



# **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**

**Objetivos Terapéuticos. Diseño de una  
Unidad de Apoyo Para el Aprendizaje Para  
Asesores del Centro de Apoyo Psicológico Y  
Educativo a Distancia (CAPED)**

**Reporte de Apoyo a la Docencia**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

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

**Eduardo Sánchez Pimentel**

**Director: Lic. Edith González Santiago**

**Dictaminadores: Lic. Alicia Ivete Flores Elvira  
Lic. Judith Rivera Baños**



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 16 de Junio del 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **Resumen**

El trabajo de la Unidad de Apoyo para el Aprendizaje (UAPA) presentada, está enmarcado en las actividades de capacitación desarrolladas en CAPED, para los asesores psicológicos que atenderán las necesidades de la población estudiantil en la facultad de Iztacala.

Su propósito es apoyar en el aprendizaje del proceso de formulación de casos, en la etapa específica de elección de objetivos para la intervención terapéutica. Se abona información concerniente a su obtención y opciones para entender su prioridad. Para ello se usa la formulación de casos como base para su obtención y el enfoque basado en problemas.

Para este trabajo se usó una síntesis del modelo instruccional de Merrill, (2007) que consta de fases interrelacionadas, que constituyen en su conjunto un ciclo de instrucción, del cual se describe la elaboración de cada sección del modelo para la creación de la UAPA.

Se concluye que los temas planteados, pueden beneficiar la agilidad en el manejo de la formulación de casos, permitiendo entender la concatenación informativa hasta obtener los objetivos centrales de trabajo terapéutico. Esto beneficia directamente al diseño del tratamiento y por ende influye en los resultados de la intervención. Si bien no se ejemplificaron todos los métodos de la Terapia Cognitiva Conductual expuestos con casos y ejercicios, para no exceder el tamaño viable de una UAPA; queda la posibilidad de capacitar sobre estas teorías en UAPAS o trabajos subsecuentes.

## **Palabras clave**

Formulación de casos, objetivos terapéuticos, terapia cognitivo conductual, modelo instruccional, unidad de apoyo para el aprendizaje.

**Abstract**

The work of the Learning Support Unit (UAPA) presented, is framed in the training activities developed in CAPED, for the psychological advisors who will attend to the needs of the student population in the Iztacala faculty.

Its purpose is to support the learning of the case formulation process, in the specific stage of choosing objectives for therapeutic intervention. Information is credited regarding its obtaining and options to understand its priority. For this, the formulation of cases is used as a basis for obtaining them and the problem-based approach.

For this work, a synthesis of the instructional model of Merrill, (2007) was used, which consists of interrelated phases, which together constitute an instruction cycle, of which the elaboration of each section of the model for the creation of the UAPA is described.

It is concluded that the issues raised can benefit agility in the handling of case formulation, allowing the understanding of the informational chain to obtain the central objectives of therapeutic work. This directly benefits the design of the treatment and therefore influences the results of the intervention. Although not all the Cognitive Behavioral Therapy methods presented with cases and exercises were exemplified, in order not to exceed the viable size of a UAPA; there remains the possibility of training on these theories in UAPAS or subsequent works.

**Key Words**

Case formulation, therapeutic goals, cognitive behavioral therapy, instructional model, learning support unit.

## Índice

Introducción.....	4
Capítulo 1 Programa de estudios en el que se insertan las actividades.....	5
Capítulo 2 Justificación teórica, metodológica, aplicada y ética.....	7
2.1 Terapia Cognitiva Conductual.....	8
2.2 Conceptos y procedimientos generales del trabajo clínico.....	11
2.3 La teoría del aprendizaje y la formulación de objetivos terapéuticos.....	14
2.4 Terapia cognitiva.....	18
2.5 Enfoque en la formulación de casos en la TCC.....	20
2.6 Enfoque Basado en Problemas.....	20
Capítulo 3 Propósito de la actividad de apoyo a la docencia.....	21
Capítulo 4 Modelo del diseño instruccional.....	22
Capítulo 5 Desarrollo de las unidades de apoyo.....	23
5.1 Desarrollo del Guión Instruccional según el modelo de Merrill, (2007).....	23
5.2 Actividades componentes de la UAPA.....	42
Capítulo 6 Discusión.....	50
6.1 Pertinencia de las actividades de apoyo desarrolladas.....	50
6.2 Limitaciones de las actividades de apoyo.....	51
6.3 Propuesta de actividades de apoyo complementarias.....	53
6.4 Consideraciones éticas y responsabilidad social de las actividades de apoyo.....	53
6.5 Competencias desarrolladas respecto al perfil de egreso.....	54
Referencias.....	56
Apéndices.....	60

## Índice de figuras

Figura 1: Caso 1.....	60
Figura 2: Caso 2.....	61
Figura 3: Infografía.....	62

## Índice de tablas

Tabla 1: Código de colores para la comunicación dentro del guión instruccional.....	23
Tabla 2: Unidad de Apoyo.....	24

## Introducción

La incursión de las Tecnologías para la Información y la Comunicación ( TIC's) dentro de la psicología y las adaptaciones de las técnicas psicoterapéuticas para usarse durante la comunicación vía internet, han generado procedimientos y necesidades de capacitación nuevos por necesidad. El profesional de psicología debería contar con un entrenamiento técnico y clínico en este ambiente, y adecuar la información para el usuario usada durante su proceso terapéutico, con simplicidad y profesionalismo (Soto-Pérez, Franco-Martín y Monardes, 2016).

La incorporación de herramientas tecnológicas de comunicación al funcionamiento y objetivos de la psicoterapia tradicional, se encuentran en la telemedicina y en la posterior tele psicología, en las que el prefijo “tele” indicaba distancia; estos términos describen la relación a distancia entre un profesional de la salud y un paciente (Soto-Pérez, Franco-Martín y Monardes, 2016). Posteriormente se unió el internet al uso de la computadora y se concibió el término de ciberterapia, ya no enfocado en la distancia sino en las posibilidades que brindan las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's) para generar diagnóstico, consultas, supervisión, información, educación e intervención terapéuticas (Luque, 2009). Fue en la década de los 80's cuando la APA creó su “División 46” orientada a promover la práctica psicológica dentro de las ciencias de las comunicaciones y las tecnologías de los medios, por lo que uno de sus objetivos sería “enriquecer y fomentar la enseñanza, la formación y la práctica de la psicología en los medios” (American Psychiatric Association, 2013)

Algunas de las ventajas de la ciberpsicología que proveen las TIC's, son: el manejo de información y comunicación, la accesibilidad, el aumento en la continuidad de la atención, la disminución de costos, difusión primaria de la información, comodidad; además de potenciar la adherencia a las intervenciones e indicaciones terapéuticas según Soto-Pérez, Franco-Martín, y Monardes (2016) por otro lado, algunas desventajas según los mismos autores tendrían que ver con: la confidencialidad y acreditación del usuario, la disminución de la comunicación no verbal, requerimientos de capacitación y determinantes tecnológicos tanto para el usuario como para el psicólogo, también la reacción frente a emergencias y prejuicios sobre su falta de efectividad. Por último, las aplicaciones en las que encontramos a la ciberterapia, cuando esta se apoya en los recursos de la terapia cognitiva tradicional, son los de estudiar sus efectos y resultados obtenidos

en intervenciones sobre trastornos como: adicciones, manejo del estrés, depresión, déficit de atención, agresores sexuales etc. Todo ello según Luque, (2009), en modelos de atención que van desde la psicoterapia individual, grupal, de auto ayuda y en procedimientos de rehabilitación neuropsicológica.

## **Capítulo 1 Programa de estudios en el que se insertan las actividades**

El Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED), es un escenario de práctica de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala (FESI) que funciona con la gestión de la Coordinación de Educación a Distancia del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED), Psicología. CAPED tiene por objetivos: crear un escenario de práctica profesional presencial dentro de la FES Iztacala, a la par de brindar atención psicológica y educativa a los estudiantes de la facultad. Esto con la misión de disminuir el malestar emocional y su impacto en el rendimiento académico, y de ser necesario canalizar a la instancia que ofrezca un servicio especializado (Tovar, 2015); a la vez que buscará vincular las líneas de investigación emergentes, dentro de las áreas de psicología clínica y educativa. Los procedimientos empleados para coordinar la atención son hechos por la Coordinación Operativa quien gestiona la colecta de solicitudes, la asignación de un supervisor para cada asesor y los casos por atender.

Los lineamientos de trabajo buscan generar un proceso de consejería psicológica y de orientación educativa, mediante el uso de la comunicación en línea para la aplicación de una ciberterapia, con el uso de una aplicación para video-conferencias “La ciberterapia es la aplicación de una psicoterapia específica (generalmente cognitivo conductual), en la cual la interacción paciente - terapeuta, está mediada por herramientas tecnológicas de comunicación e información” (Luque, 2009). El modelo terapéutico es cognitivo conductual, de tipo breve es decir, de 1 a 6 sesiones más algunas extemporáneas según su evolución. Los responsables de brindar este servicio son estudiantes de 7º, 8º, 9º semestres y egresados de no más de 1 año de SUAYED Psicología. Los practicantes y casos son supervisados por el cuerpo docente durante 21 semanas, de manera individual y en sesiones plenarias de supervisión, además los practicantes tienen la responsabilidad de elaborar expedientes, formularios de seguimiento e informes derivados de la práctica.

Analizando el “Programa de capacitación para nuevos asesores del CAPED, 2020”, éste atiende el desarrollo de estancias de práctica en escenarios reales como eje sustantivo para la formación profesional Toledo, (31 julio 2020) del plan de estudios de la carrera de Psicología a Distancia del SUAyED, en la FES Iztacala. En el cual, su módulo seis “Formulación de casos”, que tiene el objetivo general proporcionar al alumno los conocimientos básicos sobre la teoría y práctica de la formulación de casos desde la Terapia Cognitivo Conductual.

#### Módulo seis

- La formulación de casos
- Modelo prescriptivo para resolución de problemas
- Mapa de patogénesis
- Diseño de intervención

Al analizar los contenidos del módulo, se observa la pertinencia de emplear el modelo instruccional Merrill, para la producción de materiales didácticos digitales, enfocados en beneficiar tanto a los alumnos, profesores e institución, mediante la mejora del diseño instruccional, donde se inserta una UAPA con una secuencia didáctica para el módulo de “formulación de casos”, donde se insertan contenidos, actividades, instrucciones, y se desarrollan objetos de aprendizaje de manera que el alumno los pueda estudiar de manera autónoma. Los “objetos de aprendizaje pueden ser entendidos como una pequeña unidad de contenido, que se pueden incorporar a un diseño curricular de mayores pretensiones de aprendizaje” (Prendes, Martínez, & Gutiérrez, 2008, p.88)

Este trabajo se consideró pertinente para reafirmar el procedimiento de la definición de objetivos terapéuticos, el cual como se indica en el módulo mencionado, forma parte de un proceso mayor que es la formulación de casos, junto con el mapa de patogénesis y con el diseño del tratamiento. Al ser los objetivos terapéuticos resultado directo de la formulación del caso según Vargaz e Ibañez, (1988) y también el puente con el diseño del tratamiento, se cree adecuado reforzar este tema no explícito en los subtemas del capítulo seis, aunque si en la capacitación. Por lo que este trabajo busca apoyar en la formación técnica de los estudiantes del campo clínico, que aportan su servicio como asesores psicológicos en la comunidad universitaria, mediante la propuesta de una UAPA que se sumará como material opcional de



capacitación, al ya existente Programa de capacitación para nuevos asesores del CAPED, (2020) y a la retroalimentación de los supervisores de casos, para apoyar la generación de una habilidad que puede ser aprendida y practicada por el alumno.

## **Capítulo 2      Justificación teórica, metodológica, aplicada y ética**

La idea de construir una UAPA para apoyar la formulación de objetivos clínicos en CAPED nace del deseo de aportar contenidos que validen la importancia del pretratamiento o evaluación además de buscar fortalecer su aplicación en la práctica.

Cuando un estudiante atiende a sus primeros usuarios y ubica su mayor énfasis en el tratamiento, pudiera existir la percepción de que la etapa de pretratamiento debiera lograrse incluso en la primera sesión; para así poder apresurarse a aplicar herramientas terapéuticas con la mejor intención de ayudar al consultante. Sin embargo, atender el pretratamiento detenidamente evitará que se arrastren problemas para la formulación del caso, debido a inconsistencias de comunicación y de interpretación de la información. De hecho, la parte del pretratamiento es incluso más importante que la del tratamiento según Persons, (2008) porque de no lograr su implementación adecuada, el tratamiento resultante no tendrá la efectividad necesaria.

La evaluación psicológica clínica se entiende como la comprensión de los individuos y sus contextos y es un paso dentro de la intervención clínica, se define como “proceso en el cual se recoge, de manera sistemática, información acerca de una persona en relación con su medio ambiente de forma que puedan tomarse decisiones, basadas en esta información, que van en el mejor interés del individuo” (Compas, & Gotlib, 2002, p.145), esta información permitirá la elección de objetivos centrales del trabajo terapéutico. El beneficio de añadir esta UAPA, es que se producirán prácticas aplicables al trabajo con los casos clínicos futuros, que se espera les agilice su manejo. Es importante tomar en cuenta que no se presentan casos tan idénticos debido a las variables individuales de los usuarios, si se realiza una formulación de caso completa; en ese caso el clínico podría optar por elaborar un tratamiento acorde a la medida de cada uno y no limitarse a la elección de las mismas herramientas terapéuticas, cayendo en una postura no propia de una formulación individual del caso. De ahí la relevancia ética y metodológica de este trabajo, en que se busca apoyar a los asesores psicológicos, para dar una atención de tipo individual al usuario, sin quedarse en un conocimiento general de tipo técnico e impersonal. La

información anterior apoya el principio ético de la práctica psicológica en el punto de aptitud señalado por Phares (1999) porque busca la capacitación del alumno en formación para el mejor desempeño de su práctica supervisada.

La Construcción del formato UAPA, se realizará mediante el programa de software Exelearning (<http://exelearning.net/>) que es un programa de código abierto, para crear contenidos educativos, que permite el uso de árboles de contenido, elementos multimedia y actividades ya sea interactivas o de evaluación. De esta manera se podrán presentar sus contenidos de manera digital para ser consultados a distancia; empatando con el modelo de educación a distancia del SUAYED.

## **2.1 Terapia Cognitiva Conductual**

Según Duro, (2001) la Psicología es una rama de la ciencia que estudia el comportamiento normal o anómalo en el individuo, en todas sus manifestaciones y contextos, tomando en cuenta su historia de vida. Según este mismo autor, un psicólogo estudiará la conducta desde los conceptos de la psicología, y al especializarse en el estudio del comportamiento anormal, entrará al campo de la Psicología Clínica. En esta rama, el clínico aplicará “diagnósticos, tratamientos y prevención de enfermedades mentales y trastornos emocionales o de la personalidad” (OIT, 1991, como se citó en Duro, 2001). La psicología clínica surge de teorías psicológicas que pretenden intervenir en el comportamiento anormal, según Vargas (2006), al principio mediante un enfoque mentalista como en el caso del psicoanálisis, y posteriormente en base a la teoría del aprendizaje con enfoque conductista, complementado posteriormente con la terapia cognitiva; la unión de ambas generaría el modelo Cognitivo Conductual según Vargas, (2006). Las funciones profesionales de los psicólogos clínicos son las de dictaminar sobre la enfermedad mental, con apoyo de un psicodiagnóstico, y atender la demanda del consultante con técnicas de psicoterapia según Duro, (2003). El objeto de la psicología clínica son los trastornos psicológicos, que no enfermedades mentales, ya que estas tienen una etiología biológica, y los trastornos psicológicos tienen causas múltiples, con una etiología en muchos casos puramente psicológica según Duro, (2003). Una definición de trastorno mental es la de un síndrome o conjunto de síntomas, ya sea conductuales o psicológicos pero de relevancia clínica, es decir, que causan una discapacidad o malestar en el desempeño social, personal o laboral según Morrison, (2014) en comparación al

funcionamiento entendido como normal. Aunado a lo anterior es precisamente la psicopatología la ciencia base de la psicología clínica, la que estudia la etiología, síntomas y procesos de la conducta anormal según Duro, (2003).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es el modelo en que está basado este trabajo, la cual es una terapia empírica de corta duración, que usa el método científico, por lo que obtiene sus principios y procedimientos de la ciencia de la psicología según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012). De acuerdo a estas mismas autoras las intervenciones en la TCC son muy claras para el usuario respecto a su proceso y metas a lograr. Su funcionamiento se fundamenta en la teoría del aprendizaje que indica que toda conducta es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje social, cognitivo y atendiendo la conducta observable y la influencia del medio en que ésta se desarrolla, en base a los aprendizajes llamados clásicos y operantes. La evolución de la TCC ha sido resumida en tres generaciones por O'Donohue (1998), como se citó en Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) como sigue:

La primera generación de terapia de la conducta estuvo enfocada en el positivismo y se privilegió el trabajo con comportamientos observables y sus contingencias ambientales. Se aplicó observación directa, propia del modelo ideográfico o individual y se usaron:

