si varias cuestiones de pensamiento aplican a la misma cuestión, marque una X en todas las cuestiones que le parezcan correctas de hacer la declaración.

1. Yo no soy una persona feliz.
  1. Me siento feliz
  2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo cambiarlo
  3. Estoy en un estado que me parece intermedio
2. Yo pienso que soy una persona desafortunada por el futuro.
  1. Me siento optimista por el futuro
  2. Creo que he tenido cosas que esperar del futuro
  3. Creo que me faltan cosas que esperar y que las cosas no pueden mejorar
3. Yo soy más feliz que la mayoría de las personas que conozco.
  1. Soy más feliz que la mayoría de las personas que conozco
  2. Soy más feliz que la mayoría de las personas que conozco
  3. Soy más feliz que la mayoría de las personas que conozco
4. Siempre tengo sentimientos de los cosas como si fuera nada.
  1. Yo no siento nada de las cosas de la manera que yo sé sentir
  2. Yo no sé sentir nada de las cosas de la manera que yo sé sentir
  3. Yo siento mucho de las cosas de la manera que yo sé sentir
5. En realidad yo no soy una persona feliz.
  1. Yo siento que soy una persona feliz
  2. Yo siento que soy una persona feliz
  3. Yo siento que soy una persona feliz
6. Yo no soy feliz como yo sé sentir.
  1. Yo siento que soy una persona feliz
  2. Yo siento que soy una persona feliz
  3. Yo siento que soy una persona feliz
7. Yo no soy feliz como yo sé sentir.
  1. Yo siento que soy una persona feliz
  2. Yo siento que soy una persona feliz
  3. Yo siento que soy una persona feliz
8. Yo no soy feliz como yo sé sentir.
  1. Yo siento que soy una persona feliz
  2. Yo siento que soy una persona feliz
  3. Yo siento que soy una persona feliz
9. Yo no soy feliz como yo sé sentir.
  1. Yo siento que soy una persona feliz
  2. Yo siento que soy una persona feliz
  3. Yo siento que soy una persona feliz
10. A veces pienso que no sé cómo sentir.
  1. Yo siento que soy una persona feliz
  2. Yo siento que soy una persona feliz
  3. Yo siento que soy una persona feliz

Puntos: 13 = Depresión Moderada

ANEXO 3  
INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Fecha: 03/10/2019 Edad: 15 años Sexo: M Estado Civil: soltero  
 Nombre: Garbino Pien Hernández Luna  
 Domicilio (Calle, número, colonia y municipio): Calle San Juan No. 95 Gpo. Tlaxiaco, Sta. Cruz Gto.

Este cuestionario es un instrumento de autoevaluación. Para tener los mejores resultados, recomendamos que sea un día que se encuentre en un momento de calma y tranquilidad. Posteriormente marque una cruz (X) en la casilla que mejor describe su manera de pensar y sentir en los últimos 12 meses que se acuerda que se encuentra en el momento de la creación que escribió. Si varias cuestiones de pensamiento aplican a la misma cuestión, marque una X en todas las cuestiones que le parezcan correctas de hacer la declaración.

1. Tengo problemas para dormir.
  1. No tengo problemas para dormir
  2. Tengo problemas para dormir
  3. Tengo problemas para dormir
2. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
3. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
4. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
5. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
6. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
7. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
8. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
9. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
10. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
11. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
12. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
13. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
14. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
15. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
16. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
17. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
18. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
19. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
20. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso
21. Yo me siento nervioso o ansioso.
  1. No me siento nervioso o ansioso
  2. Me siento nervioso o ansioso
  3. Me siento nervioso o ansioso

12 puntos = Ansiedad muy baja

Fecha: 03-10-2019 Edad: 15 años Sexo: Muy  
 Edo. Civil: soltero  
 Nombre: Garbino Pien Hernández Luna  
 Domicilio: Calle San Juan No. 95 Gpo. Tlaxiaco, Sta. Cruz Gto.  
 (Rosenberg, 1965; Aizen, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspo la alternativa elegida.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me siento una persona tan feliz como las otras.	1	2	3	4
2. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracasado.	1	2	3	4
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas.	1	2	3	4
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.	1	2	3	4
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.	1	2	3	4
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	1	2	3	4
7. En general me siento satisfecho conmigo mismo.	1	2	3	4
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo.	1	2	3	4
9. Realmente me siento mal en algunas ocasiones.	1	2	3	4
10. A veces pienso que no sé para qué vivo.	1	2	3	4