- Técnicas Operantes como el reforzamiento positivo, negativo, castigo, extinción, moldeamiento, encadenamiento, instigación, desvanecimiento, discriminación, control de estímulo y generalización. Sus principales autores según Kadzin (1978) fueron Eysenck, Sapiro y Skinner.
- Técnicas de exposición, desensibilización sistemática y relajación de Joseph Wolpe (1952)

La segunda generación de terapia de la conducta, estuvo enfocada en el cognitivismo, comenzó en los 60's con el surgimiento de la Evaluación Conductual como respuesta a las deficiencias de la evaluación tradicional y se realizó la sistematización de su procedimiento. En la década de los 70's se evolucionó hacia el trabajo con variables encubiertas, como estados emocionales, sensaciones, imágenes mentales, y cogniciones y se dio cabida al trabajo con variables psicofisiológicas. Algunas de sus técnicas y autores son:

- El modelado y habilidades sociales de Bandura (1969)
- La Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis (1962)
- La Terapia Cognitiva de Beck, Rush, Shaw, Emery (1979)
- Las Técnicas de afrontamiento y solución de problemas
  - Entrenamiento en auto instrucciones Donald Meichembaum, (1969)
  - Entrenamiento en inoculación de estrés Donald Meichembaum, (1969)
  - Terapia en solución de problemas D'Zurilla y Godfried (1971)

La Tercera generación de terapia de la conducta, se dio en los 90's cuando se incorporaron los enfoques contextuales de tercera generación que en la actualidad trabajan con:

- Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) Hayes, Stroschal y Wilson (1999) que usa un enfoque en valores que de sentido a la propia vida, buscando la no literalización del lenguaje. Parte de la teoría de los marcos relacionales, que especifica la función del lenguaje dentro de los marcos de relación.
- La Terapia Dialéctico Conductual de Marsha Linehan (1993) usa un procedimiento dialéctico que concilia polaridades y que también aporta el uso de la técnica del Mindfulness de Jon Kabat-Zinn como indican Ruiz, Díaz y Villalobos (2012).
- Biofeedback o entrenamiento en regulación emocional por el lado de la teoría del aprendizaje con trabajos iniciales de Entrenamiento Autógeno de Schultz (1931) y Relajación Progresiva de Jacobson, (1938) y por el lado del trabajo con la consciencia, mediante el estudio de culturas orientales como el Budismo Zen y la meditación trascendental de Japón como indican Pastor y Balaña, (2002)

Por último, es importante mencionar que las perspectivas de la TCC se caracterizan por un trabajo continuo para comprobar que los métodos usados aportan al logro de los objetivos de la persona atendida. Para esto, se trabaja en temas como la utilidad diagnóstica para evaluar en qué grado los datos recabados ayudan a la formulación del diagnóstico y también en la utilidad de tratamiento, donde se mide en qué grado la evaluación contribuyó a lograr un tratamiento exitoso. En esta misma línea se pretende que los instrumentos usados durante la evaluación presenten validez psicométrica para poder fundamentar científicamente la intervención, por lo

que se prevé que será cada vez más aceptada la unión con el enfoque psicométrico, dándole presencia dentro de los instrumentos usados en la evaluación conductual basada en evidencia, y en las medidas durante el proceso según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012). Otro de los derroteros de la TCC tendrán que ver con la adecuación de técnicas de medición de medidas psicofisiológicas y su accesibilidad dentro de los procedimientos del ámbito clínico y evaluación conductual, ya que actualmente se toman medidas de auto informes que parten de la propiocepción subjetiva del usuario, la cual no puede substituir a una medición psicofisiológica según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012).

## **2.2 Conceptos y procedimientos generales del trabajo clínico**

El proceso de pretratamiento implica construir una relación terapéutica, obtener un diagnóstico, desarrollar una formulación de caso inicial, desarrollar un plan de tratamiento inicial, informar al paciente sobre los resultados de su evaluación y llegar a un acuerdo sobre cómo proceder, (Persons, 2008) además de explicarle al usuario lo que implicará el plan de tratamiento en el cual podría decidir participar o no.

La Evaluación Conductual, es el sistema que usa la TCC para evaluar la problemática de un usuario y contiene los procesos que constan de al menos tres fases: la selección y descripción de conductas problema, la elección de técnicas de intervención y la evaluación de la intervención según Godoy (1993). Durante este procedimiento se ubicarán las relaciones funcionales en las conductas problema del usuario, mediante una colecta y gestión de información que servirá para entender su funcionamiento psíquico y conductual. Su objetivo será ubicar los déficit o excesos conductuales, definidos en conductas según Vargaz e Ibañes (1988) expuestos en las quejas y demandas contenidas en el motivo de consulta; tanto del usuario como las que le demande su medio ambiente según Godoy (1993).

Durante la evaluación, el clínico recabará información sobre las conductas problema identificadas mediante una entrevista conductual, que es una técnica de auto informe, o una verbalización de su conducta. Sus objetivos son: obtener información de los síntomas y sus antecedentes, determinar los sentimientos y actitudes sobre la situación y observar la conducta no verbal. La fiabilidad de la entrevista corresponderá a las hipótesis funcionales que se derivarán de los datos de las conductas elegidas para estudiar. A su vez, la validez de tratamiento

corresponderá a la capacidad de la entrevista para permitir entender el comportamiento y generalizar esa información generando un tratamiento más efectivo según Fernández, (1997).

Una conducta es entendida como una acción realizada, un evento externo o un proceso cognitivo interno. Posteriormente a la elección de conductas objetivo, éstas deberán describirse con la triple respuesta de comportamientos: manifiestos, encubiertos o psicofisiológicos. Para obtener datos de estas conductas problema se usarán diversos sistemas de observación o de auto observación, inventarios cognitivos y psicofisiológicos según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) que con su variedad, buscarán disminuir el sesgo que se tendría de solo tener una fuente de información o informador, algunos de estos se describen a continuación:

La Observación conductual es una técnica empírica que implica la observación de la conducta y su frecuencia hecha por el psicólogo, por personas designadas, o por auto observación del mismo usuario. Su función en la evaluación será identificar la conducta y sus variables, durante el tratamiento y aportará evidencia sobre la efectividad del tratamiento y en la función terapéutica podrá generar cambios en la conducta del consultante según Herbert, y Nelson-Gray (1997). Los instrumentos más comunes son los registros narrativos, por intervalos, de sucesos, y de evaluación según Haynes y O'Brian (2000) como se citó en Ruiz, Díaz y Villalobos (2012)

La Evaluación Cognitiva Conductual es el procedimiento donde se integra el registro y evaluación de conductas no observables y de procesos cognitivos. Los instrumentos más utilizados para este respecto son los auto registros, los cuales elabora el usuario y los inventarios cognitivos auto informados que elaboran investigadores sobre temas como la depresión, ansiedad, trastornos de alimentación, habilidades sociales, relaciones de pareja etc. Según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012)

La Evaluación Psicofisiológica tuvo un impulso a partir de la aceptación de la teoría propuesta por Lang, (1978) como se citó en Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) del llamado Triple Sistema de Respuesta, donde cada respuesta se puede dividir en 3 partes: pensamiento, sensación fisiológica corporal en relación al estado emocional y conductas. Al respecto los clínicos han trabajado con el componente psicofisiológico, midiéndolo mediante auto informes del usuario sobre sus percepciones de variables como: la temperatura, ritmo cardíaco, y respiración, con la finalidad de establecer la relación entre los factores fisiológicos y psicológicos.

Después de la comprobación de las conductas problema y de su análisis topográfico con la aplicación de los instrumentos, se constituye la línea base de comportamiento y con el ordenamiento y delimitación de la información se buscará la comprensión de la problemática a través de la asignación de relaciones causales entre las variables y el medio ambiente del usuario; esta serie de hipótesis equivaldrán a la llamada Formulación de caso y en el caso de la TCC al “Análisis Funcional que buscará unir el diagnóstico con el tratamiento” (Godoy, 1993)

El objetivo del Análisis Funcional será acceder a la comprensión, respecto a la relación que guardan todos los síntomas y problemáticas del usuario, en todas las áreas en que tenga afectación y con ello poder concluir la “hipótesis sobre los mecanismos psicológicos y otros factores que están causando y manteniendo todos los trastornos y problemas de una persona en particular” (Persons, 2008, p. 4). Incluso será posible generar un Diagnóstico como resultado alternativo, que aunque útil según Vargas e Ibáñez (1998) no será necesario dentro de la TCC; puesto que éste corresponde más bien al positivismo médico. Al finalizar el análisis funcional se esperaría haber generado algunas hipótesis verosímiles sobre las causas y función de una determinada conducta (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012, p.126). Con esa información se trabajará en lograr que los parámetros que conforman la conducta problema disminuyan significativamente en contraste con la línea base, mediante la intervención sobre las variables seleccionadas; éstas se podrán o no convertir en conductas objetivo durante la fase de tratamiento. Así se espera comprobar las hipótesis realizadas mediante la auto observación y el ajuste de sus procesos, como la reformulación, dependiendo del progreso del usuario.

El plan de tratamiento tomará en cuenta los mecanismos subyacentes que controlan la conducta del usuario, según las teorías de la terapia cognitivo conductual y del aprendizaje. Posteriormente el psicólogo elegirá o creará el protocolo individualizado o ideográfico que más se ajuste al caso y sea más cómodo para él o la usuario según Persons, (2008) el cual atendería los objetivos terapéuticos en el orden elegido, según las circunstancias y evaluando su efectividad en cada sesión y que de ser resueltos, coadyuvarán a resolver el problema de inicio según Castro y Ángel (1998)

Todo esto atenderá las metas últimas de tratamiento es decir: “los resultados finales que deben haber solucionado las demandas del paciente y de los agentes sociales significativos que lo rodean” (Godoy, 1993) la efectividad del tratamiento vendrá dada por la diferencia entre la

situación original del usuario y la lograda respecto a los objetivos de tratamiento concertados entre el psicólogo y el usuario.

Las estrategias de mantenimiento suelen basarse en el entrenamiento en habilidades y estrategias específicas desde el principio de la intervención, que le permitan al usuario no solo generalizar sino también mantener los avances obtenidos. Por lo que es recomendable la elaboración de un plan de prevención de recaídas, con que se capacite al usuario para entender que los avances no son lineales y que las recaídas deben asimilarse como una oportunidad de aprendizaje y no como un fracaso, según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) para lo cual es común dar sesiones de seguimiento cada vez más distanciadas en tiempo.

### **2.3 La teoría del aprendizaje y la formulación de objetivos terapéuticos**

Para Godoy (1993) primeramente es importante tomar en cuenta la formulación o modelo teórico usado, que en este caso es el centrado en las conductas problema o modelo eliminativo, el cual describirá las conductas en términos de excesos o déficit, describiéndolas topográficamente, y operativizándolas en frecuencia, duración e intensidad. Según Godoy (1993). En el mismo tenor, en el modelo conductual, el comportamiento se “explica por transacciones entre la propia conducta, las variables de la persona y de su medio ambiente” (Fernández-Ballesteros, 2014, p.39) y busca establecer las técnicas idóneas para el control del comportamiento. Enseguida algunas opciones evaluativas para abordar los requerimientos del usuario:

- El análisis funcional que buscará relaciones estímulo – respuesta y será más útil para problemas con mucha dependencia medioambiental

En este caso el modelo E O R K C de Kanfer y Philips (1970) como se cita en Landa, Valadez, Díaz-González, Rojas, Salinas, Trujano, Vargaz & Valladares, (2005) este trabaja en las conductas y cogniciones que reconoce el usuario como problemáticas y con las variables que las mantienen, donde la letra E equivale a los antecedentes, O al estado del organismo, R al repertorio de respuesta, K la relación de contingencia y C las consecuencias. Este modelo comprende al comportamiento como un aprendizaje, fruto de la interacción del individuo con su medio ambiente. Una vez definida la conducta problema, descrita a lo largo de las etapas y elaborada la hipótesis proveniente del análisis funcional; entonces se eligen los objetivos terapéuticos.



- La estrategia diagnóstica que comparará la topografía conductual contra su funcionalidad y será más útil para los problemas con una etiología clara, de los que existan tratamientos de éxito comprobado.

Algunos profesionales ubican la etiqueta diagnóstica en manuales como el DSM-V o el CIE-10, el cual puede influir positivamente al generar uniformidad en la manera de referirse a los trastornos psicológicos con otros profesionales, además de ser un recurso de apoyo para la elección de la estrategia de tratamiento.

- La estrategia de la conducta clave que sería un buen complemento para el análisis funcional y buscará relaciones respuesta – respuesta; es decir que procurará generar un efecto “dominó” de mejorías en las cadenas comportamentales.

Donde los objetivos terapéuticos podrán ser intermedios y necesarios para lograr una meta última de tratamiento, o bien, un solo objetivo terapéutico podrá atender varias conductas.

- La estrategia de la guía teórica que confrontará las quejas y demandas del usuario con el cuerpo teórico buscando un sistema conceptual que los contenga y que describa estrategias de atención pertinentes.

Con esta estrategia se regresará a la evaluación y tratamientos basados en evidencias retomando la tradición basada en procedimientos científicos con apoyo empírico según Godoy, (1993)

Para la formulación en base al Análisis Funcional, se describen las maneras de aprender comportamientos “B”, ya sea voluntarios o involuntarios que se generan en la relación entre el individuo y su contexto, es decir las variables antecedentes “A” y consecuentes, “C”, ya sean internas o externas; tras lo cual se espera poder describir el funcionamiento hipotético del comportamiento. Los tipos de aprendizaje son: el aprendizaje “pre asociativo” donde la conducta cambia por exposición a estímulos del ambiente, “asociativo” mediante condicionamientos ya sean clásicos u operantes. Por “modelos” influidos por el aprendizaje social mediante la imitación y “cognitivo” que se da a través de un lenguaje que simboliza la realidad como palabras, imágenes e instrucciones, según Zanón, Matías, Luque, Moreno-Agostino, Aranda, Morales, García, y Márquez-González, (2016).

En primer lugar está el aprendizaje asociativo por condicionamiento respondiente o clásico, E – R, o “causa efecto”, donde los antecedentes controlan las consecuencias, es un aprendizaje resultado del emparejamiento de un estímulo neutro con uno incondicionado, que provocan una respuesta parecida a un reflejo. Si estos emparejamientos se dan con frecuencia, constancia, intensidad y rapidez, es más probable el aprendizaje. El contra condicionamiento implicará generar una conducta incompatible con la anteriormente condicionada.

En segundo lugar el condicionamiento de tipo operante o E – R – E, o según la “ley del efecto”, donde las consecuencias controlan los comportamientos. Por ejemplo mediante el refuerzo positivo, que es una consecuencia que aumenta la probabilidad de un comportamiento, o un refuerzo negativo que elimina un evento o estímulo, incidiendo en el aumento de una conducta. La extinción que implica ya no reforzar un comportamiento que previamente si lo era, lo que provoca la disminución de cierta conducta. El castigo que disminuye un comportamiento mediante la presentación o eliminación de un evento, después de la conducta tratada.

De la información anterior se desprende que para el mejor manejo de las conductas objetivo, se debe comprender si la conducta está relacionada con una consecuencia o condicionamiento operante o si el comportamiento proviene de un antecedente o condicionamiento respondiente.

Los pasos para realizar el Análisis Funcional según Zanón, Matías, Et. Al. (2016) son:

- Identificar las áreas problema, operativizarlas y traducirlas en respuestas
- Identificar las variables moduladoras
- Generar las hipótesis de mantenimiento
- Relacionar las variables moduladoras con las conductas problema
- Elaborar la hipótesis de origen
- Plantear objetivos terapéuticos y técnicas de intervención

En el Modelo Cognitivo Conductual la evaluación no se separa con claridad de la intervención, por lo que para Vargaz e Ibañez (1988) la formulación del tratamiento partirá de la determinación de los objetivos de tratamiento, también llamados objetivos terapéuticos. Éstos serán entendidos como los causantes de los síntomas y surgen de la definición operacional de las

conductas problema y de las relaciones causales encontradas en la investigación teórica, es decir son resultado directo de la formulación del caso.

Los objetivos terapéuticos se definirán como: “Las variables concretas de la conducta o del contexto en el que ésta sucede y sobre las que se enfoca el tratamiento” (Godoy, 1993). Éstos se obtendrán del análisis de las quejas y demandas del usuario, esclarecidas dentro del motivo de consulta y de su comprobación topográfica. De ellas el psicólogo elegirá varios objetivos terapéuticos, debido a que la etiología de los problemas psicológicos no es mono sintomática. Se propondrán a manera de conductas a implantar de tipo adaptativas y en términos positivos; dado que la eliminación de conductas negativas puede ser temporal según el mismo autor. Los objetivos podrán ser conductas y en otras ocasiones condiciones ambientales que influyen en el momento que esta sucede. Respecto a la elección de los objetivos de tratamiento el mismo autor recomienda: tomar solo los que pueden ser atendidos por el psicólogo y logrables por el usuario, las conductas peligrosas o muy aversivas para el usuario o los que lo rodean, las que propicien una flexibilidad en el repertorio de afrontamiento del usuario y que le provoquen a largo plazo mejoría en su calidad de vida, preferir los objetivos que brinden niveles óptimos de funcionamiento, sobre los que generen niveles medios, y modificar conductas que puedan ser mantenidas por el contexto Godoy, (1993). En este mismo sentido también se toman en cuenta varios factores: la viabilidad de su cambio según sus relaciones de contingencia, sus implicaciones y consecuencias, los criterios éticos, y la viabilidad de la intervención. Por último hay que tomar en cuenta que la modificación de las variables también ayuda a modificar la conducta problema según Landa, Valadez, Et. Al. (2005). Otros recursos para la elección serán que: los objetivos terapéuticos sean claros, en lenguaje no técnico, evitar el uso de absolutismos como siempre o nunca en su redacción, que sean medibles, realistas, que guarden relación a la demanda del usuario y que emerjan del análisis funcional según Zanón, Matías, Et. Al. (2016).

Respecto a la prioridad para atender los objetivos de terapia, habrá que atender la conducta más molesta para el usuario y los que le rodean, “los que produzcan un proceso de intervención más rápido, parsimonioso y dotado de efectos más generalizables” (Godoy, 1993). Una vez realizada la definición de objetivos por parte del profesional, tomando en cuenta los puntos anteriores, los consensuará con el usuario para lograr un acuerdo sobre ellos.

Según Persons, (2008) la elección de objetivos de terapia implica: identificar comportamientos que sean concretos y medibles, seleccionar un comportamiento relacionado con riesgos de alta prioridad, como los que generan amenazas a la vida del consultante o que ponga en riesgo la continuidad de la terapia, elegir uno que el consultante recuerde bien, le interese investigar y que parezca particularmente típico, también puede ser uno que conlleva a una buena cantidad de problemas Linehan (1993) como se citó en Persons, (2008)

En una intervención basada en el modelo del aprendizaje A B C, respecto a los objetivos terapéuticos Watson y Tharp (2002) como se citó en Persons, (2008) recomiendan que:

- El terapeuta manipule tantas A, B, y C como sea posible con el fin de tener la mayor probabilidad posible de afectar el B según la cuestión trabajada.
- Seleccionar un comportamiento adaptativo y trabajar en aumentarlo, en lugar de disminuir un comportamiento des adaptativo; por ejemplo salir a caminar en lugar de trabajar en disminuir el comportamiento de comer entre comidas.
- Identificar las As y Cs que controlan el comportamiento
- Un análisis que permita hacer reconocibles los eslabones que componen la cadena del comportamiento que lleva desde A, hasta C, para checar las estrategias que pudo haber usado el consultante y como podría usarlas la próxima ocasión que se dé la situación.
- Preferir intervenir sobre las cadenas conductuales largas que sobre las cortas, por el menor nivel emocional que hay entre el inicio y el final, lo cual facilita al consultante la intervención.

## **2.4 Terapia cognitiva**

La Teoría Cognitiva de Beck, (TC en adelante) es una teoría estructural que depende de la descripción topográfica de los síntomas. Trabaja en la modificación cognitiva y propone que todos tenemos estructuras llamadas esquemas con que procesamos la información e interpretamos nuestras experiencias, los cuales se crearon desde la infancia en compañía de personas significativas. Éstas se reactivan debido a una crisis, y provocan emociones, pensamientos y actos automáticos, así pues, su descripción topográfica, permite describir el esquema que subyace a la conducta. Por lo tanto cuando un usuario llega a terapia es porque se

ha activado algún esquema y su propia crisis lo describirá, siendo más fácil reconocerlo según Persons, (2008).

La formulación de caso guía el tratamiento mediante la identificación de objetivos, los cuales causan y mantienen las problemáticas. Para el establecimiento de metas, prioridades y forma de tratamiento, se encuentran los pensamientos que surgen con un evento disparador y se modifican, así como elementos medio ambientales que impide al usuario ver opciones. La formulación basada en la teoría de Beck vincula la “educación temprana, contenido del esquema, eventos precipitantes y contenido de los síntomas. La teoría implica intervenciones diseñadas para modificar esquemas, pensamientos automáticos, problemas comportamientos, eventos y situaciones activadoras” (Persons, 2008, p.33)

Los objetivos de cambio para la TC de Beck son los esquemas problemáticos que generan los síntomas, además de los síntomas en sí que son: los pensamientos automáticos negativos, las conductas desadaptativas, y las situaciones precipitantes que desencadenan los síntomas del usuario. También enseñar al paciente a identificar y desligarse de pensamientos desadaptativos que le generan emociones dolorosas, aumentar la fuerza de los esquemas, pensamientos y comportamientos adaptativos, además de modificar meta cogniciones e imágenes.

Para elegir entre los síntomas a tratar, el psicólogo puede evaluar según las características del usuario, cuál de los elementos, cogniciones, o comportamientos pueden facilitar el cambio en ese momento. Por ejemplo si el usuario no logra aprovechar las intervenciones que lo lleven a acciones, entonces se podrán trabajar los pensamientos automáticos. En caso de que no sea consciente de sus pensamientos se puede entonces trabajar con los comportamientos.

Para usuarios con múltiples quejas o motivos por los cuales se detona su ansiedad, es importante identificar el esquema global que subyace como base de la mayoría de sus problemáticas, de esta forma al atender una cognición se motivará el cambio en muchas situaciones. En el mismo sentido, cambiar de entorno también ayuda a que los esquemas y síntomas disminuyan su activación, para hacer esto es necesario trabajar en las cogniciones que impiden realizar cambios al usuario. Por tanto, la teoría de Beck sugiere que “si el paciente puede cambiar su comportamiento para poner a prueba sus creencias irracionales y desmentirlos, no sólo resolverá el problema en cuestión, sino que experimentará un cambio positivo en las situaciones y eventos que se encuentran aguas abajo”. (Persons, 2008, p.30)

## **2.5 Enfoque en la formulación de casos en la TCC**

Elegir el modelo desde el que se trabajará la formulación, implica que sean propios de la TCC, para que estos modelos no entren en conflicto entre sí. La formulación del caso “está compuesta por cinco elementos: lista de problemas, diagnóstico, hipótesis de trabajo, fortalezas y ventajas, y plan de tratamiento” (Carrascoza, 2008, p.6) en donde se relacionarán los síntomas de manera causal, agregándose las fortalezas y ventajas del usuario como variables moduladoras. Posteriormente con ayuda del análisis de la conducta y el análisis funcional se desarrollará una hipótesis del funcionamiento psicológico del usuario, la cual es más útil que la del origen del trastorno para la elaboración de objetivos terapéuticos. La relación terapéutica será la base con que se logrará confianza, colaboración y se buscará fortalecer la motivación para cambiar y lograr los objetivos terapéuticos, por lo que se comunicará al usuario la lista de objetivos elegidos por el psicólogo para llegar a un acuerdo de aplicación. La elección adecuada de los temas centrales a trabajar; incrementará las posibilidades de que el tratamiento tenga éxito y de no formular los objetivos más adecuados, el tratamiento puede mermar su eficiencia y eficacia Persons, (2008)

Para el desarrollo del tratamiento se propone ubicar una formulación nomotética basada en protocolos de intervención con respaldo empírico y después extrapolar la información hacia el caso atendido. La segunda propuesta es formular el caso según alguna teoría psicológica relacionada con el aprendizaje (condicionamiento operante por ejemplo) y después extrapolar al caso actual. Realizar la intervención es la parte fácil del trabajo clínico, “las partes duras están recopilando y clasificando toda la información que le llega al clínico con el fin de determinar cuándo intervenir y qué objetivo de tratamiento abordar” (Persons, 2008, p.13)

## **2.6 Enfoque Basado en Problemas**

Para Nezu, Nezu y Lombardo (2006), el terapeuta es un “solucionador” de problemas, que aprovecha las herramientas de su cuerpo teórico para hacer tratamientos a la medida del usuario. Para lograrlo requiere una formulación de casos de no menos de dos sesiones, en la que buscará “comprender los problemas del paciente, identificar las variables que se relacionan de manera funcional con esas dificultades y diseñar objetivos y metas de tratamiento al respecto” (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006, p14)

Para comprender los problemas del usuario se identificarán las metas finales, según el funcionamiento del usuario en áreas de su vida, sus quejas y sus demandas. Las variables instrumentales se obtendrán como resultado de evaluaciones, que se relacionarán con los objetivos de tratamiento con la ayuda de una estrategia teórica, que ayude a entender la relación entre las problemáticas del usuario y a generar objetivos primarios o secundarios para atenderlas según Nezu, Nezu y Lombardo (2006).

Este marco multidimensional de evaluación ordenará las variables del paciente en Antecedentes conductuales como los afectivos, cognitivos, biológicos y sociales, étnicos y culturales. Las variables relacionadas con el con el ambiente físico y social (relacional). La dimensión temporal con que se comprende la historia de cómo el individuo ha comprendido su mundo y por último la Dimensión funcional o EORC clarificará un conjunto de cadenas de comportamiento, dentro de un sistema causal general de relaciones entre variables, metas y obstáculos para alcanzarlas. De esta forma se asignarán estrategias de trabajo para atender las variables antecedentes, orgánicas, de respuesta y consecuencias para poder influir un cambio en la respuesta final del usuario según Nezu, Nezu y Lombardo (2006).

### **Capítulo 3 Propósito de la actividad de apoyo a la docencia**

Este trabajo buscará apoyar mediante acciones dedicadas a la capacitación en áreas específicas de la Evaluación Psicológica, como es el caso de la formulación de objetivos terapéuticos, buscando que la estructuración de pasos tenga un orden reconocible según su marco teórico, lo cual ayudará a separar el conocimiento básico de la actividad profesional y a mejorarla, “mejorando la valoración y el control de las actividades profesionales y facilitando (así como estandarizando) la formación en evaluación a través de la capacitación en la evaluación (Fernández-Ballesteros, De Bruyn, Godoy, Hornke, Ter Laak, Vizcarro, Westhoff, Westmeyer, Zaccagnini, 2003, p.60).

La UAPA buscará generar mayor certidumbre respecto a la elaboración de casos particulares, donde los datos recabados suelen estar sujetos a interpretación y en los cuales se requieren decisiones en base al criterio, favoreciendo el tránsito de lo nomotético a lo ideográfico. El propósito de esto radicará en disminuir el riesgo de una actitud tecnocrática con la que el alumno

podiera aplicar mecánicamente protocolos de tratamiento, en lugar de generar diseños que se adapten al usuario, previniendo que el usuario tenga que adaptarse al protocolo.

El propósito de hacerlo en este formato se debe a los beneficios que aportan las UAPAS, entre ellos la posibilidad de abordar diversos temas educativos y estar diseñadas para generar un aprendizaje autónomo; por tal motivo son autogestivas. Esto permitirá que llegue a los interesados por medio de internet para su estudio y capacitación, esperando que sea de ayuda para la atención psicológica de los estudiantes dentro de CAPED, y por supuesto a los usuarios finales del servicio.

## Capítulo 4 Modelo del diseño instruccional

“El diseño instruccional debería ser fundamental, pues esto permite desglosar las actividades generales en unidades, sub temas y tareas significativas para los aprendices, más allá de la enseñanza descontextualizada de las herramientas del internet” (Meza, Morales & Flores, 2016, p.103). Para este trabajo se usó una síntesis del modelo instruccional de Merrill, (2007) que consta de 5 fases interrelacionadas, que constituyen en su conjunto un ciclo de instrucción, en este caso compuesto por: activación, demostración, aplicación y demostración.

- El proceso se desarrolla en un ambiente con **Centralidad en el Problema** “que combina la resolución de problemas con una instrucción más directa de los componentes” (Merrill, 2007)
- La **Activación** implica activar los recuerdos y usar los conocimientos previos del aprendiz, con los que pueda relacionar o aplicar el tema actual.
- La **Demostración** demuestra un caso en que se aplique lo que se está aprendiendo, lo cual es diferente a solo dar información teórica.
- La **Aplicación** se usa para resolver problemas específicos o tareas completas.
- **Integración** “un ciclo de aprendizaje se completa cuando los alumnos tiene la oportunidad de hacer la Integración de los nuevos conocimientos y habilidades en sus actividades” (Merrill, 2007) de forma creativa y personalizada



Este trabajo busca apoyar en la capacitación del personal que atiende las necesidades de asesoría psicológica en línea o por internet para población universitaria. Por lo que la producción de sus materiales didácticos digitales, en este caso usados para capacitación, es un proceso que comienza con el diseño del curso, es decir, con el desarrollo de objetivos, contenidos, metodología, y evaluación de los contenidos. Una vez diseñado, continúa con la producción de materiales digitales en particular. Las ventajas de estos objetos de aprendizaje son entre otras, su simplicidad, accesibilidad y la posibilidad para reutilizarlos y que son alojado usualmente en repositorios, es decir; un espacio virtual para almacenar estos materiales Prendes, Martínez, y Gutiérrez, (2008).

## Capítulo 5 Desarrollo de las unidades de apoyo

Los contenidos de esta fase implican la elaboración de recursos con TIC's para la docencia, con sus actividades de apoyo, enmarcadas dentro de la planeación didáctica seleccionada en este caso la de Merrill, (2007), sus objetos de aprendizaje y de enseñanza.

### 5.1 Desarrollo del Guión Instruccional según el modelo de Merrill, (2007)

*Tabla 1: Código de colores para la comunicación dentro del guión instruccional*

Código de Color	Significado
Verde	Indica dónde insertar imágenes o videos
Amarillo	Indica dónde insertar ligas externas o imprimibles, descargables, o recursos interactivos
Cian	Recursos interactivos. Indica el nombre de herramienta didáctica del programa exe learning que se utilizará (pestañas, carrusel, etc.)
Púrpura	Indica el cambio de página

Tabla 2: Unidad de Apoyo

<b>Fecha de elaboración</b>	Marzo - mayo
<b>Responsable del programa</b>	Eduardo Sánchez Pimentel
<b>Carga horaria de la unidad</b>	
<b>Componente</b>	<b>Desarrollo</b>
<b>Unidad</b>	Objetivos terapéuticos <i>Subtemas</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La formulación de casos <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ La formulación de casos en CAPED</li> </ul> </li> <li>• Objetivos terapéuticos <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Teoría</li> <li>◦ Procedimientos</li> <li>◦ Criterios de prioridad</li> </ul> </li> <li>• Ejemplo de formulación de un caso</li> <li>• Trabajo con un caso</li> </ul>
<b>Introducción, página 1</b>	Introducción (página 1)  En esta unidad de aprendizaje encontrarás un recurso didáctico dirigido al apoyo en la capacitación de asesores de CAPED - Iztacala, para la atención a la población universitaria en asesoría psicológica. Abarca elementos para la formulación de casos dentro de la Terapia Cognitiva Conductual, haciendo énfasis en la elaboración de los objetivos terapéuticos, dentro de una asesoría psicológica.  ----- <b>Página Siguiente</b> -----
<b>Objetivos específicos, página 2</b>	Objetivos específicos, (página 2) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificarás el proceso de formulación de casos en CAPED</li> <li>• Usarás la formulación como base para la obtención de objetivos terapéuticos, durante la etapa de pretratamiento</li> <li>• Identificarás algunas características de los objetivos terapéuticos y criterios para asignarles prioridad</li> <li>• Practicarás su definición</li> </ul> ----- <b>Página Siguiente</b> -----
<b>Contenidos</b>	
<b>Función: Problema página 3</b>	Problema (página 3)  Un estudiante de la facultad realizó su solicitud de atención con asesoría psicológica en el CAPED. Para esto, contestó los instrumentos de evaluación solicitados como inicio de

evaluación, y posteriormente te es asignado para su atención.

Por tu parte, al realizar la entrevista inicial y avanzar en la evaluación ya tienes una idea del caso, así que concluyes que el usuario padece rasgos depresivos y de ansiedad. Ahora tu trabajo consiste en realizar la formulación del caso, mediante una serie de procedimientos contenidos en el formato de supervisión de CAPED. Cuando esté listo lo expondrás a tu supervisor(a) de manera que él o ella puedan notar que la elección que hiciste de los objetivos terapéuticos, sea un producto armónico respecto a la información recabada y lógico respecto a la elaboración de tu propuesta de tratamiento; justificando así tus decisiones sobre lo que crees que debe ser atendido para solucionar la problemática del usuario.

¿Qué temas del caso debes tener definidos para poder formular los objetivos terapéuticos? ¿Con qué sistema los generas?, una vez que los obtuviste ¿con qué criterios los ordenas para su atención?, y ¿cómo los relacionas con tu diseño de tratamiento?

----- Página Siguiente -----

**Función:  
Conocimiento  
Previo  
página 4**

Conocimiento previo (página 4)

Al inicio de un proceso de asesoría psicológica en CAPED, ocurrirá un método de tamizaje para la delimitación patológica, recuerda; antes de la primera entrevista y con base a la información de los instrumentos de colecta de información:

- ¿Puedes imaginar la situación que vive el solicitante?
- Tienes una idea aproximada de ¿qué temas serían importantes en un diario conductual?
- ¿Qué tema se podría investigar en la literatura en relación con el problema?

Durante la primera sesión:

- ¿Aplicas técnicas desde la primera entrevista, o primero formulas el caso?
- ¿Qué elementos contiene la formulación en CAPED?
- En tu experiencia ¿Cómo ha fluido una asesoría terapéutica en cada uno de los casos?
- ¿Cómo sería atender el caso y como sería atender a la persona?