Calculación:  
 $1 + 2 + 4 + 6 + 7 = 9$   
 $3 + 2 + 0 + 0 + 2 = 7$   
 $9 + 7 = 16$  Autoestima Normal

ANEXO 3  
INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Fecha: 03-10-2019 Edad: 15 años Sexo: M Estado Civil: soltero  
 Nombre: Garbino Pien Hernández Luna  
 Domicilio (Calle, número, colonia y municipio): Calle San Juan No. 95 Gpo. Tlaxiaco, Sta. Cruz Gto.

Este cuestionario es un instrumento de autoevaluación. Para tener los mejores resultados, recomendamos que sea un día que se encuentre en un momento de calma y tranquilidad. Posteriormente marque una cruz (X) en la casilla que mejor describe su manera de pensar y sentir en los últimos 12 meses que se acuerda que se encuentra en el momento de la creación que escribió. Si varias cuestiones de pensamiento aplican a la misma cuestión, marque una X en todas las cuestiones que le parezcan correctas de hacer la declaración.

	En absoluto no	Levemente	Modestamente	Significativamente
1. Tengo problemas para dormir.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acido.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Con temblor en las piernas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Intensas de respirar.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Con temblor al que ocurre al pensar.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mareado, o que se le va la cabeza.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Irritable.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Anormalmente o excesivo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nervioso.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Con sensación de fatiga.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Con temblor en las manos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Inquieto, inquieto.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Con miedo a perder el control.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Con sensación de ahogo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Con temblor a morir.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Con miedo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Con problemas digestivos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Con desorientación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Con rubor facial.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Con sudores, frío o calientes.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 puntos = Ansiedad muy baja

a) Cartas descriptivas

## Evaluación Psicológica

Nombre de la paciente: "Luna" Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón					
TÉCNICA	OBJETIVO	NO. DE SESIÓN	TIEMPO	FECHA	MATERIALY/O EQUIPO
Entrevista a los padres de "Luna"	Conocer el motivo por el cual acudían	1	60 minutos	18-06-2019	Teléfono celular para grabar

Nombre de la paciente: "Luna" Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón					
TÉCNICA	OBJETIVO	NO. DE SESIÓN	TIEMPO	FECHA	MATERIALY/O EQUIPO
Entrevista Semi-estructurada a la menor "Luna"	Conocer motivo de consulta, variables cognitivas, motoras y fisiológicas	2	75 minutos	26-06-2019	Formato Entrevista semi-estructurada -Teléfono para grabar audio

Nombre de la paciente: "Luna" Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón					
TÉCNICA	OBJETIVO	NO. DE SESIÓN	TIEMPO	FECHA	MATERIALY/O EQUIPO
Aplicar instrumentos de evaluación psicológica	<p>-Cuestionario de depresión infantil y adolescente CDI (Versión adaptada de Del Barrio V, Carrazco MA, 2004)</p> <p>-Inventario de depresión de BECK (BDI-II) (Versión adaptada por Jesús Sanz y Carmelo Vázquez en coordinación con el Departamento de I+D DE Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frederike Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández, 2010)</p> <p>-Escala de autoestima de Rosenberg (RSE), (Rosenberg, 1965;</p>	3	75 minutos	02-07-2019	Formatos para evaluación -Formato de autoregistro



	<p>Atienza, Balaguer, &amp; Moreno, 2000)</p> <p>- Inventario de ansiedad de Beck (BAI). Autor: Aaron T. Beck y Robert A. Steer; adaptación española: Jesús Sanz, Frederique Vallar, Elena de la Guia y Ana Hernández; adaptación española Pearsons Educación, S.A. 2011).</p> <p>-Establecer Autoregistro Herbert, J. y Nelson-Gray, R. (1997).</p>				
--	--	--	--	--	--

## B) Intervención

Nombre de la paciente: "Luna"					
Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón					
TÉCNICA	OBJETIVO	NO. DE SESIÓN	TIEMPO	FECHA	MATERIALY/O EQUIPO
<p>Devolución diagnóstica a los padres y a "Luna", dar a conocer los resultados de la evaluación definiendo problema y objetivos de la psicoterapia;</p> <p>Así como las tareas en casa y las técnicas que serán utilizadas durante la intervención.</p>	<p>Autoregistro Herbert, J. y Nelson-Gray, R. (1997). (ver anexo 1)</p> <p>-Técnica de respiración Deffenbracher (1998),</p>	1	60 minutos	08-07-2019	<p>-formato autoregistro</p> <p>-recursos personales (disponibilidad )</p> <p>-celular para grabar audio</p>