Respecto a los objetivos terapéuticos

- ¿Qué son y cómo defines en tus palabras?
- ¿Son diferentes de las conductas problema y de los objetivos finales de la terapia?
- ¿Dónde se ubican dentro del protocolo de atención de CAPED?
- ¿Cuáles son los temas que hay que tener definidos para poder elaborarlos?
- En tu caso ¿cuál es el método con que los sueles elegir?
- ¿Qué procedimiento te ha compartido que usa tu supervisor de casos?
- ¿Qué criterios de selección has usado con los últimos usuarios que trabajaste? O si eres nuevo, ¿qué criterios de prioridad usarías para elegirlos?

¡Seguro que ya has manejado todos los pasos de estos procedimientos!

----- Página Siguiente -----

**Función:  
Demostración  
página 5**

Demostración: información pertinente para la formulación de casos (página 5)

La formulación de casos es un término similar al de evaluación pero más usado en la ciencia natural, para procedimientos de evaluación y tratamiento más enfocado en las metas y objetivos de caso Fernández-Ballesteros, (2014). Es un procedimiento que buscará “comprender los problemas del usuario, identificar las variables que se relacionan de manera funcional con esas dificultades y diseñar objetivos y metas de tratamiento al respecto” (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006, p.14)

El modelo con que trabajaremos influirá en el procedimiento, en este caso es la Terapia Cognitiva Conductual en adelante (TCC), la cual considera la conducta problema como un aprendizaje, y trabaja con ella desde un enfoque centrado en la eliminación del problema logrado a través de un tratamiento, del que se comprueba su efectividad según los cambios logrados respecto a una línea base Godoy (1993). También explica “por transacciones entre la propia conducta, las variables de la persona y de su medio ambiente” (Fernández-Ballesteros, 2014, p.39) y busca establecer las técnicas idóneas para el control del comportamiento. Enseguida algunas opciones evaluativas para abordar los requerimientos del usuario.

Visto desde el procedimiento de evaluación, la actual es del tipo interventiva / valorativa y es parte de la formulación. “A fin de poder formular objetivos concretos y racionales, es necesario que en primera instancia el psicólogo Cognitivo Conductual lleve a cabo una evaluación del caso” (Dajab, Rivadeneira & Minici, 2014, p.2) por lo que repasaremos los elementos usados en CAPED para la formulación de casos, ya que esto permitirá obtener objetivos terapéuticos congruentes con la información recabada. Aprender sobre la elaboración y gestión de los objetivos terapéuticos es parte de nuestra preparación como asesores psicológicos. El practicar la gestión de la información recabada, nos permitirá un manejo ágil y eficaz de nuestras intervenciones con los usuarios que atendemos ya que de no lograr su implementación adecuada, no existirá la información necesaria para formular los objetivos terapéuticos y la posterior elección de tratamiento; por lo que el tratamiento resultante podría carecer de efectividad.

La formulación clínica es una metodología que organiza la información durante un proceso terapéutico, delimita los problemas del usuario, establece las variables que inciden en la adquisición y mantenimiento del problema y establece una intervención que atienda los objetivos terapéuticos y una propuesta de intervención individualizada, en síntesis; la formulación es un puente entre la investigación, la teoría que permite explicar las problemáticas clínicas y la práctica en terapia Quant, (2013).

----- Página Siguiente -----

(página 6)

Una formulación requiere de al menos 2 sesiones, aunque autores como Nezu, Nezu y Lombardo (2006) proponen hasta 4. Sin embargo en una intervención breve como la del sistema de CAPED hay una limitante de tiempo de 6 sesiones, más algunas extras. Por estos motivos es entendible que el asesor psicológico pudiera caer en la tentación de iniciar el tratamiento antes de terminar

de formular el caso, incluso desde la primera sesión ¿te ha pasado?

Esto podría llevarnos a no tomar en cuenta las individualidades del usuario y a encasillarlo en etiquetas diagnósticas provenientes de las primeras interacciones, las cuales suelen ser superficiales; con lo cual atenderíamos al caso pero no a la persona. La importancia que tienen dedicar el tiempo suficiente, es que se evitará arrastrar problemas para la formulación, debido a inconsistencias de comunicación y de interpretación de la información, dado que “la formulación del caso ayudará al clínico a entender como diversos problemas están relacionados y se desarrollan, en el adecuado plan de tratamiento que los direcciona” (Morrison, 2014)

Ahora veamos algunos temas al respecto del procedimiento para formular un caso cuando te es asignado, sin embargo recuerda que las herramientas de la TCC trabajan en procesos no necesariamente lineales, que se interrelacionan y retoman, en una permanente posibilidad de ajuste. Deseo que la información te sirva para retroalimentar tu procedimiento, y que sirva para revisar lo que haces y como lo has hecho.

#### *Instrucciones*

Coloca el cursor sobre la frase para obtener más información sobre los elementos.

#### **Actividad desplegable: Formulación de casos**

Los aspectos metodológicos de una formulación de casos son: descripción de la problemática, establecimiento de hipótesis, plan de intervención y medición del impacto terapéutico. Es un proceso secuencial porque cada fase contiene elementos relevantes para la siguiente.

En la fase de evaluación inicial se describen los problemas, identifican expectativas, se formulan de hipótesis y línea base Quant, (2013)

*Etiqueta:* Entrevista diagnóstica

*Contenido:* Con ella accedemos a la visión del funcionamiento del mundo de una persona respecto a sus problemas, el cual está influido por sus valores, creencias, cultura, y expectativas, y debe ser entendido para intentar modificarlo. Por su parte el profesional cuenta con su visión clínica del mundo en base a su marco teórico y psicoterapéutico Nezu, Nezu y Lombardo (2006)

*Etiqueta:* Definición del motivo de consulta

*Contenido:* son los problemas planteados por el usuario o personas de su medio, y la interpretación que le hace el asesor psicológico. Para averiguar al respecto podemos pedir al usuario ejemplos de lo que se queja, y de cosas que deberían ocurrir para que esto mejorara Nelson y Hayes (1986) citados en Godoy (1993)

*Etiqueta:* Objetivos finales del tratamiento

*Contenido:* es lo que el usuario desea lograr como resultado del proceso psicológico, y contiene los criterios para considerar que el tratamiento haya sido exitoso según Godoy, (1993). Debe ser avalado por el psicólogo según la idoneidad de las expectativas planteadas en contraste con su cuerpo teórico. Podemos traducir las necesidades del usuario en quejas (para eliminar) y demandas (por lograr), y después convertirlas en objetivos finales.

En la fase de descripción se deben identificar y operacionalizar las conductas problema según sus canales de respuesta: fisiológico, cognitivo y motor. Identificar las variables contextuales y delimitar las expectativas del usuario.

*Etiqueta:* Elección de conductas problema

*Contenido:* Se obtienen a partir de responder a la pregunta ¿qué pasa? La información se especifica, ejemplificado en términos operacionales con apoyo del asesor psicológico Ruiz, Díaz, y Villalobos, (2012)

*Etiqueta:* Cadenas comportamentales

*Contenido:* Es ordenar la forma en que las variables interactúan entre sí creando cadenas conductuales, las cuales sostienen las conductas problema. Ayudan a recabar información sobre las conductas problemáticas elegidas. Puede ser formulada en base al modelo ABC – Antecedente, Conducta (problema) y Consecuencia. Es preferible comenzar por la B y retroceder a la A, para terminar con la C. Porque si se comienza desde A, es más difícil ubicar claramente la B, por el cúmulo de información aportada por el usuario.

*Etiqueta:* Asignación de relaciones funcionales

*Contenido:* Se realiza vaciando las cadenas conductuales al *Screening*, acomodando las variables en: 1 variables de respuesta, 2 distales, 3 antecedentes, 4 consecuencias y 5 orgánicas. De esta forma se crea una hipótesis gráfica sobre el funcionamiento psíquico del usuario.

La fase explicativa formula la hipótesis de adquisición y de mantenimiento

*Etiqueta:* Diagnóstico probable (opcional)

*Contenido:* No es necesario en la Terapia Cognitiva Conductual ni en CAPED, pero puede ser de ayuda para la asignación de objetivos y elección del tratamiento. También sería una referencia clara para apoyarnos de un protocolo basado en evidencias o en las variables que expone el manual diagnóstico, al usar una estrategia teórica. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que una etiqueta diagnóstica describe, pero no explica las variables que generan el problema y las alternativas para que el consultante lo solucione; por lo que no es suficiente para una guiar una intervención.

*Etiqueta:* Redacción de hipótesis de caso

*Contenido:* Es crear una teoría del caso, y seleccionar variables a comprobar con mediciones (enunciados verificables), para comprobar que nuestra hipótesis era correcta Fernández-Ballesteros (2014) Sus elementos son la descripción de lo que genera el problema y de lo que lo mantiene.

La fase de diseño de tratamiento implica “la articulación de la hipótesis de mantenimiento con las metas clínicas y las estrategias de intervención” (Quant, 2013, p.165) “esta fase inicia con la presentación al consultante de la descripción y las hipótesis explicativas, de forma que éste se encuentre en capacidad de convertir en objetivos, las expectativas que tiene del proceso” (Quant, 2013, p.165).

*Etiqueta:* Objetivos terapéuticos

*Contenido:* son las variables concretas de la conducta o del contexto en el que ésta sucede y sobre las que se enfoca el tratamiento (Godoy, 1993) también son llamados variables de resultados instrumentales, éstas *denotan objetivos potenciales para las intervenciones clínicas*. (Nezu, Nezu & Lombardo 2006) y representan la hipótesis del clínico sobre las variables que sostienen la problemática. Su atención genera metas parciales o intermedias, variables o independientes. Nezu, Nezu y Lombardo (2006)

*Etiqueta:* Diseño de tratamiento

*Contenido:* Las técnicas a implementar deberán estar relacionadas con los objetivos terapéuticos.

*Los objetivos que nos proponemos en la terapia cognitivo conductual organizan y dirigen las estrategias de intervención* (Dajab, Rivadeneira & Minici, 2014)

*Etiqueta:* Generar alianza terapéutica

*Contenido:* La alianza terapéutica se fortalece cuando mantenemos claridad en todo el tratamiento, respecto a las decisiones tomadas, haciendo partícipe al usuario de ellas y obteniendo de él compromisos expresos Dahab, Rivadeneira, y Minici, (2014) comenzando por informarle sobre las sesiones de para evaluar su problemática, posteriormente informándoles la hipótesis del caso y la propuesta de atención, Fernández-Ballesteros (2014)

La última fase es de evaluación del impacto de la intervención. Para ello se deben haber elegido previamente las medidas a tener en cuenta para compararlas con la línea base.

----- Página Siguiente -----

Objetivos terapéuticos temas básicos (Página 7)

Una vez definida la conducta problema, descrita a lo largo de las etapas y elaborada la hipótesis proveniente del análisis funcional; entonces se eligen los objetivos terapéuticos según Kanfer y Phillips (1970).

### Infografía: Objetivos terapéuticos temas básicos

<https://create.piktochart.com/output/54021137-objetivos-terapeuticos>

- ¿De dónde surgen?
  - Del análisis de las quejas y demandas del usuario, esclarecidas dentro del motivo de consulta y de su comprobación topográfica; en este punto se denominan conductas problema.
  - ¿Qué es una conducta problema? La que se expresa como queja por el usuario, por ejemplo: no puedo dormir.
  - ¿Qué es una conducta meta? La que se expresa como demanda, es decir, con expectativa de obtención, por ejemplo: deseo poder comunicarme mejor.
  - ¿Cómo se relacionan? De ambas se pueden formular conductas problema, de las cuales, el psicólogo realizará su definición operacional y asignará relaciones causales, posteriormente se analizará la viabilidad e idoneidad de su abordaje. En conclusión; los objetivos terapéuticos son resultado directo de la formulación del caso según Vargaz e Ibañez, (1988)
- ¿De qué tipo son?
  - Podrán ser intermedios y necesarios para lograr una meta última de tratamiento, o bien, un objetivo terapéutico que por sí sólo podría atender varias conductas problema.
  - A veces podrán ser conductas concretas y en otras ocasiones condiciones ambientales que influyen en el momento que la conducta sucede según Godoy, (1993)
- Características
  - Los objetivos deberían ser: realistas, medibles y específicos respecto al momento en que se considera logrado el objetivo, y listados según su prioridad Persosn, (2008).
  - El psicólogo propondrá objetivos terapéuticos preferentemente a manera de

conductas a implantar de tipo adaptativas y en términos positivos según Godoy (1993)

- Se designarán varios objetivos terapéuticos, debido a que la etiología de los problemas psicológicos no es mono-sintomática según Godoy (1993)
- Elección del plan de tratamiento
  - Es acorde a los objetivos terapéuticos previamente elegidos, al tiempo disponible para la intervención, a la capacitación del asesor psicológico respecto a sus posibilidades para implementarlos y a que puedan ser realizables por el usuario.
- Acuerdo con el usuario
  - Es recomendable informar al usuario sobre la formulación del caso realizada y generar acuerdos sobre su idoneidad. Esto fortalece la alianza terapéutica y previene su deserción. Al consensuar con el usuario las decisiones del tratamiento y al sustentarlas con psi coeducación, se le podrán explicar las elecciones del asesor psicológico en temas como: la limitación del número de conductas problema a tratar, los objetivos terapéuticos, la propuesta de tratamiento y a qué se enfrentará el usuario si lo acepta.

Al final el usuario no avanzará hasta que compruebe que el terapeuta comprende sus dificultades, en base al origen o naturaleza de sus problemáticas, y que le demuestre que tiene la mejor forma de atenderlas (Persons, 2008)

----- Página Siguiente -----

Procedimiento para formular objetivos terapéuticos (página 8)

Cualquier método elegido para diseñar los objetivos terapéuticos, necesita transitar de la teoría general, aplicada a un caso individual, o en otras palabras de lo nomotético a lo ideográfico. Algunos procedimientos que puedes elegir dependiendo del caso y de tu preferencia son los siguientes:

### **Carrusel: Procedimientos para formular los objetivos terapéuticos**

Los objetivos terapéuticos son el puente hacia el tratamiento, y para poder elaborarlos debemos haber clarificado los siguientes puntos anteriormente explicados:

- La definición del motivo de consulta
- Los objetivos finales de tratamiento
- La detección de conductas problema con sus cadenas comportamentales
- Todo cual nos permite tener una idea del funcionamiento psíquico del usuario, explicable en una hipótesis y *screening*. Posteriormente según el modelo que trabajemos, este influirá en los pasos a dar. Para este trabajo se exploran tres modelos según la teoría del aprendizaje: el basado en la solución de problemas y por formulación de casos.

Aunque existen muchos más procedimientos para formular casos, sólo se exponen dos, debido a



la extensión limitada de una UAPA.

-----  
Página Siguiente  
-----

Los objetivos terapéuticos son el puente hacia el tratamiento, y para poder elaborarlos debemos haber clarificado los siguientes puntos anteriormente explicados:

- La definición del motivo de consulta
- Los objetivos finales de tratamiento
- La detección de conductas problema con sus cadenas comportamentales
- Todo cual nos permite tener una idea del funcionamiento psíquico del usuario, explicable en una hipótesis y *screening*. Posteriormente según el modelo que trabajemos, este influirá en los pasos a dar. Para este trabajo se exploran tres modelos: según la teoría del aprendizaje, el basado en la solución de problemas y por formulación de casos.

-----  
Página Siguiente  
-----

Formulación de casos para Terapia Cognitiva Conductual según Persons, (2008)

El mapa para elaborar la formulación de casos según Carrascoza, (2008) es:

Generar un listado de problemas

Obtener la metas del tratamiento

Diagnóstico

Hipótesis de trabajo

Conocer las fortalezas y ventajas del usuario

Generar un plan de tratamiento a partir de la lista de problemas e hipótesis

Una formulación de casos es una “hipótesis sobre los mecanismos psicológicos y otros factores que están causando y manteniendo todos los trastornos y problemas de un paciente” (Persons, 2008, p.4) la cual el psicólogo pone a prueba, monitoreando y ajustando el proceso y los resultados. La formulación guía el tratamiento al “identificar los objetivos de tratamiento que son generalmente los mecanismos que propone la formulación que son los que están causando los síntomas” (Persons, 2008, p.7)

- Lista de conductas problema: surge del esclarecimiento del motivo de consulta, y en una descripción de “todos los dominios de la vida del paciente, incluidos vivienda, finanzas y otros ámbitos, con el fin de desarrollar una lista de problemas” (Persons, 2008, p.6)

- Diagnóstico. Por lo general los usuarios no cumplen totalmente con los criterios de una etiqueta diagnóstica y se requiere de un abordaje diferencial de cada caso. Sin embargo, el conocimiento de su diagnóstico favorecerá la identificación de los factores y características que mantienen el problema. A la vez que permite al psicólogo obtener las variables relacionadas según la teoría, desde un ángulo general o nomotético. Estas son guías adecuadas para convertirlas en objetivos terapéuticos, según las particularidades del usuario.

- La hipótesis del caso: nos ayuda para seleccionar los objetivos de forma enfocada en el

problema principal. Para fijar los objetivos de intervención resultan más relevantes las hipótesis de funcionamiento, que las de los orígenes del trastorno (Persons, 2008). En ambos casos es importante comprobar con técnicas de evaluación los supuestos que explican la problemática del usuario y “determinar los objetivos terapéuticos o de cambio en función de las conclusiones diagnósticas” (Gariogordobil, 1998, p.176)

- Hipótesis de adquisición: contiene vulnerabilidades biológicas como la reactividad ante ciertas condiciones ambientales y la vulnerabilidad psicológica por las experiencias previas de falta de control o de restricción para su funcionamiento por falta de aprendizaje de habilidades personales, además del efecto de las primeras reglas de socialización.

- Hipótesis de mantenimiento: explican por qué a pesar de los intentos del consultante por solucionar sus problemas, malestar o insatisfacción, estos continúan. Esta hipótesis está directamente relacionada con el tratamiento: desde el modelo conductual, identificando las consecuencia inmediatas relacionadas y desde el modelo cognitivo identificando el esquema de pensamiento que las perpetúa según Quant, (2013)

- Una vez elaboradas las hipótesis, se le comunican al usuario. Esto beneficiará a la alianza terapéutica al lograr que el consultante tenga mayor comprensión de sus dificultades, al conocer cuál es la situación problemática que lo lleva a sentir malestar y como se relacionan las variables que lo mantienen. Así se le posibilita convertir en objetivos, las expectativas que ya tenía sobre su proceso.

- Se delimitan los objetivos terapéuticos de forma realista con ayuda del cuerpo teórico del psicólogo, en común acuerdo con el usuario. Éstos se crean a partir de una selección de la lista de problemas, por lo que debería ser menor a ella. Incluso de esta lista final, es recomendable seleccionar dos o tres conductas principales, en base a su relación con el logro de los objetivos finales de la intervención. Para realizar esta selección se eligen según su importancia y relaciones funcionales para explicar el problema del usuario: con las variables dependientes y las que están relacionadas, y las variables independientes y otras condiciones potenciales relevantes según Fernández-Ballesteros (2014). Una pregunta guía podría ser ¿qué se debe lograr con el proceso? Y ¿qué habilidades debe desarrollar el usuario para solventar sus problemas?

- Para la fase de diseño de tratamiento, el psicólogo vincula los objetivos terapéuticos con las metas clínicas, y se seleccionan estrategias de intervención con soporte empírico para crear el diseño de tratamiento

- Se comunican al usuario la formulación del su caso y se le ayuda a identificar los costos emocionales, cognitivos y conductuales de la intervención si es que decide aceptarla.

----- Página Siguiente -----

Formulación de casos mediante el sistema de resolución de problemas aplicado al diseño de tratamiento para Terapia Cognitivo Conductual de Nezu, Nezu, y Lombardo (2006)

- Este sistema formula sus casos con las siguientes metas:
  - Comprender los problemas que presenta el usuario
  - Identificar las variables relacionadas funcionalmente con esos problemas
  - Diseñar objetivos y metas de tratamiento
- Inicia con la etapa de generación de opciones en que se recaba información para conocer el

motivo de consulta, y en base a ello definir las metas que el usuario esperaría lograr al finalizar el tratamiento.

- Posteriormente se eligen las variables instrumentales u objetivos terapéuticos, especialmente los que se relacionen causalmente con las metas de resultados finales, para ayudar a identificarlas se pueden usar 3 estrategias:

- La estrategia teórica: que implica buscar estudios empíricos que vinculen las variables instrumentales u objetivos con los resultados finales esperados.

- La estrategia diagnóstica: mediante un pre diagnóstico se buscan las variables pertinentes en los manuales diagnósticos como el DSM-V o el CIE-10

- Sin embargo este modelo ocupa en particular un sistema multidimensional de evaluación, que está compuesto por: antecedentes conductuales, dimensión temporal y dimensión funcional. Su metodología implica la colecta de información sobre:

- Las variables relacionadas con el paciente, como antecedentes afectivos, cognitivos, biológicos, sociales, étnicos y culturales.

- Las variables relacionadas con su ambiente físico y social

- Los factores temporales o distales, que aportan el conocer como ha entendido su mundo y problemas el usuario, conocer hechos relevantes de su vida y su historia familiar.

- La dimensión funcional, que explica la función de todas las variables anteriores, respecto a las metas finales que demanda el usuario para su tratamiento; ya sea porque exista covariación en respuesta a un antecedente o debido a una respuesta. Este trabajo se hará de forma gráfica llamada mapa de patogénesis, en la que se clarificarán las diferentes cadenas de comportamiento, se mostrarán las que actúan entre sí, o en conjunto dentro de una cadena mayor. También explicarán la aparición y mantenimiento de los problemas del usuario, por lo que se trata de una hipótesis gráfica. Sus siglas son el acrónimo EORC que significa: las variables antecedentes, orgánicas, de respuesta y consecuencias, sobre las que se buscará incidir para influir un cambio en la respuesta final del usuario según Nezu, Nezu y Lombardo (2006).

- Con esa información se podrán elegir problemas potenciales que se fijen como objetivos terapéuticos, para tomar estas decisiones, se cuestiona la probabilidad de la aplicación, de éxito, de posibles consecuencias y para optimizar resultados con cada una de las opciones.

- Con lo anterior se clarificarán los temas que sí pertenecen a la problemática y los que no, además se asignarán estrategias de trabajo para cada objetivo, es decir, se diseñará el plan de tratamiento.

- Después en la etapa de comprobación de resultados se desarrolla y aplica el tratamiento, buscando comprobar el cambio en las variables intervenidas, respecto al momento anterior a la intervención.

----- Página Siguiente -----

“Realizar la intervención es la parte fácil del trabajo clínico. Las partes duras están recopilando y clasificando toda la información que le llega al clínico con el fin de determinar cuándo intervenir y qué objetivo de tratamiento abordar” (Persons, 2008)

**Carrusel: Algunos criterios de prioridad**

Tomar en cuenta las características y situaciones particulares que vive el usuario en el momento de la intervención ayudará a elegir los objetivos más adecuados y logrables para él. Por ejemplo, elegir los objetivos que el consultante recuerde bien, los que muestre más interés en trabajar y el que parezca un problema típico o repetitivo de su situación. En conclusión el objetivo tiene que ser emocionalmente significativo para el usuario.

En este mismo sentido, si el usuario no se encuentra en capacidad de aprovechar las intervenciones que lo conduzcan a realizar acciones, entonces se podrá priorizar trabajar con sus pensamientos automáticos. Por lo contrario, si en una etapa no es suficientemente consciente de sus pensamientos, se podría trabajar con sus comportamientos Persons, (2008)

Al elegir entre los objetivos que buscan disminuir síntomas problemáticos que le causan sufrimiento al usuario y los que se centran en aumentar sus comportamientos deseados, es más productivo seleccionar comportamientos adaptativos y trabajar en aumentarlos, en lugar de disminuir un comportamiento des adaptativo. Por ejemplo salir a caminar en lugar de enfocarnos en eliminar el comportamiento de comer demasiado al ver series.

Es importante comenzar con las conductas muy aversivas para el usuario y/o los que lo rodean, en el caso de las conductas donde influye mucho el ambiente; se podría preferir modificar las conductas que puedan ser mantenidas por el contexto. También dar prioridad a las conductas peligrosas, o la conducta más molesta (Godoy, 1993).

Será preferible atender los que produzcan un proceso de intervención más rápido, parsimonioso y dotado de efectos más generalizables. Las que propicien una flexibilidad en el repertorio de afrontamiento del usuario y que le provoquen a largo plazo mejoría en su calidad de vida, y niveles óptimos de funcionamiento, sobre los que generen niveles medios, Godoy, (1993)

Es importante privilegiar las conductas que pongan en riesgo la continuidad de la terapia, de esta forma se asegurará que el usuario avance lo más posible en ella. Será útil tomar en cuenta las implicaciones y consecuencias, de cada objetivo terapéutico, con observancia de los criterios éticos, y la viabilidad de la intervención.

Una vez realizada la definición de objetivos por parte del profesional, tomando en cuenta los puntos anteriores, los consensuará con el usuario para lograr un acuerdo sobre los objetivos y la prioridad de cada uno de ellos. De lograr una elección adecuada, lograremos determinar en función de cuales variables ocurre una conducta y la modificación de esta variable será la solución al problema según Várgaz e Ibáñez (1988)

-----  
Página Siguiente  
-----

Ahora formularemos un caso ficticio creado para ejemplificar los temas, de esta forma aplicaremos lo aprendido. Para esto, recuerda que la evaluación es un proceso de solución de problemas, donde se toman decisiones para atender la demanda del usuario Fernández-Ballesteros, (2014)

*Instrucciones:* descarga el siguiente archivo para realizar su formulación de caso.

### Descargable: Caso 1

#### Caso ficticio número 1

Usuaría de sexo femenino, de 30 años, en unión libre con pareja de la misma edad con quien renta un departamento. Indica que llegó a solicitar el servicio de asesoría psicológica por recomendación de una compañera de clase, “porque le comenté que tal vez me saldría de la escuela”, “debido a que me siento muy decaída últimamente”. Ha notado que siente tristeza sin un motivo aparente. Esto sucede más cuando se queda sola en casa y divaga sobre sus responsabilidades, ante las que siente apatía.

Ha comenzado a pensar en dejar de estudiar, pues ha perdido la motivación para seguir en la escuela. Cuando ingresó a la universidad la disfrutaba y tenía buen desempeño en sus actividades escolares, pero ahora cada vez le cuesta más trabajo motivarse a realizarlas, al comenzar a trabajar en ellas se siente ansiosa y prefiere cambiar de actividad, por lo que se termina auto recriminando.

Se ha encerrado y ha comenzado a descuidar su alimentación y arreglo. Duerme en promedio 4 horas ya que en la noche piensa en los atrasos con sus tareas. Se siente culpable con su pareja porque piensa que no se esfuerza a la par de él, debido a su baja de energía. Por todo esto, llora y en las mañanas se siente poco descansada. No considera que pueda lograr una diferencia importante, debido a que ha fracasado varias veces al intentar ser constante en sus actividades; por lo que presenta pensamientos con poca esperanza hacia el estudio y trabajo en casa. Comienza el día con motivación de hacer sus actividades, pero paulatinamente se siente desesperada porque cada vez se nota más inmóvil. En la tarde se siente cansada de luchar consigo misma para hacer sus actividades y se siente culpable porque todo le cuesta mucho trabajo “como si estuviera muy cansada”, aunque no haga muchas actividades.

Menciona que comenzó a sentirse así, desde hace medio año, cuando empezó a recriminarse haber perdido tantos años de escuela con pensamientos como: “ya hubiera terminado”, “no estaríamos pasando tantos problemas económicos”, “mi pareja si siguió estudiando y yo no”, en cambio “ahora estudiar es más difícil”. Esto le genera enojo. Su meta final es “volver a sentirse bien”, lo que significa estar animada y poder realizar sus actividades sin tanto sufrimiento y así continuar en la universidad. Esta usuaria tuvo indicadores de:

Depresión en 25, con significación “Moderada” en un rango de 17 a 29

Ansiedad en 16, con significación “Moderada” en un rango de 16 a 30

### Unir columnas: Formulación de caso 1

- ¿Cuál es el motivo de consulta como lo expone la usuaria?
  - ”me siento muy decaída últimamente”
- ¿Cuáles son las quejas de la usuaria?
  - Estar triste y desanimada
  - No puedo dormir

- Perdí muchos años de escuela
- Tenemos problemas económicos
- ¿Cuáles son sus demandas?
  - Mejorar su estado de ánimo
  - Continuar en la universidad
  - Afrontar sus actividades sin tantas dificultades, es decir sufrimiento
- ¿Cómo interpretas el motivo de consulta?
  - La usuaria presenta un aparente trastorno del estado de ánimo
- ¿Cómo expresarías los objetivos finales de la intervención con la usuaria? Recuerda que son los que nos indicarían al final de la intervención, si es que se tuvo éxito.
  - Al terminar la intervención la usuaria obtendrá control sobre su estado anímico, pudiendo incidir en él mediante sistemas de afrontamiento, disminuyendo significativamente su grado de malestar respecto a sus actividades.
- ¿Cuáles serían las conductas problema?
  - Sensación de falta de energía para atender sus actividades del hogar
  - Desmotivación para con sus tareas escolares
  - Problemas para dormir y sentir descanso
  - Auto recriminaciones y desesperanza

----- Página Siguiente -----

Cadenas conductuales - Screening - hipótesis del caso (página 10)

### Llenar huecos: Screening, hipótesis, objetivos terapéuticos Caso 1

Una vez que hemos elegido las conductas problema, creamos las principales cadenas conductuales para cada una.

- Identifica algunas de las principales cadenas conductuales con el modelo ABC:
  - A – estar sola, B – Pensar en lo que no ha hecho, C – se siente triste y sin energía
  - A – cuando se nota inmóvil, B – reacciona con desesperanza y angustia hacia sus actividades C – evita hacer sus actividades escolares
  - A – despierta en la noche, B – piensa en sus atrasos escolares, C –duerme 4 horas y no se siente repuesta
  - A – problemas económicos B – Se recrimina por no haber seguido estudiando hace años y porque actualmente sus actividades le cuestan mucho trabajo C – enojo y culpa consigo misma
- Ahora relacionamos las cadenas conductuales acomodándolas en las columnas del *screening* para crear una hipótesis gráfica.

Distales	Variables			
	Antecedentes	Organísmicas	Respuesta	Consecuencia
Dejó de estudiar algunos años	Estar sola	Estados anímicos de preocupación,	Piensa en actividades pendientes	Insomnio
	Cuando se nota con poca actividad	desesperanza, desmotivación, tristeza, enojo y culpa	Evita las actividades escolares	Atraso en actividades escolares y de hogar
	A la hora de	No logra su		

dormir, piensa en activación fisiológica		
sus asuntos pendientes	Sensaciones de ansiedad o angustia	Auto recriminaciones y pensamientos denigratorios
Problemas económicos.	Sobre enfoque a sus estados anímicos y físicos	

- Redacta una hipótesis escrita sobre el funcionamiento psíquico de la usuaria.
  - La usuaria presenta un trastorno del estado de ánimo con rasgos depresivos, que se detona debido a crisis económicas y que se mantiene por la auto denigración constante hacia sí misma, cuando presenta poca auto eficacia percibida.
- ¿A qué trastorno se parece lo que has hipotetizado?
  - Depresión
- Formulación de objetivos terapéuticos:
  - Variables teóricas o diagnósticas relevantes del caso:
    - Pérdida de interés y placer, problemas para dormir y comer, pensamientos desalentadores, y lesivos, episodios de tristeza, rumiar situaciones desalentadoras de su medio ambiente, poca energía y sentimiento de culpa Morrison (2014).
  - Objetivos a priorizar:
    - Los síntomas depresivos anteceden a todas las variables, por lo que es necesario intervenir primero en la activación conductual del usuario para después poder intervenir en las demás variables.
- Elige los objetivos terapéuticos en relación con la formulación del caso, es decir, tomando en cuenta tu hipótesis, objetivos finales, diagnóstico, conductas problema etc.:
  - Propiciar que la usuaria tenga mayor nivel de actividad fisiológica y conductual
  - Confrontar pensamientos de desvalorización, juicio, y actitudes desalentadoras
  - Aportar un sistema de afrontamiento de problemáticas, para aumentar su percepción de auto eficacia y disminuir su evitación
- Selección del plan de tratamiento en base a los objetivos terapéuticos designados.
  - Activación fisiológica
  - Reestructuración cognitiva
  - Psicoeducación sobre técnica de resolución de problemas

----- Página Siguiente -----

**Función:  
Integración  
página 11**

Ahora repasemos el sistema de formulación de casos en CAPED, tomando en cuenta la información anterior. (página 11)

### Lista desordenada: La formulación de casos en CAPED

- 1 Etapa de delimitación patológica
  - 1.1 Formulario de solicitud de servicios, instrumentos auto aplicables sobre depresión,

- ansiedad y problemas de aprendizaje.
- 2 Etapa de comprensión del problema
    - 2.1 Entrevista diagnóstica
    - 2.2 Definición del motivo de consulta
  - 3 Análisis de datos
    - 3.1 Definición de objetivos generales del tratamiento
    - 3.2 Elección y formulación de las conductas problema
    - 3.3 Hipótesis de las variables que producen y mantienen la conducta problema
    - 3.4 Detección de relaciones causales desde un enfoque multicausal
  - 4 Hipótesis
    - 4.1 Hipótesis gráfica: Screening
    - 4.2 Diseño de una hipótesis que explique el funcionamiento psíquico, su problemática y propuesta de solución.
    - 4.3 Generación de pre diagnóstico (opcional)
  - 5 Formulación de objetivos terapéuticos
  - 6 Elección de tratamiento
  - 7 Informe y puesta de acuerdo con el usuario sobre los objetivos terapéuticos y tratamiento.

Por último tu sola(o) harás la formulación del siguiente caso para que integres los conocimientos adquiridos.

#### Descargable: Caso 2

##### Caso 2

Estudiante de odontología de 25 años, soltero, realiza la solicitud de asesoría psicológica por motivación de su novia. Dice que “hace más de un mes estoy muy estresado”. Respondiendo a la pregunta de ¿qué sucede?, contesta que cuando realiza prácticas con un paciente, hay un momento en que percibe un escalofrío y es cuando sabe que “ya va a empezar otra vez” con un calor y sudor incontrolable, que le hace sentir muy incómodo y abochornado. Entonces se preocupa de que su paciente se dé cuenta y crea que él está inseguro de ejecutar su procedimiento, sin embargo lo que le sucede no se debe a falta de capacitación, ya que siempre ha sido de los mejores de su clase.