Nombre de la paciente: "Luna"

Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón					
TÉCNICA	OBJETIVO	NO. DE SESIÓN	TIEMPO	FECHA	MATERIALY/O EQUIPO
<p>Reestructuración cognitiva utilizando el modelo del ABC</p> <p>Detección del pensamiento irracional (Bados y García.,2010)</p> <p>-autoregistro Herbert, J. y Nelson-Gray, R. (1997).</p> <p>-Técnica de respiración diafragmática Deffenbracher (1998),</p>	<p>Identificar las emociones y conductas que se generan ante la situación escuela; para poder reestructurar los esquemas cognitivos y así experimentar emociones más placenteras.</p>	2	75 minutos	17-08-2019	<p>-1 pliego de cartulina blanca</p> <p>-plumones de colores</p>

Nombre de la paciente: "Luna"					
Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón					
TÉCNICA	OBJETIVO	NO. DE SESIÓN	TIEMPO	FECHA	MATERIALY/O EQUIPO
<p>Reestructuración cognitiva (referido al ambiente familiar)</p> <p>-autoregistro de pensamientos automáticos</p> <p>-Técnica de respiración diafragmática</p>	<p>Que la paciente identifique pensamientos catastróficos ,identificar sistema de creencias , identificar la emoción y la conducta, cuestionar el pensamiento, buscar pensamiento alternativo.</p>	3	60 minutos	25-07-2019	<p>-hojas blancas</p> <p>-lápiz</p> <p>-celular para gravar audio</p>

Nombre de la paciente: "Luna"



Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón					
TÉCNICA	OBJETIVO	NO. DE SESIÓN	TIEMPO	FECHA	MATERIALY/O EQUIPO
Restructuración cognitiva (En el ambiente escolar)  -autoregistro de pensamientos automáticos  -Técnica de respiración diafragmática	Que la paciente reconozca los procesos de los pensamientos automáticos y/o catastróficos como suposiciones basadas en sus creencias y le permita visualizar cogniciones funcionales y las no funcionales	4	70 minutos	06-08-2019	-Formato autoregistro  -Hojas blancas  -Lápiz

Nombre de la paciente: "Luna"					
Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón					
TÉCNICA	OBJETIVO	NO. DE SESIÓN	TIEMPO	FECHA	MATERIALY/O EQUIPO
-Inoculación de estrés  -autoregistro de pensamientos automáticos  -Técnica de respiración diafragmática : - autoinstrucciones	Que la paciente aprenda a definir la naturaleza del problema	5	60 minutos	12-08-2019	-formato autoregistro  -celular para gravar audio  -hojas blancas  -lápiz

Nombre de la paciente: "Luna"					
Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón					
TÉCNICA	OBJETIVO	NO. DE SESIÓN	TIEMPO	FECHA	MATERIALY/O EQUIPO

Inoculación de Estrés -autoregistro de pensamientos automáticos  -Técnica de respiración diafragmática . - autoinstrucciones	Que la paciente pueda afrontar la situación en el ambiente socio-ambiental (escuela-tener de compañero de clases a su diario a su exnovio) sin que se detonen los síntomas de la ansiedad.	6	50 minutos	16-08-2019	-hojas blancas  -lápiz  -formato autoregistro
---	--	---	------------	------------	---

Nombre de la paciente: "Luna"					
Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón					
TÉCNICA	OBJETIVO	NO. DE SESIÓN	TIEMPO	FECHA	MATERIALY/O EQUIPO
Solución de problemas(C aballo, 1995)  autoregistro de pensamientos automáticos  -Técnica de respiración diafragmática . - autoinstrucciones	Afrontamiento de situaciones problemáticas actuales	7	70 minutos	27-08-2019	-Hojas blancas  -Lápiz  -formato autoregistro

Nombre de la paciente: "Luna"  
Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón

TÉCNICA	OBJETIVO	NO. DE SESIÓN	TIEMPO	FECHA	MATERIALY/O EQUIPO
<b>Solución de problemas(C aballo, 1995)</b>  <b>-autoregistro de pensamiento s automáticos</b>  <b>-Técnica de respiración diafragmática.</b> <b>- autoinstrucc iones</b>	Afrontamiento de situaciones problemáticas actuales	8	70	02-09-2019	<b>-formato de autoregistro</b>  <b>-hojas blancas</b>  <b>-lápiz</b>

Nombre de la paciente: "Luna"					
Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón					
TÉCNICA	OBJETIVO	NO. DE SESIÓN	TIEMPO	FECHA	MATERIALY/O EQUIPO
Tomando en cuenta los comentarios de "Luna" sobre los constantes reproches de la madre, considero objetivo, dedicar una sesión a la madre, para conocer como ella percibe la situación, conocer una parte de sus creencias y tratar de establecer empatía con su hija.	Psicoeducación con la madre de la menor con el tema "crianza positiva" Presentación en power point	9	60	05-09-2019	-Computadora Laptop  -Hojas blancas  -Lápiz

Nombre de la paciente: "Luna"					
Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón					
TÉCNICA	OBJETIVO	NO. DE SESIÓN	TIEMPO	FECHA	MATERIALY/O EQUIPO
<b>Autoestima según la terapia cognitivo conductual. Riso (2010) (autoconcepto, autoimagen)</b> <b>-autoregistro de pensamientos automáticos</b>  <b>-Técnica de respiración diafragmática. autoinstrucciones</b>	Que la paciente incremente una visión positiva de sí misma, adquiera confianza, seguridad e independencia.	10	60	09-09-2019	-Papel bond cuadriculado  -plumones de colores  -computadora laptop  -celular para gravar audio

Nombre de la paciente: "Luna"					
Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón					
TÉCNICA	OBJETIVO	NO. DE SESIÓN	TIEMPO	FECHA	MATERIALY/O EQUIPO
Autoestima (autoreforzamiento, autoeficacia) de autoregistro de pensamientos automáticos  -Técnica de respiración diafragmática. autoinstrucciones	Que la paciente incremente una visión positiva de sí misma, adquiera confianza, seguridad e independencia.	11	60 minutos	17-09-2019	-hojas blancas  -lápiz

Nombre de la paciente: "Luna"					
Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón					
TÉCNICA	OBJETIVO	NO. DE SESIÓN	TIEMPO	FECHA	MATERIALY/O EQUIPO

					<b>EQUIPO</b>
<b>Que la paciente adquiera información sobre el acoso escolar, que sepa que hay otros y otras personas que has pasado por una situación similar, que reconozca que son riesgos a los que se enfrentan los y las jóvenes</b>	Psicoeducación Acosos escolar  - autoregistro de pensamientos automáticos  - Técnica de respiración diafragmática. - autoinstrucciones	12	60 minutos	24-09-209	- computadora laptop  - hojas blancas  - Lápiz

Nombre de la paciente: "Luna"					
Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón					
<b>TÉCNICA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>NO. DE SESIÓN</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>FECHA</b>	<b>MATERIALY/O EQUIPO</b>
Psicoeducación/Acoso escolar con un enfoque sobre los derechos humanos  - autoregistro de pensamientos automáticos  - Técnica de respiración diafragmática. - autoinstrucciones	Que tenga información sobre sus derechos, para que sean vistos como factores de protección en su ambiente socio-escolar.	13	60 minutos	01-10-2019	- computadora laptop  - hojas blancas  - Lápiz

Nombre de la paciente: "Luna"					
Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón					
<b>TÉCNICA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>NO. DE SESIÓN</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>FECHA</b>	<b>MATERIALY/O EQUIPO</b>
Cierre del tratamiento (para efectos del trabajo)  Se Aplicaran instrumentos de evaluación.	Valorar los resultados del proceso terapéutico	14	60 minutos	07-10-2019	- Formatos de evaluación  - Lápiz

## -Mantenimiento

Nombre de la paciente: "Luna" Nombre de la terapeuta: Magda Rodríguez Limón					
TÉCNICA	OBJETIVO	NO. DE SESIÓN	TIEMPO	FECHA	MATERIALY/O EQUIPO
Esta es la fase de mantenimiento, el objetivo es  Ver como ha evolucionado la usuaria	Autoinstrucciones  Respiración profunda	15	60 minutos	24-10-2019	No se requirió