Ha pensado en salir del consultorio pero cree que su profesor o compañeros le interrogarán sobre lo que sucede y esto sería vergonzoso para él, así que se siente sin apoyo y lucha contra la idea de interrumpir su práctica. Menciona que cuando le sucede esto “trata de controlarse y de aguantar”, pero llega un momento en que se siente atrapado. Sin embargo, cuando sale del área de práctica o lo platica con su novia se calma. En otras ocasiones, ha preferido faltar cuando no se siente seguro para enfrentar todo eso.

Actualmente le preocupa el miedo de volver a sentir lo mismo, sobre todo en el transporte público, donde piensa que si se siente muy mal nadie lo va ayudar. Esto ha afectado su calidad de vida, ya que mantiene una vigilancia muy consciente de cualquier sensación que parezca escalofrío, calor, enrojecimiento de la cara, sudor, o aceleración del corazón para “saber si le va a volver a pasar esa crisis”. Las situaciones con las que disminuyen sus episodios es salir acompañado, no agitarse subiendo escaleras, no estar en ayunas mucho tiempo o tomar café, debido a que siente el inicio de sensaciones parecidas.

Las primeras veces que detectó situaciones similares fue en una ocasión que vivió un asalto en una combi, y desde entonces prefirió ya no usar ese sistema de transporte, y comenzó a preferir



desplazarse acompañado hasta donde le era posible, pero sabe que eso está mal y que lo hace por miedo. Esta situación ha afectado su asistencia a algunas prácticas, ha ocasionado que no disfrute su preparación y que tema “no servir para dentista”. Le gustaría volver a disfrutar su práctica, sentirse seguro y no necesitar estar acompañado para hacer sus actividades; además de saber controlarse. Este usuario no tiene comorbilidades y ha tenido indicadores de:

Depresión en 16, con significación “Moderada” en un rango de 16 a 30

Ansiedad en 25, con significación “Moderada” en un rango de 17 a 29

*La formulación listará todas las quejas, problemas y síntomas del usuario, de manera que se comprenda su relación y su grado de importancia para el usuario y para el tratamiento (Persons, 2008). Para comprender los problemas del usuario se identificarán las metas finales (propuestas por el usuario), en contraste con su funcionamiento actual en áreas de su vida, es decir, de sus quejas y demandas.*

### Cuestionario SCORM: Formulación de caso 2

- ¿Cuál consideras que es el motivo de consulta como lo expone el usuario?
  - “me he sentido muy estresado”
- ¿Cuáles son las quejas del usuario?
  - no puedo controlar mis nervios
  - lo tengo que ocultar porque me da vergüenza
  - No puedo hacer mis prácticas
- ¿Cuáles son sus demandas?
  - saber cómo controlarse
  - volver a disfrutar su práctica
  - sentirse seguro
- ¿Cómo interpretas el motivo de consulta?
  - El usuario padece episodios de angustia relacionados con sensaciones corporales, que se activan con su miedo de volver a sentirlas y en ciertos lugares
- ¿Cómo expresarías los objetivos finales de la intervención del usuario?
  - entender lo que le sucede
  - recuperar seguridad
  - aprender a controlarse
- ¿Cuáles serían las conductas problema?
  - pensar que lo que le sucede es motivo de vergüenza
  - híper vigilar sus sensaciones corporales
  - tener que estar acompañado para realizar actividades
  - Faltar a sus prácticas

### Llenar huecos: Screening, hipótesis, objetivos terapéuticos Caso 2

- Crea cadenas conductuales
  - A – siente escalofrío, sudor, calor, bochorno B – Piensa que lo que le sucede es motivo de vergüenza, C – teme que se den cuenta, se siente atrapado, sin opciones de ayuda
  - A – Preocupación de volver a sentirse en crisis, B – vigila sus sensaciones físicas de calor o agitación, C – su expectativa le lleva a sentir las en cada vez más lugares
  - A – Teme no tener ayuda o apoyo alguien, B – busca realizar sus actividades y

traslados acompañado, C – aunque de momento le ayuda, se termina sintiendo más inseguro

- A – Piensa que puede volver a sentir las experiencias desagradables, B – falta a su práctica, C –se siente inseguro.
- Relaciona las cadenas conductuales acomodándolas en las columnas del *screening* para crear una hipótesis gráfica.

Distales	Antecedentes	Variables		
		Organísmicas	Respuesta	Consecuencia
Asalto en transporte público como forma de manejo	Sensaciones de estimulación fisiológicas	Sobre enfoque a sus sensaciones físicas	Asigna a sus eventos de angustia un sentido peyorativo	Se siente atrapado
	Preocupación de vivir evento de angustia	Falta de capacidad para afrontar emociones	angustia un sentido peyorativo	Percibe sus sensaciones de angustia en cada vez más lugares
	Teme no contar con apoyo de las personas	dolorosas y activación fisiológicas	Vigila sus sensaciones físicas	Ha aumentado su inseguridad
	teme que se den cuenta sus pacientes, maestro, compañeros	Usa sistemas de evitación, y de comprobación de respuestas	Busca compañía	

- Redacta una hipótesis escrita sobre el funcionamiento psíquico del usuario.
  - El usuario presenta episodios de angustia, causados por interpretaciones tendientes a no tener apoyo. Son mantenidas por la preocupación de volver a sentirlas y por actitudes auto denigradoras.
- ¿A qué trastorno se parece lo que has hipotetizado? Al trastorno de angustia con agorafobia: es una crisis de pánico, en referencia a *encontrarse en una situación embarazosa o de la que parezca difícil escapar, o de la que pudiera no haber ayuda disponible en caso de desarrollar síntomas de ansiedad* Morrison, (2014)
- Diseña los objetivos terapéuticos para este caso ¿Cómo se relaciona el conocimiento obtenido con la elaboración de los objetivos terapéuticos?
  - Variables teóricas o diagnósticas relevantes del caso
    - Las personas padecen ansiedad cuando deben estar solos o lejos de su hogar, necesidad de acompañamiento y temor a no tener ayuda disponible Morrison (2014).
  - Objetivos a priorizar:
    - Recuperar la calidad de vida del usuario, mediante la disminución de los efectos de las crisis de angustia y agorafobia con estrategias de afrontamiento eficaces, Nezu, Nezu, y Lombardo (2006)
- Elige los objetivos terapéuticos en relación con la formulación del caso, es decir, tomando en cuenta tu hipótesis, objetivos finales, diagnóstico, conductas problema etc.:
- Elige los objetivos terapéuticos en relación con la formulación del caso:
  - Generar interpretaciones adaptativas respecto a sus síntomas
  - Reducir la activación fisiológica

- Reducir la hiper vigilancia de síntomas
- Limitar los comportamientos de seguridad
- Selección del plan de tratamiento en base a los objetivos terapéuticos designados.
  - Psicoeducación sobre el trastorno de ansiedad
  - Técnicas de desactivación fisiológica
  - Reestructuración cognitiva
  - Intervención sobre comportamientos evitativos y de prevención de respuesta
  - Habilidades de afrontamiento sobre principales detonantes

-----  
 -----

Página Siguiete

-----  
 -----

## Bibliografía

Fuentes (página 15)

Dahab, J; Rivadeneira, C. & Minici, A. (2014). Formulación de Objetivos y Dirección del tratamiento en Terapia Cognitivo Conductual. Revista De Terapia Cognitivo Conductual. No. 24. CETECIC.

Duro, J. C. (2001). Psicología clínica y psiquiatría. Papeles del Psicólogo, vol. 24, núm. 85, mayo-agosto, 2003, pp. 1-10, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. España.

Fernández-Ballesteros (2014). *Evaluación psicológica. Conceptos métodos y estudio de casos*. Capítulo -2. Madrid. Pirámide.

Godoy, J. (1993). El proceso de la evaluación conductual. En V. Caballo (dir). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI.

Morrison, J. (2014). *DSM-5 Guía Para El Diagnóstico Clínico*. México. Manual Moderno.

Nezu, Nezu & Lombardo (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México. Manual Moderno.

Persons, J. (2008). *The Case Formulation Approach to Cognitive Behavior Therapy*. New York. The Guilford Press.

Ruiz, M; Díaz, M; & Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Bilbao. Desclée De Brower.

Vargas, F. & Ibáñez R. (1998). La Evaluación Conductual. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Revista electrónica de psicología Iztacala, Vol.1 No.2

## Créditos

Coordinadora del proyecto: Anabel de la Rosa Gómez  
 Elaboración: Eduardo Sánchez Pimentel

## 5.2 Actividades componentes de la UAPA

Actividades	Desarrollo Descripción a detalle de las actividades propuestas. .	Tipo de recursos a habilitar en plataforma	Retroalimentación Retroalimentación Automática
<b>Actividad 1.</b>	<p>Descarga y lee el Caso 1 y responde el siguiente cuestionario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es el motivo de consulta como lo expone la usuaria?               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ "me siento muy decaída últimamente"</li> <li>◦ Recomendación de compañera de clase</li> <li>◦ Siente apatía hacia sus responsabilidades</li> </ul> </li> <li>• ¿Cuáles son las quejas de la usuaria?               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Estar triste y desanimada, "No puedo dormir", Perdí muchos años de escuela, Tenemos problemas económicos</li> <li>◦ Mejorar su estado de ánimo, continuar en la universidad, afrontar sus actividades sin tantas dificultades o sufrimiento</li> </ul> </li> <li>• ¿Cuáles son sus demandas?               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Mejorar su estado de ánimo, continuar en la universidad, afrontar sus actividades sin tantas dificultades o sufrimiento</li> <li>◦ Estar triste y desanimada, "No puedo dormir", Perdí muchos años de escuela, Tenemos problemas económicos</li> </ul> </li> <li>• ¿Cuál es tu interpretación del motivo de consulta?               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ La usuaria presenta un aparente trastorno del estado de ánimo</li> <li>◦ La usuaria padece insomnio</li> <li>◦ La usuaria está en riesgo de dejar la escuela</li> </ul> </li> <li>• ¿Cómo expresarías los objetivos generales de la intervención con la usuaria?               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Al terminar la intervención la usuaria obtendrá control sobre</li> </ul> </li> </ul>	Cuestionario de opción múltiple con retroalimentación automática	<p>Pregunta 1 Respuesta correcta <b>a</b></p> <p>Pregunta 2 Respuesta correcta <b>a</b></p> <p>Pregunta 3 Respuesta correcta <b>a</b></p> <p>Pregunta 4 Respuesta correcta <b>a</b></p> <p>Pregunta 5 Respuesta correcta <b>a</b></p> <p>Pregunta 6 Respuesta correcta <b>a</b></p>

	<p>su estado anímico, disminuyendo su malestar respecto a sus actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al terminar la intervención la usuaria logrará seguir en la escuela</li> <li>○ Al terminar la intervención la usuaria mejorará su autoestima y los problemas con su pareja</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles serían las conductas problema? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Problemas para dormir y sentir descanso, falta de energía para atender actividades, evitar sus tareas escolares, actitud negativista respecto a sus problemas, Auto recriminaciones</li> <li>○ Desea dejar de estudiar, se siente culpable con su pareja, tiene problemas económicos, enojo</li> </ul> </li> </ul>		
<p><b>Actividad 2.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica algunas de las principales cadenas conductuales con el modelo ABC: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ A – <b>estar sola</b>, B – Pensar en lo que no ha hecho, C – se siente triste y sin energía</li> <li>○ A – <b>cuando se nota inmóvil</b>, B – reacciona con desesperanza y angustia hacia sus actividades C – evita hacer sus actividades escolares</li> <li>○ A – despierta en la noche, B – piensa en sus atrasos escolares, C –<b>duerme 4 horas y no se siente repuesta</b></li> <li>○ A – problemas económicos B – <b>Se recrimina</b> por no haber seguido estudiando hace años y porque actualmente sus actividades le cuestan mucho trabajo C – enojo y culpa consigo misma</li> </ul> </li> <li>• Ahora relacionamos las cadenas conductuales acomodándolas en las columnas del <i>screening</i> para crear una hipótesis gráfica.</li> </ul>	<p>Actividad interactiva de rellenar huecos con retroalimentación automática</p>	<p>Pregunta 7 Respuestas correctas <b>a estar sola</b> <b>b cuando se nota inmóvil</b> <b>c duerme 4 horas y no se siente repuesta</b> <b>d Se recrimina</b></p> <p>Pregunta 8 Respuestas correctas <b>a estudiar</b> <b>b Estar sola</b> <b>c activación</b> <b>d denigratorios</b> <b>e Atraso</b></p> <p>Pregunta 9 Respuesta correcta <b>depresivos</b>, Respuesta correcta <b>auto denigración</b></p> <p>Pregunta 10 Respuesta correcta <b>Depresión</b></p> <p>Pregunta 11</p>

- Distales

Dejó de **estudiar** algunos años

- Antecedentes

### **Estar sola**

Cuando se nota con poca actividad

A la hora de dormir, piensa en sus pendientes

Problemas económicos.

- Organísmicas

Estados anímicos de preocupación, desesperanza, desmotivación, tristeza, enojo y culpa

No logra su **activación** fisiológica

Sensaciones de ansiedad o angustia

Sobre enfoque a sus estados anímicos y físicos

- Respuesta

Piensa en actividades pendientes

Evita las actividades escolares

Auto recriminaciones y pensamientos **denigratorios**

- Consecuencia

Insomnio

**Atraso** en actividades escolares y de hogar

- Redacta una hipótesis escrita sobre el funcionamiento psíquico de la usuaria.

La usuaria presenta un trastorno del estado de ánimo con rasgos **depresivos**, que se detona debido a crisis económicas y que se mantiene por la **auto denigración** constante hacia sí misma, cuando presenta poca auto eficacia percibida.

- ¿A qué trastorno se parece lo que has hipotetizado?

### **Depresión**

- Formulación de objetivos terapéuticos:
  - Variables teóricas o diagnósticas relevantes del caso:
    - Pérdida de interés y placer, problemas para dormir y comer, pensamientos desalentadores, y lesivos, episodios de tristeza, rumiar situaciones desalentadoras de su medio ambiente, poca energía y

Respuesta correcta **Activación**

Pregunta 12

Respuestas correctas

- a **mayor nivel**
- b **Confrontar pensamientos**
- c **afrontamiento de problemáticas**

Pregunta 13

Respuestas correctas

- a **Activación**
- b **cognitiva**
- c **Psicoeducación**

	<p>sentimiento de culpa Morrison (2014).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Objetivos a priorizar: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los síntomas depresivos anteceden a todas las variables, por lo que es necesario intervenir primero en la <b>activación</b> conductual del usuario para después poder intervenir en las demás variables.</li> </ul> </li> <li>• Elige los objetivos terapéuticos en relación con la formulación del caso, es decir, tomando en cuenta tu hipótesis, objetivos finales, diagnóstico, conductas problema etc.: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Propiciar que la usuaria tenga <b>mayor nivel</b> de activación fisiológica y conductual</li> <li>○ <b>Confrontar pensamientos</b> de desvalorización, juicio, y actitudes desalentadoras</li> <li>○ Aportar un sistema de <b>afrontamiento de problemáticas</b>, para aumentar su percepción de auto eficacia y disminuir su evitación</li> </ul> </li> <li>• Selección del plan de tratamiento en base a los objetivos terapéuticos designados. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Activación</b> fisiológica</li> <li>○ Reestructuración <b>cognitiva</b></li> <li>○ <b>Psicoeducación</b> sobre técnica de resolución de problemas</li> </ul> </li> </ul>		
<b>Actividad 3.</b>	<p>La formulación de casos en CAPED</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapa de delimitación patológica <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formulario de solicitud de servicios, instrumentos auto aplicables sobre depresión, ansiedad y problemas de aprendizaje.</li> </ul> </li> <li>• Etapa de comprensión del problema <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entrevista diagnóstica</li> <li>○ Definición del motivo de consulta</li> </ul> </li> <li>• Análisis de datos <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Definición de objetivos generales del tratamiento</li> </ul> </li> </ul>	<p>Actividad interactiva de ordenar lista, con retroalimentación automática</p>	<p><b>Lista ordenada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapa de delimitación patológica: formulario de solicitud de servicios, instrumentos auto aplicables sobre depresión, ansiedad y problemas de aprendizaje.</li> <li>• Etapa de comprensión del problema: entrevista diagnóstica y definición del motivo de consulta</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Elección y formulación de las conductas problema</li> <li>◦ Hipótesis de las variables que producen y mantienen la conducta problema</li> <li>◦ Detección de relaciones causales desde un enfoque multicausal</li> <li>• Hipótesis <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hipótesis gráfica: Screening</li> <li>◦ Diseño de una hipótesis que explique el funcionamiento psíquico, su problemática y propuesta de solución.</li> <li>◦ Generación de pre diagnóstico (opcional)</li> </ul> </li> <li>• Formulación de objetivos terapéuticos</li> <li>• Elección de tratamiento</li> <li>• Informe y puesta de acuerdo con el usuario sobre los objetivos terapéuticos y tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de datos: definición de objetivos generales del tratamiento, elección y formulación de las conductas problema, hipótesis de las variables que producen y mantienen la conducta problema, detección de relaciones causales desde un enfoque multicausal.</li> <li>• Hipótesis gráfica: Screening y diseño de una hipótesis que explique el funcionamiento psíquico y mantenimiento. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Generación de pre diagnóstico (opcional)</li> </ul> </li> <li>• Formulación de objetivos terapéuticos</li> <li>• Elección de tratamiento</li> <li>• Informe y puesta de acuerdo con el usuario sobre los objetivos terapéuticos y tratamiento.</li> </ul>
<b>Actividad 4.</b>	<p>Formulación de caso 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál consideras que es el motivo de consulta como lo expone el usuario?</li> </ul> <p><b>“me he sentido muy estresado”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las quejas del usuario?</li> </ul> <p><b>no puedo controlar mis nervios, lo tengo que ocultar porque me da vergüenza, No puedo hacer mis prácticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son sus demandas?</li> </ul> <p><b>Saber cómo controlarse, volver a disfrutar su práctica, sentirse seguro</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo interpretas el motivo de consulta?</li> </ul> <p><b>El usuario padece episodios de angustia relacionados con sensaciones corporales, que se activan con su miedo de volver a sentirlas y en ciertos lugares</b></p>	<p>Cuestionario SCORM con retroalimentación inmediata</p> <p>Pregunta 1 Respuesta correcta <b>“me he sentido muy estresado”</b></p> <p>Pregunta 2 Respuesta correcta <b>no puedo controlar mis nervios, lo tengo que ocultar porque me da vergüenza, No puedo hacer mis prácticas</b></p> <p>Pregunta 3 Respuesta correcta <b>saber cómo controlarse, volver a disfrutar su práctica, sentirse seguro</b></p> <p>Pregunta 4</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo expresarías los objetivos finales de la intervención del usuario?</li> </ul> <p><b>Entender lo que le sucede, recuperar seguridad, aprender a controlarse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles serían las conductas problema?</li> </ul> <p><b>Pensar que lo que le sucede es motivo de vergüenza, híper vigilar sus sensaciones corporales, tener que estar acompañado para realizar actividades, faltar a sus prácticas</b></p>	<p>Respuesta correcta <b>El usuario padece episodios de angustia relacionados con sensaciones corporales, que se activan con su miedo de volver a sentirlas y en ciertos lugares</b></p> <p>Pregunta 5 Respuesta correcta <b>entender lo que le sucede, recuperar seguridad, aprender a controlarse</b></p> <p>Pregunta 6 Respuesta correcta <b>pensar que lo que le sucede es motivo de vergüenza, híper vigilar sus sensaciones corporales, tener que estar acompañado para realizar actividades, faltar a sus prácticas</b></p>
<p><b>Actividad 5.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crea cadenas conductuales       <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ A – siente escalofrío, sudor, calor, bochorno B – Piensa que lo que le sucede es motivo de vergüenza, C – teme que se den cuenta, <b>se siente atrapado, sin opciones de ayuda</b></li> <li>◦ A – Preocupación de <b>volver a sentirse en crisis</b>, B – vigila sus sensaciones físicas de calor o agitación, C – su expectativa le lleva a sentirlas en cada vez más lugares</li> <li>◦ A – Teme no tener <b>ayuda o apoyo</b> alguien, B – busca realizar sus actividades y traslados acompañado, C – aunque de momento le ayuda, se termina sintiendo más inseguro</li> <li>◦ A – Piensa que puede volver a sentir las experiencias desagradables, B – <b>falta</b> a su práctica, C –se siente inseguro.</li> </ul> </li> <li>• Relaciona las cadenas conductuales acomodándolas en las columnas del <i>screening</i> para crear una hipótesis gráfica.</li> </ul>	<p>Actividad interactiva de rellenar huecos con retroalimentación automática</p> <p>Pregunta 7 Respuestas correctas <b>a se siente atrapado, sin opciones de ayuda</b> <b>b volver a sentirse en crisis</b> <b>c ayuda o apoyo</b> <b>d falta</b></p> <p>Pregunta 8 Respuestas correctas <b>e Asalto</b> <b>f Preocupación</b> <b>g Sobre vigilancia</b> <b>h vergüenza</b> <b>i atrapado</b></p> <p>Pregunta 9 Respuestas correctas <b>j angustia</b> <b>k apoyo</b> <b>l preocupación</b></p> <p>Pregunta 10 Respuestas correctas <b>m angustia con agorafobia</b> <b>n apoyo</b></p>

- Distales

**Asalto** en transporte público Evitación como forma de manejo

- Antecedentes

Sensaciones de estimulación fisiológicas

**Preocupación** de vivir evento de angustia

Teme no contar con apoyo de las personas teme que se den cuenta sus pacientes, maestro, compañeros

- Organísmicas

**Sobre vigilancia** a sus sensaciones físicas

Falta de capacidad para afrontar emociones dolorosas y activación fisiológicas

Usa sistemas de evitación, y de comprobación de respuestas

- Respuesta

Asigna a sus eventos de angustia un sentido peyorativo de **vergüenza**

Vigila sus sensaciones físicas

Busca compañía

- Consecuencia

Se siente **atrapado**

Percibe sus sensaciones de angustia en cada vez más lugares

Ha aumentado su inseguridad

- Redacta una hipótesis escrita sobre el funcionamiento psíquico del usuario.

El usuario presenta episodios de **angustia**, causados por interpretaciones tendientes a no tener **apoyo**. Son mantenidas por la **preocupación** de volver a sentirlas y por actitudes auto denigradoras.

- ¿A qué trastorno se parece lo que has hipotetizado?

Al trastorno de **angustia con agorafobia**: es una crisis de pánico, en referencia a *encontrarse en una situación embarazosa o de la que parezca difícil escapar, o de la que pudiera no haber ayuda disponible en caso de desarrollar síntomas de ansiedad* Morrison, (2014)

- Diseña los objetivos terapéuticos para este caso ¿Cómo se relaciona el conocimiento obtenido con la elaboración de los objetivos terapéuticos?
  - Variables teóricas o diagnósticas relevantes del caso

Pregunta 11

Respuestas correctas

- a **acompañamiento**
- b **calidad de vida**

Pregunta 12

Respuestas correctas

- o **adaptativas**
- p **fisiológica**
- q **híper vigilancia**
- r **seguridad**

Pregunta 13

Respuestas correctas

- s **Psicoeducación**
- t **desactivación**
- u **Reestructuración**
- v **evitativos**
- w **afrontamiento**

- Las personas padecen ansiedad cuando deben estar solos o lejos de su hogar, necesidad de **acompañamiento** y temor a no tener ayuda disponible Morrison (2014).
  - Objetivos a priorizar:
    - Recuperar la **calidad de vida** del usuario, mediante la disminución de los efectos de las crisis de angustia y agorafobia con estrategias de afrontamiento eficaces, Nezu, Nezu, y Lombardo (2006)
- Elige los objetivos terapéuticos en relación con la formulación del caso, es decir, tomando en cuenta tu hipótesis, objetivos finales, diagnóstico, conductas problema etc.:
  - Generar interpretaciones **adaptativas** respecto a sus síntomas
  - Reducir la activación **fisiológica**
  - Reducir la **hiper vigilancia** de síntomas
  - Limitar los comportamientos de **seguridad**
- Selección del plan de tratamiento en base a los objetivos terapéuticos designados.
  - **Psicoeducación** sobre el trastorno de ansiedad
  - Técnicas de **desactivación** fisiológica
  - **Reestructuración** cognitiva
  - Intervención sobre comportamientos **evitativos** y de prevención de respuesta
  - Habilidades de **afrontamiento** sobre principales detonantes

**Evaluación de la unidad**

**NO APLICA**

**NO APLICA**

**NO APLICA**

## Capítulo 6      Discusión

### 6.1      Pertinencia de las actividades de apoyo desarrolladas

Las actividades buscan atender el proceso de elección de objetivos clínicos por parte de los asesores de CAPED, aportando contenidos que validen la importancia del pretratamiento, y se consideran pertinentes ya que “a fin de poder formular objetivos concretos y racionales, es necesario que en primera instancia el psicólogo Cognitivo Conductual lleve a cabo una evaluación del caso” (Dajab, Rivadeneira & Minici, 2014, p.2), de hecho, la formulación del tratamiento partirá de la determinación de los objetivos de tratamiento, también llamados objetivos terapéuticos según Vargaz e Ibañez (1988) de ahí la importancia de crear un material informático que apoye en la capacitación de los asesores de CAPED, al respecto de métodos para su obtención y criterios para su elección.

El método descrito aquí es una adaptación práctica del eslabonamiento de los procesos, que desembocan en la obtención de objetivos terapéuticos. Como es propio del modelo Cognitivo Conductual, todos estos elementos están engranados y es posible reformular cada uno de ellos las veces necesarias, por lo que; aunque existe un orden en su aplicación, el procedimiento no es necesariamente lineal. Por ende este trabajo terminará por mencionar algunos de los elementos adyacentes de la formulación de casos, pero enfocándose más en la formulación de objetivos terapéuticos. En este instrumento se usaron ejercicios con casos ficticios, que pudieran presentarse de forma similar durante la práctica. En él no se propone un nuevo tipo de formulación de casos, sino que se usa el sistema ya existente, enfocado en problemas de Nezu, Nezu y Lombardo (2006), y basado en Formulación de casos según Persosn, (2008) abonando información para la obtención de objetivos terapéuticos y temas que han servido de referencia para asignarles una prioridad.

Sobre el modelo del Enfoque Basado en Problemas de Nezu, Nezu y Lombardo (2006), el cual usa el Screening según la dimensión funcional o E O R C, éste clarificará un conjunto de cadenas de comportamiento, dentro de un sistema causal general de relaciones entre variables, metas y obstáculos para alcanzarlas. De esta forma se asignarán estrategias de trabajo para atender las variables antecedentes, orgánicas, de respuesta y consecuencias para poder influir un cambio en la respuesta final del usuario según Nezu, Nezu y Lombardo (2006). El segundo

tema es que “la confianza en la formulación de un caso cognitivo-conductual puede contribuir al resultado del tratamiento” (Persons, 2008, p. 16) al respecto, en casos de pacientes ambulatorios hay pocos estudios enfocados directamente sobre esta cuestión, pero en la mayoría de los casos, se reportan resultados similares de eficacia al usar la formulación de casos o el apoyo empírico para la utilidad del tratamiento, según la misma autora.

En conclusión, actualmente el apoyo empírico más fuerte para la utilidad del tratamiento, proviene del uso del método de protocolos de Intervención basados en evidencias o formulaciones nomotéticas y su adecuación idiográfica ajustada a las características individuales, sumando a ellos los datos que el terapeuta pueda recopilar para evaluar el progreso del usuario según Persons, (2008).

## **6.2 Limitaciones de las actividades de apoyo**

Se procuró darle un manejo ágil al proceso de formulación y elección de objetivos terapéuticos, ilustrándolos de forma sintética y eslabonada como se describe a continuación:

- **Formulación del Caso 1**

En esta actividad se trabajó con una de las afectaciones más comunes de la población que acude a servicios psicológicos, como son los síntomas depresivos “al grado de que se le suele denominar el “resfriado” entre los problemas de salud mental” (Nezu, Nezu, Perri, 1989, citados en Nezu, Nezu y Lombardo, 2006). En él se ejemplificó la definición de los temas básicos en una primera entrevista como son: el motivo de consulta y su interpretación, el objetivo final de la terapia esperado por el usuario, las quejas y demandas, de las cuales se obtendrían las conductas problema.

Las limitaciones del instrumento tienen que ver con no haber puentado los conceptos de la entrevista diagnóstica de CAPED con la clarificación de los términos solicitados. Por otra parte también estoy claro de que las respuestas ofrecidas dentro de los contenidos, pudieran prestarse al debate, según la suspicacia y experiencia de los asesores que las lean.

- **Screening, hipótesis y objetivos terapéuticos Caso 1**

Se ejemplificó la definición de los temas básicos para una segunda sesión como son: la elaboración de cadenas conductuales, su relación en el *screening*, la generación de una hipótesis con el origen y mantenimiento de la problemática, hasta llegar a los objetivos terapéuticos. En ellos se aportó una variable teórica o diagnósticas relevantes del caso, y una opción para priorizar la elección de los mismos. Por último se mostró cómo deberían estar enlazados con el diseño del tratamiento.

Las limitaciones de este instrumento recaen en la falta de un modelo gráfico para el llenado del *screening*, el cual pudo haber dado mayor entendimiento al ejercicio.

- La formulación de casos en CAPED

Se listaron los pasos que componen la etapa de pretratamiento en CAPED, con el fin de que el asesor terapéutico les dé un orden, que le agilice su comprensión y por otra parte que le permita eslabonarlos según la interacción que guardan unos con otros.

Las limitaciones de esta actividad es que CAPED deberá validar su acuerdo con los pasos expuestos y su orden.

- Formulación del Caso 2

En esta actividad se trabajó con el trastorno de ansiedad, como episodios de angustia con agorafobia. “en esencia, este padecimiento es un temor aprendido a ciertas sensaciones corporales, en tanto que la agorafobia es la reacción conductual en anticipación a la experiencia de dichas sensaciones corporales o de una crisis de angustia completa” (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006, p.99). En él se pidió especificar los temas básicos en una primera entrevista como son: el motivo de consulta y su interpretación, el objetivo final de la terapia esperado por el usuario, las quejas y demandas, para al final obtener de ellas las conductas problema.

Las limitaciones del instrumento son que el caso planteado, al ser ficticio pudiera presentar carencias en determinados síntomas o conductas, como para ser percibida por el estudiante.

- Screening, hipótesis y objetivos terapéuticos Caso 2

Se pidió al estudiante integrar la información repasada sobre el tema, a través definir los temas a especificar en una segunda entrevista como son: la elaboración de cadenas conductuales, su relación en el *screening*, la generación de una hipótesis que describa el origen y

mantenimiento de la problemática hasta llegar a los objetivos terapéuticos. En ellos se aportó una variable teórica o diagnóstica relevante del caso, y una opción para priorizar su elección. Por último se relacionaron los objetivos terapéuticos con el diseño del tratamiento.

Las limitaciones de la actividad fue el manejar la actividad de *screening* de una manera gráfica y no sólo escrita.

### **6.3 Propuesta de actividades de apoyo complementarias**

Las actividades complementarias posibles en próximas herramientas educativas que pudieran complementar el trabajo actual, serían:

- Crear un instrumento del tipo “diagrama de procesos”, de forma gráfica e interactiva, para la elección de prioridades de los objetivos terapéuticos
- La obtención de los objetivos terapéuticos ya no en base a la formulación del caso como se hizo en este trabajo, sino mediante la Intervención Emocional o mediante la Terapia Cognitiva.
- Un material o actividad especializado en la generación de hipótesis en sí mismo, es decir; diferenciado del proceso de diagnóstico
- Por último, cabe aceptar que para este trabajo se usaron teorías de segunda generación del la TCC, por lo que trabajos posteriores podrían enfocarse en el uso de técnicas de primera y de tercera generación de la TCC

### **6.4 Consideraciones éticas y responsabilidad social de las actividades de apoyo**

Las actividades de apoyo se basaron en casos ficticios de invención propia, usados para ejemplificar y practicar los contenidos desarrollados, por lo que no hay riesgo de vulnerar alguna regla ética al respecto.

La elección de actividades, buscó clarificar los procedimientos para la elección de los temas centrales del proceso terapéutico de manera individualizada, donde los datos recabados estarán sujetos a su interpretación y en los cuales se requerirán decisiones en base al criterio del asesor psicológico, es decir; un ejercicio basado en la atención a un individuo. De esta forma se buscó

disminuir el riesgo de caer en una actitud tecnocrática o mecanicista, con la que el alumno pudiera únicamente depender de los protocolos de intervención basados en evidencia, o en los manuales diagnósticos para la elección de los objetivos terapéuticos, ya que aunque son excelentes opciones y se recomienda su uso en este trabajo, era importante fomentar un trabajo “artesanal”, debido a que en la práctica clínica, casi no se presentan casos tan idénticos a los “de un libro de texto” como dice Nezu, Nezu y Lombardo (2006) debido a las características y variables de cada individuo. Por lo que la responsabilidad ética del clínico sería optar por elaborar un tratamiento acorde a la medida de cada usuario, sin limitarse a una visión global o nomotética del caso, que le llevaría a ejercitar una elección de herramientas terapéuticas de forma prematura y no propia de una formulación ideográfica. Esto en conclusión habla de la responsabilidad ética de atender a la persona y no al caso.

Socialmente este trabajo buscará beneficiar a los alumnos en capacitación, para la atención psicológica de los estudiantes universitarios que atiende CAPED, lo cual se espera que redunde en beneficios para los solicitantes del servicio y a la consolidación en la práctica de los psicólogos en formación que realicen ahí sus prácticas; ya que la formulación del caso ayudará al clínico a entender como diversos problemas están relacionados y se desarrollan, en el adecuado plan de tratamiento que los direcciona Morrison, (2014).

### **6.5 Competencias desarrolladas respecto al perfil de egreso**

Las competencias, son “características personales que diferencian el desempeño excelente del promedio en un trabajo dado, rol, organización, o cultura. Las personas que tienen las competencias necesarias para un rol específico rinden mejor en ese rol que otros que no las tengan” (McClelland, como se citó en Peña, 2005, p. 130)

El perfil de egreso del SUAyED - Psicología, considera que:

*“El egresado de la Licenciatura en Psicología SUAyED podrá desempeñarse con eficacia, responsabilidad, y sentido humanitario en equipos tanto multidisciplinarios como interdisciplinarios con el afán de contribuir al desarrollo del conocimiento de la disciplina, así como la evaluación e intervención de los problemas psicológicos en su*



*entorno social para la promoción de la salud mental y calidad de vida.”* (Licenciatura de Psicología en Línea de la Universidad Nacional Autónoma de México, S/F).

Este trabajo espera contribuir a la eficacia en el manejo de la evaluación e intervención de problemas psicológicos, mediante el desarrollo de del conocimiento de la disciplina, en la comprensión dinámica del procedimiento para entender la problemática psicológica de un usuario, desde el modelo de la Terapia Cognitivo Conductual. A la vez puede ser una guía opcional para la gestión de la información obtenida en el caso clínico, en su relación con los objetivos terapéuticos.

En mi experiencia como asesor psicológico en CAPED, aprecié que el proceso de elección de los objetivos terapéuticos parecía apenas perceptible, dentro de la secuencia de pasos de la formulación de casos. Noté que se daba como una conclusión lógica del procedimiento, aunque sin abundar en un método didáctico para deducirlos. Por lo que en ocasiones pasaba a diseñar el tratamiento, en base a la lista de problemas o por el trastorno que aparecía en el motivo de consulta o pre diagnóstico, y sin tener suficiente claridad sobre como relacionar la información. El supervisor de casos era de gran ayuda para suplir esa carencia, y por ende se solventaba mediante la acumulación de experiencia como practicante; lo cual no es malo, siempre que no sea el único método. Por ende, con este trabajo tuve que practicar la habilidad de unir el diagnóstico con el tratamiento como dice Godoy (1993) y la manera de hacerlo requirió aumentar mis competencias en la comprensión de la formulación de casos para presentarla de forma sintética, a la vez que di pautas para que el alumno tuviera opciones teóricas para priorizar los objetivos. Si bien la supervisión individual y grupal hacen un trabajo muy eficiente complementando la formulación de los casos, y solventando los riesgos de los problemas planteados; considero que este trabajo puede auxiliar en la capacitación para la etapa de pretratamiento, con el fin de fomentar una autonomía saludable en el estudiante, mediante la capacitación continua.

## Referencias

- American Psychiatric Association (APA), (2013). Society for Media Psychology and Technology. Division 46 of the American Psychiatric Association. Recuperado de <https://www.apadivisions.org/division-46/about>
- Carrascoza, C. (2008). La práctica de la Terapia Cognitivo Conductual: Una guía para su aplicación. En Modalidades De Tratamiento CEAA, Anuario De Investigación en Adicciones. Vol.9 No.1 Diciembre 2008. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Castro, L. & Ángel, E. (1998). Formulación Clínica Conductual en *Manual Para El Tratamiento Cognitivo-Conductual De Los Trastornos Psicológicos Vol. 2: formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación* por Vicente E. Caballo (dir.). España. Siglo XXI.
- Compas, B.E. & Gotlib, I.H. (2002). Introducción a la Psicología Clínica: Ciencia y práctica. México: McGraw Hill. pp. 169.
- Dahab, J; Rivadeneira, C. y Minici, A. (2013). Formulación de Objetivos y Dirección del tratamiento en Terapia Cognitivo Conductual. Revista De Terapia Cognitivo Conductual. No. 24. CETECIC. Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/formulacion-de-objetivos-y-direccion-del-tratamiento-en-terapia-cognitivo-conductual/>
- Duro, J. C. (2001). Psicología clínica y psiquiatría. Papeles del Psicólogo, vol. 24, núm. 85, mayo-agosto, 2003, pp. 1-10, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. España.
- Fernández Ballesteros, Rocío; De Bruyn, E. E. J; Godoy, A.; Hornke, L. F; Ter Laak, J.; Vizcarro, C.; Westhoff, K.; Westmeyer, H.; Zaccagnini, J. L. (2003). Guías para el proceso de evaluación (GAP): una propuesta a discusión. Papeles del Psicólogo, vol. 23, núm. 84, enero-abril, pp. 58-70 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808407.pdf>

- Fernández-Ballesteros (2014). Evaluación psicológica. Conceptos métodos y estudio de casos. Capítulos -1, 2. Madrid. Pirámide. Recuperado de <https://docplayer.es/26308459-Evaluacion-psicologica-conceptos-metodos-y-estudio-de-casos.html>
- Fernández, J. (1997). La entrevista. En G. Buela y J. Sierra (dirs.). Manual de evaluación psicológica. Madrid: Siglo XXI.
- Garaigordobil, L., M., (1998). Evaluación Psicológica. Bases teórico-metodológicas, situación actual y directrices de futuro. Cap. 4, La evaluación psicológica como proceso, p.176. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Godoy, J. (1993). El proceso de la evaluación conductual. En V. Caballo (dir). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI.
- Herbert, J. & Nelson-Gray, R. (1997). La autoobservación. En G. Buela y J. Sierra (dirs.).
- Kadzin, A. (1978). Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas. México. Manual Moderno. Capítulo 2
- Landa, Valadez, Díaz-González, Rojas, Salinas, Trujano, Vargaz & Valladares (2005). Subprograma de Psicología Clínica Cognitivo Conductual. Cambio Curricular. FES Iztacala. Recuperado de: [https://psicologia.iztacala.unam.mx/cambio\\_curricular/periodosilva/subprogramas/cognitivo\\_conductual.htm](https://psicologia.iztacala.unam.mx/cambio_curricular/periodosilva/subprogramas/cognitivo_conductual.htm)
- Licenciatura de Psicología en Línea de la Universidad Nacional Autónoma de México (S/F). Psicología SUAYED. Plan Curricular de Psicología a Distancia. Perfil de ingreso y de egreso. Recuperado de: <https://suayed.iztacala.unam.mx/perfil-de-ingreso-y-de-egreso/>
- Luque, L. E. (2009, 12 de mayo). Ciberterapia y realidad virtual en terapia psicológica. Revista Psicología Científica.com, 11(9). Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/ciberterapia-realidad-virtual-psicologia>
- Merrill, M. D. (2007). First principles of instruction: a synthesis. In R. A. Reiser & J. V. Dempsey (Eds.), Trends and Issues in Instructional Design and Technology, 2nd Edition (Vol. 2, pp. 62-71). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.

- Meza-Cano, Morales-Ruiz, & Flores-Macías, (2016). Variables Individuales relacionadas con la instrucción en el uso de entornos personales de aprendizaje. Facultad de Psicología. UNAM. México
- Morrison, J. (2014). *DSM-5 Guía Para El Diagnóstico Clínico*. México. Manual Moderno.
- Nezu, Nezu, Lombardo, (2006) Enfoque basado en problemas. Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales. Un enfoque basado en problemas. México. Manual Moderno. Recuperado de:  
<https://cideps.com/wp-content/uploads/2014/05/Cognitivo-Conductuales-1edi1.pdf>
- Pastor, Montserrat & Balaña, Francisco. (2002). Revisión sobre las técnicas de biofeedback y sus aplicaciones. *Acción psicológica*, ISSN 1578-908X, Vol. 1, N°. 2, 2002, págs. 165-181.
- Peña, S. (2005). Modelo de selección de personal basado en base a perfil de competencias. *Innovaciones de Negocios* 2(1): 121-144, Universidad Autónoma de Nuevo León. San Nicolás.
- Persons, J. (2008). *The Case Formulation Approach to Cognitive Behavior Therapy*. New York. The Guilford Press.
- Phares, J. (1999). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica*. México: El manual moderno.
- Prendes, M., Martínez, F. & Gutiérrez, I. (2008). Producción De Material Didáctico: Los Objetos De Aprendizaje. *Ried. Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 11(1),81-105.[fecha de Consulta 7 de Mayo de 2021]. ISSN: 1138-2783. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331427208004>
- Quant, D. (2013). Formulación Clínica De Caso: Aspectos Metodológicos. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*-ISSN 2216-0701. Universidad Manuela Beltrán, Programa de Psicología, Bogotá D.C. Fundación Seré.
- Ruiz, M; Díaz, M; & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao. Desclée De Brower.
- Soto-Pérez, F.; Franco-Martín, M. & Monardes Seeman, C. (2016). Ciberterapias: tratamientos mediados por ordenador y otras tecnologías. *FOCAD* 29(1)1-29.

- Toledo, S. (31 julio 2020). Convocatoria Para Asesores CAPED 20221-1. Alumnos. Comunicados. Recuperado de <https://suayed.iztacala.unam.mx/2020/07/convocatoria-para-asesores-caped-periodo-2021-1/>
- Tovar, J. (4 noviembre 2015). Licenciatura de Psicología en Línea de la Universidad Nacional Autónoma de México. Comunicados. Solicitud de atención Psicológica y Educativa CAPED. <https://suayed.iztacala.unam.mx/2015/11/solicitud-de-atencion-psicologica-y-educativa/>
- Universidad Abierta, Innovación Educativa y Educación a Distancia de la UNAM (CUAIEED), (2017). UAPA, Unidad de Apoyo Para el Aprendizaje. Consultado el 28 diciembre 2020. Recuperado de <https://uapa.cuaieed.unam.mx/>
- Vargas, Juan. (2006). Psicología Clínica: Consideraciones Generales. Revista Electrónica de Psicología Iztacala Vol. 9 No. 2. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vargas, F. e Ibáñez R. (1998). La Evaluación Conductual. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Revista electrónica de psicología Iztacala, Vol.1 No.2
- Zanón, I., Matías, T., Luque, A., Moreno-Agostino, D., Aranda, E., Morales, C., García, M. y Márquez-González, M. (2016). Guía Para Realizar un Análisis Funcional del Comportamiento Humano. Facultad de Psicología, Centro de Psicología Aplicada. Capítulos 5 y 6, pp 28-52. Universidad Autónoma de Madrid.

## Apéndices

### Caso 1

Usuaría de sexo femenino, de 30 años, en unión libre con pareja de la misma edad con quien renta un departamento. Indica que llegó a solicitar el servicio de asesoría psicológica por recomendación de una compañera de clase, “porque le comenté que tal vez me saldría de la escuela”, “debido a que me siento muy decaída últimamente”. Ha notado que siente tristeza sin un motivo aparente. Esto sucede más cuando se queda sola en casa y divaga sobre sus responsabilidades, ante las que siente apatía.

Ha comenzado a pensar en dejar de estudiar, pues ha perdido la motivación para seguir en la escuela. Cuando ingresó a la universidad la disfrutaba y tenía buen desempeño en sus actividades escolares, pero ahora cada vez le cuesta más trabajo motivarse a realizarlas, al comenzar a trabajar en ellas se siente ansiosa y prefiere cambiar de actividad, por lo que se termina auto recriminando.

Se ha encerrado y ha comenzado a descuidar su alimentación y arreglo. Duerme en promedio 4 horas ya que en la noche piensa en los atrasos con sus tareas. Se siente culpable con su pareja porque piensa que no se esfuerza a la par de él, debido a su baja de energía. Por todo esto, llora y en las mañanas se siente poco descansada. No considera que pueda lograr una diferencia importante, debido a que ha fracasado varias veces al intentar ser constante en sus actividades; por lo que presenta pensamientos con poca esperanza hacia el estudio y trabajo en casa. Comienza el día con motivación de hacer sus actividades, pero paulatinamente se siente desesperada porque cada vez se nota más inmóvil. En la tarde se siente cansada de luchar consigo misma para hacer sus actividades y se siente culpable porque todo le cuesta mucho trabajo “como si estuviera muy cansada”, aunque no haga muchas actividades.

Menciona que comenzó a sentirse así, desde hace medio año, cuando empezó a recriminarse haber perdido tantos años de escuela con pensamientos como: “ya hubiera terminado”, “no estaríamos pasando tantos problemas económicos”, “mi pareja si siguió estudiando y yo no”, en cambio “ahora estudiar es más difícil”. Esto le genera enojo. Su meta final es “volver a sentirse bien”, lo que significa estar animada y poder realizar sus actividades sin tanto sufrimiento y así continuar en la universidad. Esta usuaria tuvo indicadores de:

Depresión en 25, con significación “Moderada” en un rango de 17 a 29

Ansiedad en 16, con significación “Moderada” en un rango de 16 a 30

*Figura 1: Caso 1*

## Caso 2

Estudiante de odontología de 25 años, soltero, realiza la solicitud de asesoría psicológica por motivación de su novia. Dice que “hace más de un mes estoy muy estresado”. Respondiendo a la pregunta de ¿qué sucede?, contesta que cuando realiza prácticas con un paciente, hay un momento en que percibe un escalofrío y es cuando sabe que “ya va a empezar otra vez” con un calor y sudor incontrolable, que le hace sentir muy incómodo y abochornado. Entonces se preocupa de que su paciente se de cuenta y crea que él está inseguro de ejecutar su procedimiento, sin embargo lo que le sucede no se debe a falta de capacitación, ya que siempre ha sido de los mejores de su clase.

Ha pensado en salir del consultorio pero cree que su profesor o compañeros le interrogarán sobre lo que sucede y esto sería vergonzoso para él, así que se siente sin apoyo y lucha contra la idea de interrumpir su práctica. Menciona que cuando le sucede esto “trata de controlarse y de aguantar”, pero llega un momento en que se siente atrapado. Sin embargo, cuando sale del área de práctica o lo platica con su novia se calma. En otras ocasiones, ha preferido faltar cuando no se siente seguro para enfrentar todo eso.

Actualmente le preocupa el miedo de volver a sentir lo mismo, sobre todo en el transporte público, donde piensa que si se siente muy mal nadie lo va ayudar. Esto ha afectado su calidad de vida, ya que mantiene una vigilancia muy consciente de cualquier sensación que parezca escalofrío, calor, enrojecimiento de la cara, sudor, o aceleración del corazón para “saber si le va a volver a pasar esa crisis”. Las situaciones con las que disminuyen sus episodios es salir acompañado, no agitarse subiendo escaleras, no estar en ayunas mucho tiempo o tomar café, debido a que siente el inicio de sensaciones parecidas.

Las primeras veces que detectó situaciones similares fue en una ocasión que vivió un asalto en una combi, y desde entonces prefirió ya no usar ese sistema de transporte, y comenzó a preferir desplazarse acompañado hasta donde le era posible, pero sabe que eso está mal y que lo hace por miedo. Esta situación ha afectado su asistencia a algunas prácticas, ha ocasionado que no disfrute su preparación y que tema “no servir para dentista”. Le gustaría volver a disfrutar su práctica, sentirse seguro y no necesitar estar acompañado para hacer sus actividades; además de saber controlarse. Este usuario no tiene comorbilidades y ha tenido indicadores de:

Depresión en 16, con significación “Moderada” en un rango de 16 a 30

Ansiedad en 25, con significación “Moderada” en un rango de 17 a 29

# Objetivos Terapéuticos

Información básica

## ¿De dónde surgen?

1

El objetivo de los objetivos terapéuticos es definir, de manera clara y concisa, el resultado que se espera lograr al aplicar un tratamiento. Estos objetivos deben ser medibles, alcanzables, realistas y oportunos.

1. ¿Qué se quiere conseguir con el tratamiento? (Ejemplo: reducir el dolor).
2. ¿Cómo se quiere conseguir? (Ejemplo: mediante el uso de analgésicos).
3. ¿Cuándo se quiere conseguir? (Ejemplo: en las primeras 24 horas).

## ¿De qué tipo son?

2

Los objetivos terapéuticos pueden ser de diferentes tipos, como: objetivos de salud, objetivos de bienestar, objetivos de calidad de vida, etc.

Algunos ejemplos de objetivos terapéuticos:

- Reducir el dolor.
- Mejorar la movilidad.
- Reducir el riesgo de complicaciones.
- Mejorar la calidad de vida.

Algunos ejemplos de objetivos terapéuticos:

- Reducir el dolor.
- Mejorar la movilidad.
- Reducir el riesgo de complicaciones.
- Mejorar la calidad de vida.

## Características

3

- El objetivo debe ser claro, concreto, medible y alcanzable.
- El objetivo debe ser acordado con el usuario y el profesional.
- El objetivo debe ser realista y alcanzable.
- El objetivo debe ser limitado en el tiempo.

## Elección del plan de tratamiento

4

- El objetivo debe ser alcanzable y medible.
- El objetivo debe ser acordado con el usuario y el profesional.
- El objetivo debe ser realista y alcanzable.
- El objetivo debe ser limitado en el tiempo.

## Acuerdo con el usuario

4

El objetivo de los objetivos terapéuticos es definir, de manera clara y concisa, el resultado que se espera lograr al aplicar un tratamiento. Estos objetivos deben ser medibles, alcanzables, realistas y oportunos.

El objetivo de los objetivos terapéuticos es definir, de manera clara y concisa, el resultado que se espera lograr al aplicar un tratamiento. Estos objetivos deben ser medibles, alcanzables, realistas y oportunos.

Figura 3: Infografía